Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

GLÁUBIA ROCHA BARBOSA RELVAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Profª Drª Sonia Isoyama Venancio.

São Paulo – SP

2018

Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

GLÁUBIA ROCHA BARBOSA RELVAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Profª Drª Sonia Isoyama Venancio.

Versão corrigida

São Paulo - SP

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Rocha Barbosa Relvas, Gláubia
Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil / Gláubia Rocha Barbosa Relvas; orientadora Sonia Isoyama Venancio. -- São Paulo, 2018.
329 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. Avaliação de intervenções. 2. Práticas de alimentação infantil. 3. Aleitamento materno. 4. Alimentação complementar. 5. Educação permanente em saúde. I. Isoyama Venancio, Sonia, orient. II. Título.

“Sou um lutador sem nome, uma gaivota atrevida, um rebelde que faz da incerteza seu caminho da liberdade.” (Marcos Relvas)

Com muito amor e carinho dedico esta tese
ao Marcos, meu companheiro incondicional,
e aos meus filhos Frederico e Mariana,
minha maior motivação.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profª **Sonia Venancio**, pela acolhida no Doutorado, por ter acreditado em mim sem mesmo me conhecer, pela confiança depositada ao trazer o desafio da elaboração do Manual de Apoio ao Tutor da EAAB, pela generosidade que lhe é peculiar, pelo respeito e por me oportunizar crescer com seus ensinamentos, com seu exemplo e sua rica experiência. Professora, minha eterna gratidão e profunda admiração!

À Profª **Louise Potvin**, minha supervisora no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior na Universidade de Montreal (UdeM), pela oportunidade da experiência singular, pelas reflexões e ensinamentos compartilhados.

À **Ginette Boyer**, pela competência e generosidade, por me acolher e auxiliar em todas as etapas do estágio sanduíche na UdeM.

À Profª **Gisela Brunken**, por me dar as primeiras direções e incentivo na busca do meu desejo de ir além do mestrado. Seu apoio e suas palavras me encorajaram e me fizeram acreditar na minha capacidade de realizar este grande sonho, agora concretizado!! Agradeço ainda pela avaliação minuciosa da tese e pelas valiosas contribuições desde a qualificação do projeto.

À Profª **Patrícia Jaime**, pelas reflexões e contribuições para o aprimoramento da tese desde o processo de qualificação até a banca examinadora e por me inspirar com sua atuação como gestora da Coordenação Geral de Alimentação de Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde.

Às Professoras **Elsa Giugliani** e **Maria Antonieta Carvalhaes** pela pré-avaliação desta tese, pelos questionamentos e importantes contribuições que levaram à melhoria do trabalho.

À **Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso** pela concessão da Licença para Qualificação Profissional que viabilizou a minha dedicação exclusiva à realização deste Doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) pela bolsa PDSE - Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior.

Ao **Ministério da Saúde**, meu muito obrigada à equipe da CGAN e Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno pelo apoio e pela confiança depositada.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes**, por acreditar no projeto e viabilizar a realização do campo da pesquisa.

À **Lucimeire**, pelo apoio e parceria fundamental em todas as etapas do trabalho de campo, pelo comprometimento e conhecimento partilhado.

Aos **colaboradores de Embu das Artes**: tutores da EAAB, gerentes, profissionais e técnicos das UBS pela parceria e contribuições essenciais para o êxito deste trabalho.

Às **mães** e **crianças** de Embu das Artes que participaram da pesquisa, pela confiança e por doarem um pouquinho do seu tempo.

À **Regina Bernal**, pela parceria no cálculo do tamanho da amostra da pesquisa.

À Secretaria da Pós-Graduação, em nome da **Alessandra** agradeço a todos os colaboradores pela atenção e presteza no atendimento das minhas necessidades.

À amiga **Gabi Buccini**, pela sintonia à primeira vista, pela cumplicidade, por cada conversa e palavra de encorajamento, pela celebração de cada conquista, pelo exemplo de disciplina e determinação, pela valiosa parceria na análise dos dados da tese e por tantas outras contribuições e momentos compartilhados em todas as etapas.

Aos amigos: **Gabi Sintra**, por seu apoio, doçura e boas energias sempre. **Cristieli**, pelo companheirismo na busca do sonho do Doutorado Sanduíche e celebrarmos juntas cada etapa desta conquista. **Lidiany**, por compartilharmos as agruras do planejamento do Doutorado Sanduiche sem mesmo nos conhecer, e depois pelos breves, mas intensos momentos compartilhados, por sua energia e alegria contagiante, deixando muito mais leve essa grande “aventura”. **Érica**, pela calorosa acolhida na Escola de Saúde Pública da Universidade de Montreal (Espum) e na

cidade de Montreal-CA, por sua amizade fácil e generosidade rara. **Milena**, pelos momentos agradáveis e ricas discussões sobre a tese. **Daniele**, pelos momentos de descontração na Espum e “troca de receitas”. **Família CAPES-PDSE-Montreal**, meu muito obrigada pela incrível oportunidade de conhecer cada um de vocês. **Amigos (as) da FSP-USP**, sou verdadeiramente grata pela amizade e pelas diferentes formas de enriquecimento da minha experiência nesses quatros anos.

Ao **Marcos**, meu grande companheiro, pelo sonho compartilhado, pela história construída juntos, por ser meu maior incentivador, por ser meu exemplo de disciplina, perseverança, e capacidade de autotransformação... Por todo seu amor, Meu Bem!

Aos meus filhos **Frederico** e **Mariana**, por serem minha maior motivação para a realização desse trabalho, por terem sido incrivelmente companheiros e capazes de compreender meus momentos de ausência durante o doutorado. Meus filhos, não tenho palavras para expressar minha gratidão! Vocês são meu maior tesouro!

Aos meus pais, **Antônio** e **Célia** pelo amor incondicional, por sempre estarem comigo em todos os momentos e vibrarem por todas as conquistas, por compreenderem a distância e a ausência, pelo exemplo de fé e retidão. Gratidão à Deus por ter vocês!

Às **minhas irmãs** e **sobrinhas**, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a ir em busca dos meus sonhos. Sou imensamente grata pelas vibrações de amor, carinho e fé de cada uma de vocês!

Às amigas que Vinhedo-SP me proporcionou, em especial à **Ariana** e sua família, pela amizade sincera, pelos serenos e alegres momentos compartilhados, por vibrar tudo que há de bom e pelo inestimável apoio todas as vezes que precisei de uma amiga-vizinha. E à **Miriam**, pelo inexplicável encontro que o universo proporcionou, pelo carinho, pelo cuidado, pelos cafezinhos que confortam a alma e por se tornar uma verdadeira irmã.

*Gratidão à **Deus** por chegar até aqui!!*

RESUMO

Relvas, GRB. Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2018.

Introdução: Intervenções educacionais que preparam as equipes de saúde para a promoção e apoio a práticas alimentares saudáveis na infância podem ser efetivas na melhoria dos desfechos relacionados à saúde, nutrição e desenvolvimento infantil. **Objetivo:** Avaliar se a utilização de um material de educação permanente, elaborado para apoiar o tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), é efetivo em melhorar indicadores de implementação da EAAB e indicadores de alimentação infantil em crianças menores de um ano. **Métodos:** Estudo de intervenção do tipo antes e depois realizado no município de Embu das Artes, SP. A intervenção consistiu em disponibilizar o Manual como material de apoio às atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação complementar que poderia ser usado por tutores da EAAB. Os tutores realizaram atividades de treinamento com as equipes de saúde durante oito meses. A coleta de dados ocorreu nos momentos pré e pós intervenção e em ambos foram aplicados: teste de conhecimentos sobre aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC) aos tutores e profissionais de saúde; questionário auto aplicado junto aos gerentes para caracterização das UBS quanto às ações de promoção do AM e AC e entrevistas junto às mães sobre as práticas de alimentação da criança. *Análise de dados*: a tese gerou 3 manuscritos: No primeiro com o objetivo de avaliar as práticas de alimentação complementar das crianças de 6 a 12 meses utilizou-se análise de regressão de Poisson com modelagem hierarquizada para determinar os fatores associados ao consumo de alimentos ultra processados. O segundo e o terceiro manuscritos avaliaram os efeitos da intervenção. O segundo teve como foco a aplicação do Manual e sua influência na implementação da EAAB, utilizando duas abordagens: na quantitativa foram analisados dimensões e indicadores do processo de implementação com base no modelo lógico da intervenção e na qualitativa foi avaliada a percepção dos tutores acerca do processo de utilização do Manual. O terceiro manuscrito avaliou a efetividade do Manual na

melhoria dos indicadores de alimentação infantil e para tanto utilizou-se análise de regressão de Poisson multinível com modelagem hierarquizada. **Resultados:** *Manuscrito 1*. A prevalência de consumo de alimentos ultra processados foi de 43,1% entre os menores de um ano. Baixa escolaridade materna e falta de atendimento na primeira semana de vida da criança foram fatores associados ao consumo de alimentos ultra processados. *Manuscrito 2*. O Manual foi utilizado por 9 dos 13 tutores do município e a intervenção em algum grau foi realizada em 11 de 13 UBS. Em média foram realizadas 3,5 [0-5] atividades complementares por UBS. A média de acertos dos tutores no teste de conhecimentos inicial foi 31,43 ± 5,25 e final 34,86 ± 4,45; p= 0,021. Entre os trabalhadores a média no pré-teste foi 26,09 ± 4,45 e no pós-teste 30,28 ± 3,55; p= 0,002. Em média o número de critérios de certificação alcançados pelas UBS foi maior depois da intervenção (pré 3 [1-6] *versus* pós 5 [3-6]) e apresentou consistência com a percepção de mudanças dos gerentes assim como com o número de atividades conduzidas pelos tutores. A avaliação da intervenção sob a ótica dos tutores revelou contribuições do uso do Manual para sua atuação. *Manuscrito 3*. A intervenção foi efetiva para a redução da falta de diversidade alimentar mínima e da falta de adequação alimentar, indicador que avalia a frequência, consistência e diversidade da AC. Porém, não se verificou efeito sobre a interrupção do AME. **Conclusões:** A investigação das práticas de alimentação infantil na população estudada evidenciou um alto consumo de alimentos ultra processados, reforçando a necessidade de intervenções que promovam práticas alimentares saudáveis na infância. O uso do Manual de Apoio ao Tutor melhorou o conhecimento dos tutores e trabalhadores da atenção básica e promoveu mudanças no processo de trabalho das equipes, refletidas no alcance dos critérios de certificação na EAAB, evidenciando o potencial de uma intervenção educativa usando metodologia crítico-reflexiva. Além disso, a intervenção mostrou-se efetiva para melhorar as práticas de alimentação complementar na população estudada.

Descritores: avaliação de intervenções, práticas de alimentação infantil, aleitamento materno, alimentação complementar, educação permanente em saúde, atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Relvas, GRB. Evaluation of the use of the Manual to Support *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* Tutors [project thesis in Public Health Nutrition]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018.

Introduction - Educational interventions that prepare healthcare teams to promote infant feeding practices can be effective in improving outcomes related to health, nutrition and child development. **Objective** – To evaluate whether a continuing education tool (the Manual to Support *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB) Tutors) can improve EAAB implementation indicators and feeding practices in infants under one year of age. **Methods** - A before and after study was conducted at 13 primary healthcare units (PHU) in Embu das Artes, São Paulo. The intervention consisted in providing the Manual to support educational activities on breastfeeding and complementary feeding that could be used by tutors of EAAB. Tutors performed comprehensive training activities with healthcare teams over eight months. In both cross-sectional studies (pre and post intervention) a questionnaire was applied to the managers from the 13 PHU to characterize the healthcare service and actions to promote breastfeeding and complementary feeding; knowledge tests were also applied to tutors and health workers indicators of breastfeeding and complementary feeding practices were assessed by interviewing 1,159 mothers. *Analysis*: the thesis resulted in three manuscripts - The first one aimed to evaluate the complementary feeding practices of children from 6 to 12 months with a focus on the consumption of ultra-processed foods (UPF) and multiple hierarchical models were performed. The second and third manuscripts evaluated the effects of the intervention. The second evaluated the application of the Manual and its influence on the implementation of EAAB, with two approaches: in the quantitative, the dimensions and indicators of the implementation process were analyzed based on the logical model of the intervention; in the qualitative approach the perception of the tutors about the process of manuals' use was evaluated. The third manuscript evaluated the effectiveness of the Manual in improving indicators of infant feeding practices. Multivariate analysis was performed using Poisson multilevel regression **Results**: *Manuscript 1*: The prevalence of UPF

consumption was 43.1% among children. Lower maternal education and lack of early assistance at the PHU were factors associated with higher UPF consumption. *Manuscript 2*: The Manual was used by 9 of 13 tutors and the intervention was performed in 11 of 13 PHU. In average, 3.5 [0-5] comprehensive training activities (CAs) were performed by PHU. The mean scores of tutors in the initial knowledge test were 31.43 ± 5.25 and final 34.86 ± 4.45; p = 0.021. Among health workers, the mean in the pre-test was 26.09 ± 4.45 and in the post-test 30.28 ± 3.55; p = 0.002. In average, the number of certification criteria fulfilled by the PHS was higher after intervention (before 3 [1-6]; after 5 [3-6]) and was consistent with the changes perceived by managers as well as with the number of CAs carried out by tutors. Tutors' perception revealed contributions of the Manual for their action. *Manuscript 3*: The intervention was effective in reducing the lack of minimum food diversity and the lack of food adequacy, an indicator that evaluates the frequency, consistency and diversity of complementary feeding. However, there was no effect on interruption of exclusive breastfeeding. **Conclusions**: The investigation of infant feeding practices in the study population evidenced a high ultra-processed foods consumption, reinforcing the need of interventions to promote healthy eating practices in childhood. The use of the Manual to Support EAAB Tutors improved the knowledge of tutors and primary healthcare workers and promoted improvements in the work process of healthcare teams, reflected in the achievement of the EAAB certification criteria, evidencing the potential of an educational intervention using problem-based learning methodology. In addition, the intervention proved to be effective in improving complementary feeding practices in the study population.

Keywords: intervention evaluation, infant feeding practices, breastfeeding, complementary feeding, continuing education.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **15**

1 INTRODUÇÃO **18**

1.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR 18

1.2 SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO BRASIL 23

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO BRASIL 28

1.4 A ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (EAAB) 35

1.4.1 Objetivos da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil 36

1.4.2 Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil 37

1.4.3 Papel e diretrizes para atuação do Tutor 39

1.4.4 Critérios de certificação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil 40

1.4.5 Situação da implementação da EAAB 41

1.5 EVIDÊNCIAS SOBRE INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS EM ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR 41

1.6. JUSTIFICATIVA 44

2 OBJETIVOS **46**

3 MÉTODOS **47**

3.1 ELABORAÇÃO DO MANUAL DE APOIO AO TUTOR 47

3.2 DELINEAMENTO E LOCAL DE ESTUDO 48

3.3 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E POPULAÇÃO DE ESTUDO 48

3.4 COLETA DE DADOS 50

3.5 INTERVENÇÃO 51

3.6 INDICADORES DAS PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL 53

3.7 ANÁLISE DOS DADOS 55

3.8 ASPECTOS ÉTICOS 57

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 58

4.1 ARTIGO 1: Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of Sao Paulo, Brazil 60

4.2 ARTIGO 2: Avaliação do uso de um manual de apoio ao desenvolvimento de atividades de educação permanente para promoção da alimentação infantil na atenção básica 76

4.3 ARTIGO 3: Effectiveness of an educational manual for promotion of infant feeding practices in primary health care in Brazil 98

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 122

6 REFERÊNCIAS 129

ANEXOS

ANEXO 1 – Manual de Apoio ao Tutor 136
ANEXO 2 – Material Suplementar 298
ANEXO 3 – Teste de Conhecimentos 302
ANEXO 4 – Entrevista com Gerentes das UBS – Fase Pré-Intervenção 305
ANEXO 5 – Entrevista com Gerentes das UBS – Fase Pós-Intervenção 311
ANEXO 6 – Entrevista com as Mães 313
ANEXO 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Tutores) 318
ANEXO 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gerente) 320
ANEXO 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais) 322
ANEXO 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Mães) 324
ANEXO 11 – Carta de Anuência da SMS do Embu das Artes 326
ANEXO 12 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 327

CURRÍCULO LATTES

ORIENTADORA – Sonia Isoyama Venancio 328
DOUTORANDA – Gláubia Rocha Barbosa Relvas 329

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Objetivos da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 36

Figura 1 - Esferas de gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil 38

Figura 2 - Rede de organização da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil 39

Quadro 2 - Temáticas para as atividades complementares.....47

Figura 3 - Fluxograma do estudo de intervenção em unidades básicas de saúde (UBS) de Embu das Artes, SP, Brasil, 2015-2016 52

ARTIGO 1

Figure 1 - Hierarchical theoretical model to determine the factors associated with ultra-processed food consumption. Embu das Artes, Sao Paulo. Brazil, 2015.....72

Table 1 - Population description by studies variables. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil. 2015 73

Table 2 - Bivariate Poisson analysis of ultra-processed food (UPF) consumption in infants aged between 6 and 12 months. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015. . 74

Table 3 - Multivariate Poisson regression models age-adjusted to identify the factors associated with ultra-processed food (UPF) consumption in infants aged between 6 and 12 months, following a hierarchical approach. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015. 75

ARTIGO 2

Figura 1 - Caminhos e mecanismos pelos quais o Manual de Apoio do Tutor no contexto de implementação da EAAB pode melhorar as práticas de alimentação infantil, considerando o *Program Impact Pathway* 93

Quadro 1 - Matriz de análise da implementação do uso do Manual do Tutor da EAAB: abordagem quantitativa 94

Quadro 2 - Matriz de análise da implementação do uso do Manual do Tutor da EAAB: abordagem qualitativa com base no relatório da oficina com informantes-chave 96

ARTIGO 3

Figure 1 - Hierarchical theoretical model of outcomes: Exclusive Breastfeeding (Fig. 1a) and Minimum Food Diversity and Food Adequacy (Fig. 1b) 113

Figure. 2 - Flowchart of the intervention study in primary healthcare units. Embu das Artes, Brazil, 2015 – 2016 114

Table 1 - Number and proportion of infants under one year of age according to child, maternal, family, care received and primary healthcare unit characteristics, by study group. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015 – 2016 115

Table 2 - Poisson bivariate analysis of exclusive breastfeeding (EBF) cessation, lack of minimum food diversity (MFD) and lack of food adequacy (FA) in infants under one year of age. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015 – 2016 117

Table 3 - Multilevel hierarchical regression models to estimate the prevalence ratio of exclusive breastfeeding (EBF) cessation in infants under six months according to child, maternal, family, care received and primary healthcare unit (PHU) characteristics, adjusted by infant age. Embu das Artes, SP, Brazil, 2015-2016 119

Table 4 - Multilevel hierarchical regression models to estimate the prevalence ratio of lack of minimum food diversity (MFD) and lack of food adequacy (FA) in infants from 6–11 months according to child, maternal, family, care received and primary healthcare unit (PHU) characteristics, adjusted by infant age. Embu das Artes, SP, Brazil – 2015-2016 120

APRESENTAÇÃO

Esta tese é fruto de uma longa caminhada pessoal e profissional, que se inicia ainda na graduação com a inserção no programa de iniciação cientifica e posteriormente no mestrado, quando ficou claro o meu interesse pela pesquisa e pela construção do conhecimento científico. Mais tarde, em 2003, ao assumir o cargo de nutricionista, responsável pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, tive o primeiro contato real com a saúde pública, que logo me cativou e resultou em um longo período de intensa dedicação e comprometimento com a Alimentação e Nutrição no âmbito das políticas públicas, com a atuação sempre próxima e alinhada às ações da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. No entanto, durante esse período, foi sempre uma constante a busca pela integração da prática do serviço com a pesquisa, tendo participado e coordenado no âmbito estadual, projetos em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso, Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social. Por fim em 2013 a inquietação pela prática da pesquisa em sua profundidade junto ao desejo de contribuir com respostas quanto à efetividade das ações implementadas culminou com a decisão de cursar o Doutorado em Nutrição em Saúde Pública.

A escolha do tema partiu da minha experiência de realização das oficinas estaduais para formação de tutores da Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável, a ENPACS, que trazia uma proposta inovadora com o uso de metodologias ativas. Como no momento de definição do projeto de Doutorado a ENPACS havia recém se integrado à Rede Amamenta

Brasil (RAB) para se tornar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e percebendo o grande potencial dessas estratégias em motivar e mobilizar os profissionais de saúde, logo surgiu o interesse de avaliar o impacto da EAAB na população. Ao iniciar de fato na pós-graduação, diante da necessidade apresentada pelo Ministério da Saúde, a minha proposta foi enriquecida com a perspectiva de elaborar e avaliar um manual que pudesse apoiar a atuação do tutor da EAAB. Com o desafio aceito, esta tese foi desenvolvida em colaboração com o Ministério da Saúde com o propósito de apoiar e fortalecer a implementação da EAAB nos municípios brasileiros.

Dado o exposto, esta tese desde a sua concepção até o produto agora obtido confere total sentido à minha trajetória profissional e traz respostas a anseios pessoais que motivaram minha caminhada até aqui. Os elementos trazidos por esta tese e os resultados obtidos poderão ser de interesse para pesquisadores, profissionais de saúde e gestores dos diversos níveis e esferas do Sistema Único de Saúde que buscam caminhos para a implementação ou fortalecimento de estratégias que visem à promoção de práticas alimentares saudáveis na infância.

A apresentação da tese está estruturada em introdução (que apresenta o tema, o problema e a justificativa do estudo), objetivos, métodos (que traz aspectos gerais do delineamento e estratégia da pesquisa) seguida da sessão resultados e discussão, considerações finais, referências, material suplementar e anexos. No capítulo dos resultados e discussão apresentam-se os 3 manuscritos oriundos desta tese. O primeiro artigo foi desenvolvido a partir da análise dos dados da linha de base da pesquisa no qual fica demonstrada a necessidade da intervenção realizada; o segundo artigo apresenta os resultados da aplicação do Manual de

Apoio ao Tutor com foco na avaliação da implementação da intervenção e o terceiro artigo traz os resultados relativos aos efeitos nas práticas de alimentação infantil. A lista de referências utilizadas no corpo da tese está apresentada no capítulo 6, enquanto cada manuscrito traz a sua própria bibliografia.

Apresenta-se nos anexos o “Manual de Apoio ao Tutor da EAAB” que se constitui em um dos produtos desta tese. Ressalta-se que esta é a última versão apresentada após a incorporação das sugestões de melhorias recebidas pelos tutores de Embu das Artes, São Paulo. O Manual foi recém disponibilizado ao Ministério da Saúde e será adotado como uma ferramenta para apoiar o processo de educação permanente na implementação da EAAB na atenção básica.

1 INTRODUÇÃO

1.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS.

A amamentação e a alimentação complementar adequada estão entre os principais determinantes do ótimo crescimento e desenvolvimento e, portanto, tornam-se componente essencial para a segurança alimentar e nutricional populacional e para o desenvolvimento da nação (MONTE; GIUGLIANI, 2004), contribuem para um mundo mais saudável, mais educado, mais equitativo e mais ambientalmente sustentável e estão associadas não apenas ao adequado desenvolvimento infantil, mas também ao desenvolvimento do capital humano (VICTORA et al., 2016).

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança além de ser considerada a estratégia isolada que mais previne mortes infantis. No primeiro semestre de vida recomenda-se que a criança seja amamentada exclusivamente. A partir de seis meses a criança deve receber outros alimentos além do leite materno para suprir as necessidades nutricionais desta fase. Esses alimentos que são oferecidos em adição ao leite materno são denominados alimentos complementares e o período de transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família é denominado como alimentação complementar, período que deve iniciar-se aos seis meses de idade e ser concluído aos 24 meses, sendo recomendada a manutenção da

amamentação até os dois anos de vida ou mais (BRASIL, 2010a; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2000, 2001).

A amamentação fornece, em curto e longo prazo, benefícios para a saúde, e desenvolvimento infantil, além de vantagens econômicas e ambientais para as crianças, mulheres e sociedade de países de alta, média e baixa renda (ROLLINS et al., 2016). Os recentes achados epidemiológicos e biológicos da última década ampliaram os conhecimentos sobre os benefícios da amamentação para mulheres e crianças, sejam elas ricas ou pobres (VICTORA et al., 2016). O aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses e a introdução da alimentação complementar saudável em tempo oportuno suprem todas as necessidades nutricionais da criança nos primeiros anos de vida, possibilitam pleno desenvolvimento físico, neurológico e cognitivo e têm repercussões favoráveis para a saúde que se estendem desde a infância até a vida adulta (DE JAGER et al., 2013; HORTA et al., 2007; HORTA; VICTORA, 2013). Está bem documentado que o aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de idade está associado com impacto positivo na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê (BECKER; REMMINGTON, 2014; KRAMER; KAKUMA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2001).

Muitos estudos mostram que crianças que não são amamentadas apresentam um risco aumentado de morbidades e mortalidade principalmente por doenças infecciosas, como pneumonias e diarreias, doenças alérgicas como dermatites e asma, e também risco aumentado de desenvolver diabetes tipo II e obesidade quando comparadas às crianças que são amamentadas (GEIB et al., 2010; PÉREZ-BRAVO et al., 1996; TRABULSI; MENNELLA, 2012; VICTORA et al.,

1987, 2016). Além disso, os benefícios são proporcionais ao tempo de duração da amamentação, como demonstrou estudo de representatividade nacional nos Estados Unidos onde crianças amamentadas exclusivamente por 4 meses apresentaram risco maior de infecção respiratória quando comparadas às amamentadas exclusivamente por 6 meses (CHANTRY et al., 2006).

No que tange ao desenvolvimento infantil e repercussões na vida real os benefícios do aleitamento materno também estão documentados na literatura. Meta-análises sugerem que a amamentação está associada ao aumento do desenvolvimento cognitivo na infância, e estudos sobre o desempenho escolar no final da adolescência ou início da idade adulta evidenciam que a amamentação também é positivamente associada com níveis de escolaridade e maior inteligência (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999; HORTA et al., 2007). Em estudo de coorte prospectivo o aleitamento materno predominante e a duração total da amamentação foram positivamente associados ao coeficiente de inteligência, nível educacional e renda na vida adulta (VICTORA et al., 2015).

Tanto a duração do aleitamento materno quanto o seu início na primeira hora de vida determinam melhores desfechos para a saúde da criança. Em estudo ecológico foi encontrado efeito protetor da amamentação na primeira hora de vida sobre a mortalidade neonatal, observando que países com menores percentuais de aleitamento materno na primeira hora de vida apresentaram maiores taxas de mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2013).

Há evidências de que a alimentação no início da vida influencia as preferências de sabor das crianças, que podem afetar as escolhas alimentares e, consequentemente, a saúde da vida adulta. Assim, o tipo de alimentação a que a

criança é exposta, seja o leite materno (e à exposição aos sabores da dieta materna) ou à fórmula infantil pode afetar as preferências e escolhas alimentares tardias. Há também evidências crescentes de uma janela para a aprendizagem do sabor, englobando os períodos de crescimento intrauterino e de amamentação (TRABULSI; MENNELLA, 2012).

Assim, as práticas alimentares dos dois primeiros anos de vida da criança, que compreendem a fase da amamentação e da introdução de novos alimentos se revestem da maior importância pois são determinantes na formação do hábito alimentar do indivíduo e podem determinar o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança (BIRCH, 1998). Por isso, introduzir alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, favorece a formação de hábitos alimentares saudáveis, o que contribui para a proteção contra doenças e distúrbios nutricionais associados à alimentação (BRASIL, 2009a; MAMELI; MAZZANTINI; ZUCCOTTI, 2016).

A introdução de alimentos complementares em idades precoces, antes dos 6 meses de vida, compromete a duração da amamentação, prejudica a absorção de micronutrientes do leite materno e pode resultar em maior ocorrência de doenças infecciosas, além de reduzir a proteção que o aleitamento materno confere contra uma nova gravidez (BRASIL, 2010a; KRAMER; KAKUMA, 2012). A associação da idade da introdução da alimentação complementar com doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta ainda não está totalmente estabelecida na literatura. Mas sabe-se que conduta alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, particularmente nas populações menos favorecidas, está associada ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição, excesso

de peso e pelas carências específicas de micronutrientes, tais como ferro, zinco e vitamina A (BRASIL, 2010b; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION [PAHO/WHO], 2003).

JONES et al. (2003) revisaram intervenções com potencial de prevenir mortalidade em crianças menores de 5 anos e as classificaram de acordo com o grau de evidência de efetividade. Nos 42 países que responderam por 90% das mortes de crianças menores de 5 anos em todo o mundo no ano 2000 as intervenções de promoção do aleitamento materno se mostraram com o maior potencial para prevenir mortes infantis (13% do total de mortes) e as de promoção da alimentação complementar, a terceira ação mais efetiva com potencial de prevenir 6% de todas as mortes, ficando atrás apenas da segunda intervenção: uso de inseticidas para prevenção da malária. Recente metanálise destacou que a ampliação da amamentação a um nível quase universal poderia prevenir 823.000 mortes a cada ano em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes por câncer de mama (VICTORA et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu documento “Global Strategy for Infant and Young Child Feeding”, as práticas alimentares inadequadas e suas consequências são grandes obstáculos ao desenvolvimento socioeconômico sustentável e à redução da pobreza. Os governos não terão sucesso em seus esforços para acelerar o desenvolvimento econômico de forma significativa a longo prazo até que o crescimento e o desenvolvimento infantis ideais, especialmente por meio de práticas apropriadas de alimentação, sejam assegurados (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2003).

Com base no exposto é possível verificar que existem inúmeras evidências sobre a superioridade da amamentação sobre as outras formas de alimentar a criança pequena e sobre a importância da alimentação adequada e saudável nos primeiros anos de vida. Contudo, apesar dos esforços por parte de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, especialmente do aleitamento materno exclusivo, assim como os indicadores de alimentação complementar estão bastante aquém do recomendado.

1.2 SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO BRASIL

A prevalência do aleitamento materno tem sido muito variável ao longo dos tempos, tendo atingido valores muito reduzidos nas décadas que se seguiram à II Guerra Mundial devido às transformações sociais e comportamentais que levaram a mudanças no estilo de vida das mulheres.

O século XX foi marcado pelo desestímulo ao aleitamento materno. A mulher gradativamente foi se afastando da função de nutriz em razão da desvalorização da prática de amamentar pela sociedade e pelos próprios profissionais de saúde, práticas hospitalares inadequadas no puerpério que separavam a mãe do bebê, pressões comerciais das indústrias de substitutos do leite materno e produtos alimentícios, além das mudanças no estilo de vida das mulheres e falta de informações e orientações corretas (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

As sérias consequências do desmame precoce na saúde das crianças, especialmente nos países em desenvolvimento, levaram a um movimento mundial de resgate do aleitamento materno, que teve início em meados da década de 70 e continuou nas décadas subsequentes, o que levou a um aumento lento mas crescente nas práticas de amamentação (VENANCIO; MONTEIRO, 1998).

No Brasil existem estudos nacionais com informações sobre aleitamento materno a partir da década de 70 e apesar da difícil comparação entre eles é possível confirmar que as taxas de amamentação tiveram uma melhora progressiva até a década passada. VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO (2013) reanalisaram as bases de dados de sete pesquisas nacionais realizadas de 1975 a 2008 de forma a obter dados comparáveis entre os diferentes inquéritos e constataram que a duração mediana da amamentação aumentou de 2,5 para 11,3 meses e a prevalência da amamentação exclusiva em menores de seis meses passou de 3,1% para 41,0% no período. No entanto, o último estudo nacional que avaliou uma série histórica dos indicadores de aleitamento materno no Brasil mostra tendência ascendente até 2006, com estabilização a partir dessa data em três dos quatro indicadores avaliados. O indicador de AME passou de 4,7% para 37,1% no período entre 1986 e 2006 mas apresentou desaceleração no período subsequente, ficando em 36,6% em 2013 (BOCCOLINI et al., 2017).

No tocante à alimentação complementar estudos nacionais que avaliaram a situação epidemiológica dos indicadores ainda são poucos. Esta realidade se deve em parte pela complexidade para a definição e padronização de indicadores válidos e reprodutíveis. Somente em 2008, a Organização Mundial da Saúde adicionou cinco indicadores da alimentação complementar aos indicadores do

aleitamento materno que já haviam sido propostos em 1991 (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2008a). No Brasil em um esforço para promover e fortalecer a Vigilância Alimentar e Nutricional o Ministério da Saúde apresentou em 2015 uma nova proposta denominada “Marcadores de Consumo Alimentar” para avaliação rápida do consumo alimentar para todas as fases do curso da vida, incluindo as faixas etárias de 0 a 6 meses e 6 a 24 meses no intuito de monitorar e avaliar as práticas de amamentação e alimentação complementar na população brasileira. Os marcadores de consumo alimentar possibilitam a identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis (BRASIL, 2015a).

Um dos principais problemas que se verifica ao avaliar as práticas de alimentação complementar diz respeito à introdução de alimentos em momento não oportuno, seja ele precoce ou tardio. Com relação à introdução precoce a inadequação já fica evidente ao se constatar as baixas prevalências de AME aos seis meses. Dados de inquéritos nacionais e de estudos de diferentes regiões do país mostram que a introdução da alimentação complementar ocorre precocemente e com alimentos de baixa qualidade, com consumo frequente de leite de vaca, farinhas, achocolatados, açúcar, salgadinhos, refrigerantes e doces, entre crianças menores de dois anos (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012; BRUNKEN et al., 2006; DE OLIVEIRA et al., 2005; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003, 2009). A alimentação complementar também apresenta inadequação com relação à consistência dos alimentos (PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007) e ao aporte de micronutrientes, com baixo teor de ferro e quantidade excessiva de sódio (PORTELLA; MORAIS; MORAIS, 2010).

A elevada frequência de crianças que consumiam alimentos de baixo valor nutricional aliada à baixa frequência no consumo diário de frutas, verduras e carnes foi verificada em estudo nacional de base populacional, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 - PNDS 2006. Ficou demonstrado também que a introdução inadequada de alimentos é ainda mais preocupante entre os menores de 6 meses já desmamados. Entre dois e três meses de idade 56,8% das crianças já desmamadas alimentavam-se com mingaus, quase 40% já consumiam sucos e 7,8% comida de sal, situações que colocam sua saúde em maior risco. Entre os bebês menores de 6 meses amamentados foi observado que 29,3% deles haviam sido alimentados também com leite não-materno nas últimas 24 horas (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Os resultados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (II PPAM) nas Capitais e no Distrito Federal realizada em 2008 relativos à alimentação complementar evidenciaram a introdução precoce da comida de sal, frutas e verduras/legumes, do mesmo modo que apontou a introdução tardia desses alimentos em crianças com mais de 6 meses de vida. No conjunto das capitais brasileiras e DF 21% das crianças de 3 a 6 meses já apresentavam consumo de comida de sal e 25% consumiam frutas amassadas ou em pedaço. Por outro lado, pouco mais de um quarto das crianças entre 6 e 9 meses não recebia comida salgada e 30% não recebia frutas e verduras/ legumes, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semissólidos na dieta da criança (BRASIL, 2009b). E de forma ainda mais preocupante apontou que mais de 70% das crianças entre 9 e 12 meses consumiram biscoitos e/ou salgadinhos de pacote no dia anterior à entrevista, alertando para o alto consumo de alimentos ultra processados ainda no primeiro ano de vida (SALDIVA et al., 2014).

Recente publicação que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostra que o quadro de inadequação da alimentação complementar no Brasil permanece. O consumo de bebidas açucaradas foi identificado em 32% das crianças brasileiras menores de dois anos e foi verificado que características sociodemográficas e hábitos familiares influenciam essa prática alimentar não recomendada na infância (JAIME; PRADO; MALTA, 2017).

Conforme já abordado previamente, a introdução de alimentos e práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida comumente se expressa nas altas prevalências de distúrbios nutricionais. Os achados da PNDS 2006 apontaram 20,9% de anemia e 17,4 % de deficiência de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses (VANNUCCHI; VÍTOLO; JÚNIOR, 2009).

Diante das inúmeras evidências acerca da importância do aleitamento materno e da alimentação complementar e da situação epidemiológica dessas práticas no Brasil fica demonstrada a necessidade e a urgência de políticas públicas de apoio, proteção e promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis na infância de modo a melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO BRASIL

Embora a primeira edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição[1] de 1999 já reconhecesse que "deverão ser consolidados, pelas três esferas de gestão, os esforços destinados a ampliar a duração do aleitamento materno, de modo que a prática da amamentação exclusiva se estenda até aos seis meses de idade e o aleitamento, combinado com a introdução de alimentos adequados, se prolongue até o segundo ano de vida" (BRASIL, 1999), houve um grande lapso temporal no que tange a implementação de ações para a promoção das duas práticas conjuntamente: amamentação e alimentação complementar.

No Brasil as ações de saúde pública no campo da amamentação se iniciaram na década de 70 impulsionadas pelo movimento de resgate à "cultura da amamentação" que se deu em resposta às denúncias das consequências funestas do uso disseminado de leites de outras espécies. Concomitantemente, começaram a aparecer evidências científicas mostrando a superioridade do leite materno como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto (GIUGLIANI, 2000).

Dessa forma, um dos objetivos da criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1972 foi incentivar a retomada da prática da amamentação, mas somente na década de 80 a mobilização ganhou força com o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1981 e dos

[1] Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança em 1983. Esses programas foram inovadores no sentido de destacarem ações de incentivo ao aleitamento materno. Diante das altas taxas de mortalidade em 1981 a OMS recomendou aos países a adoção do “Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno” para proteger o aleitamento materno quanto às estratégias de marketing não éticas (VELOSO; ALMEIDA, 2009).

Ao longo das últimas 3 décadas várias políticas públicas foram implementadas na tentativa de recuperar a prática da amamentação. Na década de 1980 foram criadas a coordenação nacional e coordenações estaduais de aleitamento materno e elaboradas diversas campanhas na mídia para mobilização social. No âmbito hospitalar, em 1983, ocorreu a normatização do sistema de Alojamento Conjunto e em 1993 foram aprovadas as normas básicas para implantação do sistema em todos os hospitais públicos. No final da década de 1980 importantes políticas pró-amamentação foram implementadas, tais como: aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, estabelecimento de normas sobre funcionamento dos Bancos de Leite Humano e inclusão na Constituição Brasileira do direito a 120 dias de licença-maternidade e licença-paternidade de cinco dias. Em 1990, a Cúpula Mundial da Infância, da qual o Brasil participou, estabeleceu algumas metas relacionadas ao aleitamento materno, entre elas a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e interrupção de distribuição de “substitutos” de leite materno nos serviços de saúde (BRASIL, 2009c; REA, 2003). No ano de 2002 foi lançada a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância, adotada por todos os países membros da OMS na 55.ª Assembleia Mundial de Saúde e essa estratégia também forneceu uma base para as iniciativas de saúde pública que

visam proteger, promover e apoiar o aleitamento materno (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2003).

No entanto, recentemente se identificou que as políticas nacionais de promoção do aleitamento materno que eram implementadas se baseavam na perspectiva hospitalar ou no apoio legal, mas que havia pouco estímulo para estabelecer essas ações no âmbito da atenção primária em saúde (BRASIL, 2009c). Assim, nos últimos anos estratégias voltadas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica foram implementadas.

No tocante à alimentação complementar embora a Política Nacional de Alimentação e Nutrição tenha sido uma das primeiras políticas de saúde formalmente instituídas, com sua primeira versão publicada em 1999, ações e estratégias voltadas à promoção da alimentação complementar se iniciaram apenas recentemente. Na agenda de prioridades dos governos a promoção da alimentação saudável ganhou força com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde[2] em 2006, contudo, o enfoque na alimentação da criança pequena aparece apenas posteriormente nas ações e políticas públicas.

Até meados de 2010 as ações do Ministério da Saúde voltadas para a promoção da alimentação complementar saudável se restringiram à elaboração e divulgação de material educativo. Entre esses citamos o “Guia Alimentar para a crianças menores de 2 anos”, publicado em 2002 e que fundamentou a primeira publicação do manual “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para

[2] Instituída pela Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica” ainda em 2002 (BRASIL, 2002). A nova versão do guia “Dez Passos” foi publicada em 2010 tendo se constituído num material educativo com relevante incorporação na rotina dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010a). Atualmente o guia “Dez Passos” está passando por um amplo processo de revisão, a nova versão do guia alimentar para crianças menores de 2 anos além de contribuir com as ações de educação alimentar e nutricional e subsidiar políticas, programas e ações que visem incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde dessa população, pretende alinhar e harmonizar com o Guia Alimentar para a População Brasileira que são as diretrizes oficiais para alimentação saudável do MS (CGAN/DAB/SAS/MS, 2018). Outra importante publicação do MS sobre o tema foi o “Cadernos de Atenção Básica nº 23: Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e nutrição complementar”, de 2009 com 2ª edição publicada em 2015 (BRASIL, 2015b).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a). No entanto o descompasso entre expectativas e desempenho no contexto da atenção primária é motivo de preocupação para as autoridades de saúde do mundo todo (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2008b).

Nesse sentido o campo da Promoção da Saúde tem sido descrito como um novo e promissor paradigma na saúde, dada a amplitude de suas abordagens teórico-metodológicas, configurando sua complexidade e suas principais bases conceituais, a saber: a ênfase na integralidade do cuidado e na prevenção de agravos à saúde; o compromisso social com a qualidade de vida e a adoção da participação como planejamento e avaliação dos processos (CHIESA et al., 2009).

Hoje muito tem se falado na superação da abordagem meramente biológica nas ações de promoção de práticas de alimentação saudáveis, reforçando a necessidade de compreender a alimentação e especialmente a amamentação não apenas como um processo biológico, mas também influenciado por aspectos sociais, culturais e políticos (BRASIL, 2012b; GIUGLIANI, 2000).

Nesse contexto os papéis da família e do profissional de saúde se revestem da maior importância. É fundamental que as mães, os cuidadores e os familiares recebam orientações adequadas e sejam apoiados para a prática do aleitamento materno e a introdução dos alimentos complementares. Para isso o profissional de saúde precisa estar preparado e não é suficiente apenas a competência técnica. O seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno só será bem sucedido se ele tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais e culturais da família, a rede social de apoio à mulher, entre outros (BRASIL, 2009a, 2010b).

O referencial teórico da educação crítico-reflexiva busca superar a concepção pedagógica tradicional, na qual a maioria dos profissionais de saúde é formada e que pode resultar numa prática fragmentada e descontextualizada. Portanto, essa concepção tradicional não favorece o desenvolvimento de competências para que

estes profissionais extrapolem o olhar biologicista e verticalizado para construção de um novo olhar nas questões relativas à saúde, tais como o aleitamento materno (BRASIL, 2009c).

Nesse sentido, reconhecendo a atenção básica como principal via de acesso da população às ações de saúde e o seu importante papel na promoção e proteção da saúde das pessoas, surgem estratégias como a Rede Amamenta Brasil (RAB) em 2008 e posteriormente em 2009 a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), ambas com a finalidade de promover reflexão sobre a prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade e capacitação dos profissionais de saúde. Ambas estratégias inovaram ao adotar abordagens teóricas metodológicas da educação crítico-reflexiva e da Educação Permanente em Saúde que por meio de atividades participativas e problematizadoras incentivam a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local. O que diferenciava as duas estratégias era a temática central, a RAB com enfoque no aleitamento materno e a ENPACS na alimentação complementar. Assim, tendo em vista as similaridades entre as duas estratégias, a necessidade de integração das ações programáticas no SUS e a demanda dos próprios profissionais de saúde o Ministério da Saúde lançou em 2012 a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) como resultado da integração das duas primeiras estratégias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As políticas públicas brasileiras são também induzidas pelo cenário internacional. O Brasil tem se comprometido em diversos fóruns internacionais com a melhora

da qualidade da alimentação e a promoção de um sistema alimentar sustentável. No ano 2000, na Declaração do Milênio da Organização das Nações Unidas, com o apoio de 191 nações, entre elas o Brasil, foram estabelecidas 8 metas/objetivos para reduzir a extrema pobreza, e ficaram conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com um prazo para o seu alcance em 2015. Dentre os oito ODM, dois passavam por ações voltadas à promoção, proteção e garantia de uma alimentação infantil de qualidade, são eles: ODM 1. Acabar com a fome a miséria; e ODM 4. Reduzir a mortalidade infantil (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2018). O mais recente compromisso firmado foi em 2016 com a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025). A Década, aliada a outras estratégias de nível global, como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável[3] que incluem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), também endossada pelo Brasil, fortalece a abordagem de que todas as formas de má nutrição devem ser tratadas de maneira articulada e que todos os países são afetados e responsáveis pela situação mundial. As recomendações da Década foram agrupadas em seis pilares, as questões da alimentação e nutrição infantil são comtemplados em três deles: O pilar II apoia a implementação de metas e estratégias de saúde como a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância; No pilar III o Brasil se compromete a implementar as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Guia Alimentar para crianças menores de dois anos; e

[3] Acordo internacional, que, atualizando os ODM, contempla os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, envolvendo temáticas diversificadas, como erradicação da pobreza, segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, água e saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura e industrialização, governança, e meios de implementação.

no pilar V relacionado à promoção da alimentação saudável em diversos ambientes e em todas das fases da vida, o Brasil expressa o compromisso de implantar a Estratégia Nacional de Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no Sistema Único de Saúde, a EAAB, em mais 2.000 unidades básicas de saúde até 2019 (BRASIL, 2016a).

1.4 A ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (EAAB)

A EAAB foi instituída por meio da Portaria GM nº 1.920 de 5 de setembro de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). As ações são fomentadas pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) e Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS), do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que vêm colaborar com as iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças. A EAAB tem como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexiva, buscando criar espaços para o desenvolvimento de um processo de educação, formação e de práticas em saúde compartilhado coletivamente, de forma a potencializar a qualidade do cuidado (BRASIL, 2016b).

1.4.1 Objetivos da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

Os objetivos da EAAB estão sistematizados abaixo (BRASIL, 2016b):

Quadro 1 – Objetivos da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Geral	Específicos
-Qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois (2) anos de idade; -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).	Contribuir para: -Reduzir práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de dois (2) anos; -Formar hábitos alimentares saudáveis desde a infância; -Aumentar a prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade; -Aumentar a prevalência de crianças amamentadas até os dois anos de idade ou mais; -Diminuir a prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente; -Aumentar a prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; -Diminuir o número de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados antes dos dois anos de idade; -Melhorar o perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso.

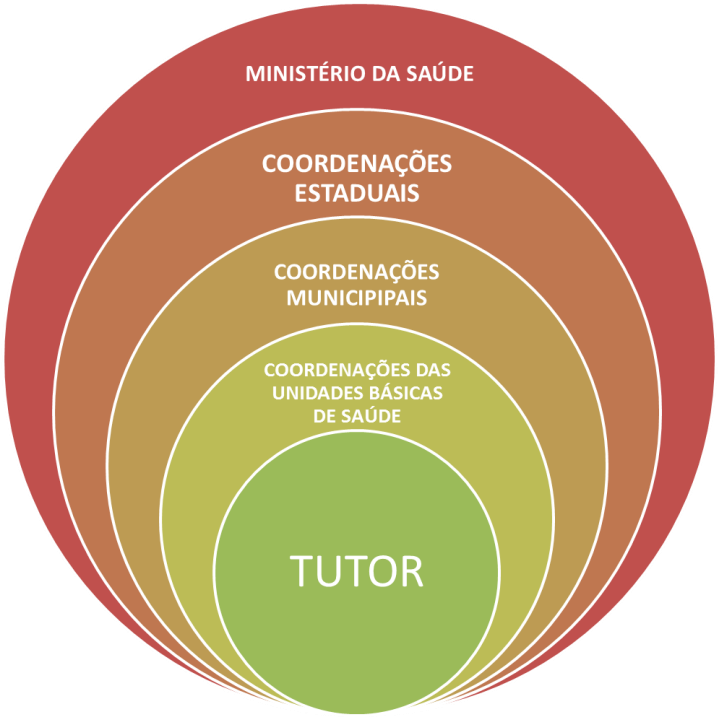
1.4.2 Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A implementação da Estratégia é realizada por meio de ações que visam garantir o alcance dos objetivos e a efetividade da proposta, que são:

- Formação de facilitadores para apoiar a formação de tutores.
- Formação de tutores da Estratégia.
- Realização de oficinas de trabalho nas UBS.
- Acompanhamento do processo de implementação da Estratégia nas UBS.
- Monitoramento do processo de implementação da Estratégia.
- Certificação das UBS que aderirem à Estratégia e cumprirem os critérios.

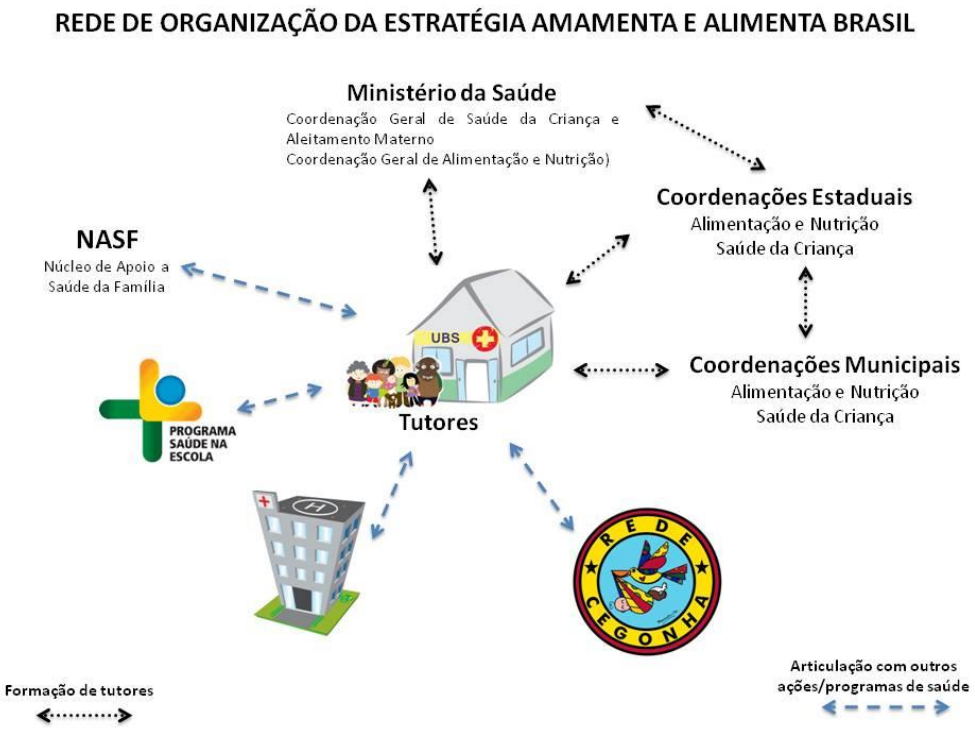
Para apoiar a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nos estados e municípios formou-se um grupo de facilitadores nacionais composto por profissionais de diferentes regiões do Brasil, representantes da CGAN e da CGSCAM. O organograma abaixo (Figura 1) representa as relações nas esferas de gestão da Estratégia e a imagem (Figura 2) representa a rede de organização, ambas com vistas à implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2016b).

Figura 1 - Esferas de gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.



Extraído de: BRASIL, 2016.

Figura 2 – Rede de organização da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.



Extraído de: BRASIL, 2016.

1.4.3 Papel e diretrizes para atuação do Tutor

Os tutores são profissionais responsáveis por disseminar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação. São os pilares da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e devem apoiar o planejamento e o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva (BRASIL, 2016b).

1.4.4 Critérios de certificação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

As equipes de atenção básica que implementam a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil podem ser certificadas caso cumpram os critérios de certificação exigidos e apresentados abaixo (BRASIL, 2016b):

1. Desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
2. Monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar;
3. Dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
4. Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL e Lei 11.265/06 - e não distribuir “substitutos” do leite materno nas UBS;
5. Contar com a participação de pelo menos 85% da equipe de Atenção Básica (AB) nas oficinas;
6. Cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação.

1.4.5 Situação da implementação da EAAB

Segundo dados do Sistema de Gerenciamento da EAAB, informados pelo Ministério da Saúde, desde o início da implementação da Estratégia em 2012 até o início deste estudo (final de 2014) haviam sido realizadas 126 oficinas para formação de tutores, totalizando 2.538 tutores formados, aproximadamente 700 unidades básicas de saúde e quase 10.000 profissionais envolvidos em oficinas de trabalho nas UBS. No entanto, somente 8 UBS haviam sido certificadas e segundo levantamento feito pelo MS o número de tutores formados na EAAB era quase três vezes maior do que o número de UBS efetivamente sendo acompanhadas. Hoje esta situação continua parecida, dados da implementação até 15/03/2018 registram: 261 oficinas de formação de tutores; 4.901 tutores formados; 2.509 UBS capacitadas e apenas 109 UBS certificadas.

1.5 EVIDÊNCIAS SOBRE INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS EM ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Diversos estudos na literatura trazem evidências de que intervenções educacionais que preparam as equipes para o apoio à amamentação são efetivas na melhora dos desfechos relacionados à amamentação e nutrição nos primeiros anos de vida (BHANDARI, 2005; CALDEIRA; FAGUNDES; DE AGUIAR, 2008; CHUNG et al., 2008; COUTINHO et al., 2005, 2014; HALL, 2011; OLIVEIRA; CAMACHO, 2002; VENANCIO et al., 2016; VITOLO et al., 2014; VITOLO; LOUZADA; RAUBER, 2014).

Sabe-se que o aconselhamento sobre amamentação e nutrição é umas das estratégias mais efetivas para reduzir a carga de morbidade e mortalidade infantil (BHUTTA et al., 2008), no entanto são muitas as barreiras relacionadas a essa prática. LAANTERÄ; PÖLKKI; PIETILÄ (2011) em uma revisão qualitativa identificou que as barreiras mais comumente descritas no aconselhamento em amamentação sob o ponto de vista dos profissionais de saúde foram as limitações no conhecimento sobre amamentação. Revisão bibliográfica que teve como objetivo analisar criticamente o estado da arte da produção científica sobre as práticas do aconselhamento em alimentação infantil identificou potencialidades e obstáculos. Os autores destacaram como potencialidades da prática do aconselhamento nutricional: melhora no desempenho dos profissionais de saúde, adoção de práticas alimentares saudáveis pelos cuidadores e melhora no estado nutricional das crianças; e como obstáculos: a falta de capacitação dos cuidadores e profissionais quanto à alimentação complementar saudável e dificuldade quanto à prática do aconselhamento por profissionais de saúde (CAMPOS et al., 2014).

Estudo de avaliação sobre a implementação da EAAB ainda não foi conduzido. Relativamente à primeira estratégia implementada, a Rede Amamenta Brasil - RAB, foram realizados alguns estudos que avaliaram o impacto nos indicadores de aleitamento materno e também o processo de implantação (VENANCIO et al., 2016). Esses dados trazem subsídios importantes para o processo de implementação da EAAB, uma vez que as duas estratégias estão pautadas no mesmo referencial teórico e metodologia de trabalho.

VENANCIO et al. (2013a) realizaram uma avaliação do impacto da RAB sobre os indicadores de aleitamento materno em 3 municípios brasileiros. Embora os

resultados do estudo não tenham confirmado a hipótese de que a RAB teria um impacto positivo nos indicadores de aleitamento materno, os mesmos apontaram uma série de informações úteis, tais como: 1) os critérios utilizados pelo MS para a certificação das UBS na RAB podem não ter continuidade após a certificação; 2) a atuação dos tutores não acontece da forma como preconiza a proposta; 3) as variáveis que refletem o vínculo do tutor com a equipe mostraram ter influência positiva sobre amamentação; 4) o preparo da equipe em relação ao manejo clínico também se associou positivamente com a amamentação.

O processo de implantação da RAB também foi avaliado buscando identificar fatores do contexto organizacional que pudessem dificultar ou favorecer esse processo. Nos diferentes municípios e níveis organizacionais avaliados ficou evidenciado que contextos mais favoráveis tiveram relação com graus de implantação mais avançados. Com destaque para o nível municipal no qual se identificou a necessidade de fortalecimento do papel do tutor e capacitação dos profissionais de forma a envolvê-los no processo de implantação da estratégia. Entre os fatores facilitadores da implantação da RAB identificou-se: apoio da gestão municipal, papel fortalecido do coordenador municipal e o papel ativo do tutor (VENANCIO et al., 2013b).

Outro estudo sobre a RAB, realizado por PASSANHA et al. (2013), analisou a associação entre grau de implantação da RAB e prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses no município de Ribeirão Preto/SP. O aleitamento materno exclusivo foi maior nos locais certificados na RAB, evidenciando a relevância de investir na certificação de UBS nesse tipo de estratégia.

Nessa mesma linha de estudo, BRANDÃO; VENANCIO; GIUGLIANI (2015) buscaram analisar a associação entre a implementação da RAB e a prevalência de aleitamento materno em menores de 1 ano. Não foi encontrada diferença estatística entre as prevalências de aleitamento materno das crianças atendidas em serviços de saúde que aderiram e não aderiram à estratégia, porém foram identificados problemas na implementação da RAB, entre eles foi apontado a participação insuficiente de tutores no processo.

1.6 JUSTIFICATIVA

Estudo de revisão que analisou a produção científica sobre Nutrição na Atenção Primária em Saúde aponta para a necessidade de maiores esforços para o delineamento e condução de estudos de intervenção e de avaliação de programas (CANELLA; SILVA; JAIME, 2013).

De acordo com dados informados pelo MS o número de tutores formados na EAAB é quase três vezes maior do que o número de UBS sendo acompanhadas, além de um número pouco expressivo de UBS que cumprem os critérios para certificação.

No Manual de Implementação da EAAB é preconizado que o tutor acompanhe a equipe de saúde sob sua tutoria e auxilie no processo de certificação da mesma junto ao MS. No entanto a forma de atuação do tutor, a periodicidade e o tempo de acompanhamento não são determinados (BRASIL, 2016b).

O estudo de avaliação do impacto da RAB concluiu que a forma de atuação do tutor, a periodicidade de visitas e o vínculo que ele estabelece com a equipe de saúde podem influenciar a amamentação. E ainda o preparo da equipe em relação ao manejo da amamentação também se associou positivamente com a prática da amamentação (VENANCIO et al., 2013a).

Sabe-se que é grande a diversidade de perfil dos tutores quanto aos níveis de conhecimento e experiência profissional em relação ao manejo do aleitamento materno e da alimentação complementar, bem como quanto à formação em metodologias ativas, aspectos esses que podem gerar insegurança para desenvolver seu papel ativo de apoio.

Todo o exposto sugere a necessidade de formular estratégias para o fortalecimento da atuação do tutor juntos às equipes de saúde, a fim de apoiá-las na implementação de ações que possam de fato melhorar os indicadores de amamentação e alimentação complementar em sua área de atuação.

Considerando os resultados de pesquisas anteriores, a situação atual sobre a implementação da EAAB e entendendo o tutor como um dos pilares para o alcance dos seus objetivos, a hipótese deste estudo é que a disponibilização de um material de apoio que defina diretrizes para a atuação do tutor poderá facilitar e qualificar sua atuação, contribuindo para o fortalecimento da EAAB. Espera-se como resultado influenciar positivamente o processo de certificação das UBS e os indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar, visando à melhoria do perfil de alimentação e nutrição das crianças.

Assim, o presente trabalho se justifica por avaliar os efeitos da utilização de um material de apoio ao tutor, elaborado no âmbito deste projeto.

2 OBJETIVOS

GERAL:

Avaliar os efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor sobre a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e indicadores de alimentação infantil em crianças menores de um ano.

ESPECÍFICOS:

- Conhecer as práticas de alimentação infantil, especialmente o consumo de produtos ultra processados na população de estudo e identificar os fatores associados a essa prática no período pré-intervenção;
- Analisar os efeitos da utilização do Manual no nível de conhecimento dos tutores e profissionais das equipes de Atenção Básica em relação ao conteúdo de aleitamento materno e alimentação complementar;
- Analisar os efeitos da utilização do Manual no cumprimento dos critérios de certificação na EAAB;
- Analisar os efeitos da utilização do Manual nos indicadores de aleitamento materno exclusivo, diversidade e adequação da alimentação complementar em crianças menores de um ano.

3 MÉTODOS

3.1 ELABORAÇÃO DO MANUAL DE APOIO AO TUTOR DA EAAB

Foi elaborado um manual didático-instrucional denominado “Manual de Apoio ao Tutor da EAAB” (Anexo 1), com o objetivo de apoiar o tutor no desenvolvimento de atividades de educação permanente, com base na metodologia crítico-reflexiva. O conteúdo foi desenvolvido pelas pesquisadoras em consonância com as necessidades identificadas pelos técnicos do Ministério da Saúde (MS) junto aos tutores na ocasião do I Encontro Nacional de Tutores da EAAB. A elaboração do material compreendeu as etapas: definição da estrutura; escolha dos temas das atividades complementares; preparação do conteúdo, baseado na literatura científica e experiência profissional das autoras e, revisão do conteúdo por técnicos do MS. As temáticas das atividades complementares são apresentadas no Quadro 2. Atividades complementares (AC) são entendidas como outras oficinas realizadas após a primeira oficina de trabalho na UBS cuja temática atenda às necessidades da equipe de atenção básica.

Quadro 2 - Temáticas para as atividades complementares (AC)

AC I – Plano de ação: pactuação e definição de plano de trabalho
AC II – Processo de trabalho: - *Mapeamento do território* - *Dispositivos de intervenção e construção de instrumento de organização do cuidado.*
AC III – Manejo clínico do aleitamento materno na Atenção Básica
AC IV – Alimentação Complementar Saudável na Atenção Básica
AC V – Vigilância Alimentar e Nutricional, SISVAN e Sistema de Informação da Atenção Básica vigente

3.2 DELINEAMENTO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção comunitária com análise tipo antes e depois.

O trabalho de campo foi realizado no município de Embu das Artes /SP, localizado na microrregião de Itapecerica da Serra com área territorial de 70,398 km², população de 240.230 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano 0,735 segundo Censo 2010 (IBGE, 2015).

O município possuía 15 UBS. Destas, 3 adotavam exclusivamente o modelo de atenção básica tradicional, 9 adotavam a Estratégia Saúde da Família e 3 eram unidades mistas onde coexistem os dois modelos de atenção. O município contava com um total de 20 equipes de saúde da família (BRASIL, 2015c). Em relação à EAAB, no início deste projeto o município já possuía 13 tutores formados.

3.3 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Não foram incluídas no estudo as UBS localizadas na área rural do município. Foram, portanto, selecionadas 13 UBS de área urbana do município.

A população de estudo consistiu de:

1) Gerentes de todas as UBS selecionadas;
2) Todos os tutores da EAAB que atuam no município;

3) Profissionais de saúde da AB que participaram das atividades complementares realizadas pelo tutor;

4) Crianças menores de 1 ano. Critério de inclusão: ser atendida e acompanhada nas UBS selecionadas. Critério de exclusão: não estar acompanhada pela mãe.

Para a avaliação dos efeitos da intervenção sobre os indicadores de amamentação e alimentação complementar foram analisadas amostras intencionais de crianças menores de 1 ano atendidas nas UBS selecionadas antes e depois da intervenção. O cálculo do tamanho amostral foi baseado na prevalência de aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar na população do Embu das Artes em 2012 (BROCKVELD, 2013). Realizou-se cálculo amostral para as duas faixas etárias: de 0 a 6 meses e de 6 a 12 meses, assumindo uma margem de erro de 5% e poder de 90%. Considerando a prevalência de 34% de aleitamento materno exclusivo de 0-6 meses e esperando alcançar 40% após a intervenção obteve-se uma amostra de 521 crianças menores de 6 meses. Para faixa etária de 6 a 12 meses considerou-se o indicador consumo de bolachas e salgadinhos entre 6 a 9 meses: partindo da prevalência de 67% e esperando uma redução para 57% após a intervenção obteve-se uma amostra de 161 crianças. Ao corrigir o tamanho da amostra para a população de menores de 1 de Embu das Artes (4.008 crianças em 2014), obteve-se uma amostra corrigida de 460 crianças menores de 6 meses e 140 crianças de 6 a 12 meses. Portanto o cálculo do tamanho da amostra foi estimado em 600 crianças menores de 1 ano em cada fase da coleta de dados. (WOODWARD, 2005).

3.4 COLETA DE DADOS

Para obter a linha de base, antes da intervenção, foram coletados dados no período de junho a setembro de 2015. A utilização do Manual ocorreu entre novembro de 2015 e julho de 2016. Após 30 dias do término da intervenção iniciou-se a segunda coleta de dados que ocorreu entre agosto e setembro de 2016. Nos dois momentos, pré e pós intervenção, os dados foram coletados com os seguintes sujeitos:

1) Tutores e profissionais de saúde: aplicado teste para avaliar o conhecimento dos tutores e profissionais que participaram das atividades em relação ao conteúdo de aleitamento materno e alimentação complementar. Instrumento com 45 questões tipo “verdadeiro ou falso” adaptado a partir do proposto por (TOMA, 2008), Anexo 3. A aplicação dos testes de conhecimento aos tutores foi feita pela pesquisadora e a aplicação aos trabalhadores das UBS foi conduzida pelo tutor na ocasião da primeira e da última atividade complementar.

2) Gerentes das UBS: utilizado questionário auto aplicado aos gerentes das 13 UBS visando caracterizar as unidades e obter informações sobre ações de aleitamento materno e alimentação complementar desenvolvidas pelas equipes. No período pós-intervenção a pesquisadora responsável aplicou questões para avaliar o grau de implantação da EAAB e a atuação do tutor. Anexos 4 e 5, instrumentos adaptados (VENANCIO et al., 2013a).

3) Mães: realizou-se entrevistas com mães de crianças menores de 1 ano para obtenção de informações sobre características sociodemográficas, práticas de aleitamento materno e alimentação complementar e sobre as orientações/atendimentos recebidos da equipe de saúde com enfoque no aleitamento materno e alimentação complementar. As questões sobre alimentação infantil foram adaptadas do formulário de Marcadores do Consumo Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que obtém o consumo alimentar das crianças nas últimas 24horas. As entrevistas foram realizadas na fase pré intervenção por técnicos das salas de vacinas e pelas pesquisadoras e na fase pós por duas técnicas contratadas. Em todos os momentos a coleta de dados foi supervisionado pela pesquisadora principal. Todos os entrevistadores foram treinados pela coordenação da pesquisa para a aplicação do instrumento, Anexo 6, adaptado (VENANCIO et al., 2013a). As mães responderam ao questionário nas UBS por ocasião dos atendimentos agendados ou procura espontânea durante o período de coleta de dados.

3.5 INTERVENÇÃO

A implementação da EAAB consiste nas etapas normativas: (i) formação de facilitadores para apoiar a formação de tutores; (ii) formação de tutores da Estratégia; (iii) realização de oficinas de trabalho nas UBS; (iv) acompanhamento do processo de implementação da Estratégia nas UBS; (v) monitoramento do processo de implementação; (vi) certificação das UBS que aderirem à Estratégia e cumprirem os critérios (BRASIL, 2016b). A intervenção avaliada neste estudo

consistiu na utilização do “Manual de Apoio ao Tutor da EAAB” (o Manual) pelos tutores de Embu das Artes por um período de oito meses para apoiar as ACs previstas na implementação da EAAB. Vale ressaltar que no início do estudo o município não havia iniciado o processo de implementação da EAAB e os tutores foram orientados pela coordenação da pesquisa a utilizar o Manual conforme as sugestões nele contidas. O Manual além de esclarecer o papel e atribuições do tutor, sugere a realização de atividades de educação permanente junto às equipes de atenção básica. Para efeito de avaliação deste estudo os tutores foram solicitados a desenvolverem as 5 atividades complementares (AC) que compõem o Quadro 2 (pag. 45). As ACs I e II deveriam ser realizadas na ordem proposta. Já as ACs subsequentes poderiam ou não adotar a sequência sugerida. Cada atividade complementar tem a duração máxima de 2h30.

A Figura 3 sintetiza as fases da pesquisa e os sujeitos envolvidos.

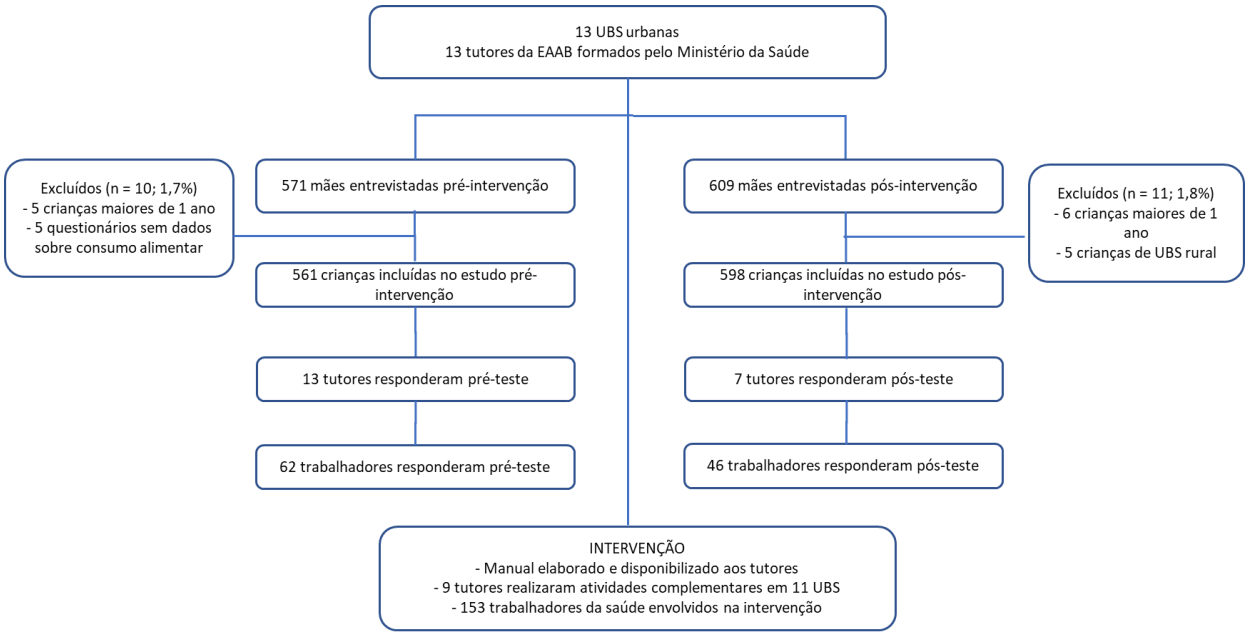


Figura 3. Fluxograma do estudo de intervenção em unidades básicas de saúde (UBS) de Embu das Artes, SP, Brasil, 2015-2016.

3.6 INDICADORES DAS PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Os indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar foram definidos com base nos Marcadores de Consumo Alimentar para crianças menores de dois anos, propostos pelo Ministério da Saúde, o qual considera o consumo das últimas 24 horas (BRASIL, 2015a):

a) **Aleitamento materno exclusivo**: definido para criança de 0 a 5 meses e 29 dias de idade alimentada exclusivamente com leite materno. As questões específicas (sim / não) que foram perguntadas às mães para determinar a exclusividade foram: (i) consumo de leite materno, (ii) mingau, (iii) água / chá, (iv) leite de vaca, (v) fórmula infantil, (vi) suco de fruta, (vii) fruta, (viii) refeições de sal e (ix) quaisquer outros alimentos ou bebidas.

b) **Introdução de alimentos**: definido para criança de 6 a 6 meses e 29 dias de idade que recebeu duas frutas e uma refeição de sal; e se de 7 a 8 meses e 29 dias que recebeu duas frutas e duas refeições de sal.

c) **Frequência mínima e consistência adequada**: definido para criança de 6 a 6 meses e 29 dias de idade que recebeu pelo menos uma refeição de sal com consistência normal (em pedaços) ou amassada; e se de 7 a 11 meses e 29 dias que recebeu pelo menos duas frutas e duas refeições de sal com consistência normal (em pedaços) ou amassada.

d) **Diversidade alimentar mínima**: definido para criança de 6 a 11 meses e 29 dias de idade que recebeu pelo menos um alimento de cada um dos seis grupos de alimentos (sim / não): (i) carboidratos complexos (como arroz, raízes e

tubérculos); (ii) leite materno ou produtos lácteos; (iii) carnes ou ovos; (iv) feijão; (v) frutas e vegetais ricos em vitamina A; e (vi) outras frutas, legumes e verduras.

e) **Adequação alimentar**: indicador que combina os dois anteriores - frequência mínima e consistência adequada e diversidade alimentar mínima; definido para criança de 6 a 11 meses.

f) **Consumo de alimentos fontes de ferro**: definido para criança de 6 a 11 meses e 29 dias de idade que recebeu pelo menos um alimento de qualquer um dos dois grupos de alimentos (sim / não): (i) carnes (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo; (ii) fígado.

g) **Consumo de alimentos fontes de vitamina A**: definido para criança de 6 a 11 meses e 29 dias de idade que recebeu pelo menos um alimento do seguinte grupo de alimentos (sim / não): (i) vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda).

h) **Consumo de alimentos ultra processados**: definido para criança de 6 a 11 meses e 29 dias de idade que recebeu pelo menos um alimento de qualquer um dos quatro grupos de alimentos (sim / não): (i) hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha).; (ii) bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar); (iii) macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; (iv) biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelo, gelatina).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram digitados no software Epi-Info 3.5.2. versão Windows com dupla digitação e usado o procedimento de validação visando à obtenção da consistência do banco de dados. Posteriormente os bancos foram exportados para o programa Stata versão 14.1 (*Stata* Corp., College Station, Estados Unidos) para realização das análises. A análise dos dados será apresentada detalhadamente nos manuscritos que compõem a tese, mas em linhas gerais foi conduzida sob três enfoques:

1- Prevalência dos indicadores de alimentação infantil e fatores associados na linha de base:

Foi realizada análise descritiva de todas as variáveis estudadas, utilizando-se frequências absolutas e relativas. A seguir usamos análise de regressão de Poisson para determinar os fatores associados a três desfechos: aleitamento materno exclusivo, adequação alimentar e consumo de alimentos ultra processados. Estimou-se a influência individual das variáveis independentes (covariáveis relacionadas às mães, às crianças e aos serviços de saúde) nos desfechos. As covariáveis foram agrupadas em blocos e ordenadas de acordo com a influência que teriam sobre os desfechos e então foi conduzida análise múltipla com modelagem hierarquizada ajustada para idade da criança.

2- Processo de implementação da EAAB:

A avaliação dos efeitos da intervenção no processo de implementação da EAAB foi realizada mediante a comparação antes e depois de três variáveis principais: o

percentual de acertos obtidos nos testes de conhecimentos realizados pelos tutores e profissionais de saúde e a quantidade de critérios de certificação alcançados por cada UBS. Esta análise teve caráter descritivo e foi guiada por um modelo lógico da intervenção. Essa abordagem pretende descrever e demonstrar como a intervenção pode influenciar cada etapa de implementação da EAAB, passando por aspectos do processo de trabalho até seu efeito nos indicadores de alimentação infantil.

3- Efetividade da intervenção sobre os indicadores de alimentação infantil:

Inicialmente para análise do efeito da intervenção nos indicadores de alimentação infantil procedeu a caracterização da amostra antes e depois de forma a apresentar o perfil das mães, das crianças e do serviço de saúde de seguimento da criança. A comparação dos desfechos antes e depois foi inicialmente conduzida com teste de comparação de proporção e em seguida para controlar os efeitos de potenciais fatores de confusão ou mediadores do efeito da intervenção, optou-se por conduzir uma análise de regressão de Poisson multinível com modelagem hierarquizada. Os desfechos analisados foram: 1) interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME); 2) diversidade alimentar; e 3) adequação da alimentação complementar. O grupo de estudo (pré/pós) foi considerado como variável independente principal e as demais variáveis relacionadas às mães, às crianças e aos serviços de saúde que apresentarem associação com o desfecho ($p<0.20$) foram consideradas como variáveis de controle (covariáveis). Para guiar a modelagem hierarquizada foi criado para cada desfecho um modelo conceitual com base nos seus determinantes, que será apresentado no manuscrito 3.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os sujeitos da pesquisa, tutores, gerentes das UBS, profissionais de saúde e mães foram informados sobre os objetivos e benefícios do estudo e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta de dados (Anexos 7 - 10).

O projeto de pesquisa possui a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município do Embu das Artes (Anexo 11) para sua realização e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Protocolo 43317315.0.0000.5421), Anexo 12.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta tese estão apresentados no formato de 3 artigos.

Para atender ao primeiro objetivo específico da tese, a partir dos dados da linha de base da pesquisa procedeu-se uma etapa de exploração dos dados para conhecer a situação dos indicadores de alimentação infantil no município estudado. Foi identificada uma situação desfavorável em todos os indicadores avaliados (dados apresentados no Encontro Nacional de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar - ENAM 2016). Para o estudo dos fatores associados as práticas de alimentação infantil três indicadores foram selecionados: aleitamento materno exclusivo, adequação da alimentação complementar e consumo de alimentos ultra processados. Essa exploração inicial dos dados deu origem ao artigo 1, que apresenta a análise do indicador de consumo de alimentos ultra processados e seus fatores associados em crianças de 6 a 12 meses em Embu das Artes. Este manuscrito foi submetido e aceito para publicação no periódico “Jornal de Pediatria”. Os resultados da avaliação dos fatores associados a interrupção do aleitamento materno exclusivo e a inadequação da alimentação complementar estão apresentados como material suplementar no Anexo 2.

O artigo 2 teve como objetivo a avaliação dos efeitos da intervenção no processo de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Este manuscrito ainda não foi submetido para publicação.

No artigo 3 nos dedicamos a estudar os efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor nos indicadores de alimentação infantil buscando verificar o impacto da

intervenção. O manuscrito foi desenvolvido durante o estágio em pesquisa no exterior, realizado no período de março a dezembro de 2017 na École de Santé Publique da Université de Montréal (ESPUM/UdeM), sob a supervisão da Professora Louise Potvin e foi submetido para publicação no periódico “International Journal of Public Health”.

O formato de apresentação dos manuscritos segue as normas dos respectivos periódicos e todos trazem sua própria referência bibliográfica com as tabelas e figuras apresentadas ao final.

4.1 ARTIGO 1 [4]

Title: Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of Sao Paulo, Brazil.

Abstract

Objective: To analyze the prevalence of consumption of ultra-processed food among children under one year of age and to identify associated factors.
Methods: A cross-sectional design was employed. We interviewed 198 mothers of children aged between 6 and 12 months in primary healthcare units located in a city of the metropolitan region of Sao Paulo, Brazil. Specific foods consumed in the previous 24 hours of the interview were considered to evaluate ultra-processed food consumption. Variables related to mothers and children's characteristics, and primary healthcare units were grouped into three blocks of increasingly proximal influence with the outcome. A Poisson regression analysis was performed following a statistical hierarchical modelling to determine factors associated with ultra-processed food consumption.
Results: The prevalence of ultra-processed food consumption was 43.1%. Infants that were not being breastfed had a higher prevalence of ultra-processed food consumption, but no statistical significance was found. Lower maternal education (PR 1.55 [1.08 – 2.24]) and child's first appointment at the primary healthcare unit happened after the first week of life (PR 1.51 [1.01 – 2.27]) were factors associated with ultra-processed food consumption.
Conclusions: High consumption of ultra-processed food among children under one year was found. Both maternal socioeconomic status and time of child's first appointment at the primary healthcare unit were associated with the prevalence of ultra-processed food consumption.

Keywords: complementary feeding; infant feeding practices; primary health care; ultra-processed food.

[4] Aceito para publicação no periódico "Jornal de Pediatria".

Introduction

Complementary feeding according to the World Health Organization (WHO) comprises the process of transition from exclusive breastfeeding to family foods. It should be *timely* and *adequate*, meaning that all infants should start receiving foods in addition to breast milk from 6 months onwards in amounts, frequency, consistency and using a variety of foods to cover the nutritional needs of the growing child.[1] Introducing adequate complementary foods favors healthy feeding habits throughout life. The first two years of life represent a window of opportunity for infants to learn, accept, and like healthy foods as well as establish long-term healthy dietary patterns.[2,3] Besides, healthy feeding habits in early childhood can provide a lifetime of protection against chronic diseases, including overweight and obesity.[4,5]

Inadequate complementary feeding practices such as the early introduction of food (i.e., before six months of age), poorly diversified diet, inadequate frequency and consistency of food, and frequent consumption of unhealthy foods have become highly prevalence at early ages of infant life.[6–8] Recently, the concept of unhealthy foods has been modified by a new food classification system adopted by the Dietary Guidelines for the Brazilian Population.[9] *NOVA* is the new food classification that categorizes foods according to the extent and purpose of food processing, rather than in terms of nutrients.[9] According to *NOVA*, ultra-processed food (UPF) and drink products are formulations made up mainly or solely by industrial ingredients and include biscuits, packaged snacks, soft drinks, and instant noodles; products that are not recommended to be offered before two years of the child's life.[10] Unfortunately, recent national survey found that 70% of Brazilian children between 9 and 12 months consumed some type of UPF in the day before the survey.[8]

Albeit, some studies have investigated the determinants of inadequate complementary feeding practices among children,[6,7] there is a lack of studies exploring factors associated with consumption of UPF in infants specifically in the context of primary health care. Primary health care is a privileged setting for the development of interventions aimed at preventing and promoting healthy eating habits.[11] Thus, this study aimed to analyze the prevalence and factors associated with the consumption of UPF among children under one year of age in primary healthcare units.

Methods

Design and study setting

This study was carried out in 13 urban primary healthcare units (PHU) in Embu das Artes, Brazil. This municipality is part of the metropolitan region of Sao Paulo and has a total population of 240,230 inhabitants.

The data used for this analysis is from a baseline survey of a before-and-after intervention study. In brief, the educational intervention conducted with primary healthcare professionals aimed to promote breastfeeding and complementary feeding activities and findings of its assessment will be described elsewhere. Before the intervention, a survey on infant feeding practices was conducted with mothers of children under one year attending the PHUs.

Sampling frameworks and analytic sample

The sample size was calculated assuming a margin of error of 5%, a statistical power of 90% and was determined on the prevalence of consumption of sandwich, cookies, chips or savoury biscuits (among children aged between 6 and 9 months) estimated at 67%.[12] This resulted in a sample size of 161 children between 6 and 12 months of age.

Ethical considerations

The research protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Public Health School of the University of Sao Paulo – Brazil (protocol 43317315.0.0000.5421, approved 05/07/2015). All participants received an explanation of the study objectives and signed a consent form.

Data collection

Participants were mothers of children under one year who attended PHUs during the period between June to September 2015. Interviews were conducted by trained staff.

The data collection instrument was composed of two parts. The first part comprised closed-ended questions related to socioeconomic, demographic, biomedical conditions of mothers and children, and the performance of PHU by checking standard recommendations of the Brazilian Ministry of Health to support breastfeeding and complementary feeding (i.e., first appointment at the PHU (first week /after first week);

received home visits from health team (y/n); PHU scheduled regular appointments (y/n); PHU provide attendance without appointment (y/n); received counselling on complementary feeding (y/n)).[13] The second part comprised of questions related with food consumption in the previous 24 hours of the interview, adopting the Food Intake Markers Questionnaire for infants aged between 6 and 24 months, proposed by the Brazilian Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). This questionnaire consists in “yes” or “no” questions about food items or groups, such as fruits; vegetables; rice, pasta, and potatoes; beans; meat; breast milk; other milk and dairy products; and ultra-processed foods. It can be used to assess complementary feeding practices as well as consumption of ultra-processed foods. While it enables to assess markers of healthy and unhealthy food consumption, it does not evaluate the amount of food consumed.[14]

Outcome Variable

The consumption of UPF in the previous 24 hours was determined for children aged between 6 and 12 months who had eaten at least one of the following foods organized in four groups categorized as ultra-processed food products according to the *NOVA* classification (9): (a) burgers, processed meat, or sausages; (b) sugary beverages (soft drinks, processed juices and other drinks with added sugar); (c) instant noodles, chips or savoury biscuits; and (d) sandwich cookies, chocolates or candies. The use of “current status” of food consumption in the last 24 hours is recommended by the WHO to minimize recall bias in cross-sectional studies.[1]

Covariates

The covariates included are described in Figure 1. Maternal education was used as a proxy of socioeconomic status. Providing healthcare assistance on the first week of child’s life was used as a proxy for assessing the performance of PHUs. The "First Week Integral Health" is a recommendation of Ministry of Health since 2004 to improve maternal and child health during the postpartum.[15] The variable “primary healthcare model” corresponds to the model of healthcare assistance offered in the PHUs: Traditional – teams consisting in the general physicians, pediatrician, gynecologists and nurses; Family Health Strategy - teams consisting in the family's doctor, nurses, nursing technicians and community health workers; and Mixed - primary healthcare units where both models coexist.

Diversity and adequacy of complementary feeding were defined based on the proposal of Food Intake Markers from the Brazilian Ministry of Health[14] as follows: 1) Minimum food diversity was considered when a child aged at 6–11 months received at least one of the six food groups (yes/no): (i) complex carbohydrates (like rice, roots and tubers); (ii) breast milk or dairy products; (iii) meats or eggs; (iv) beans; (v) vitamin-A-rich fruits and vegetables; and (vi) other fruits or vegetables. 2) Food adequacy (yes/no) was calculated based on the minimum food diversity, minimum frequency and proper consistency indicators. Minimum frequency and proper consistency was considered when a six-month old child received solid, semi-solid, or soft foods once a day whether in a mashed consistency or in chunks; and when a 7–11-month-old child received solid, semi-solid, or soft foods twice a day whether in a mashed consistency or in chunks.

Data Analyses

Stata software (version 14.1) was used to conduct the statistical analyses. First, descriptive analysis explored ultra-processed food (UPF) consumption (i.e., the consumption of at least one UPF assessed) and computed the proportion of UPFs as well as its distribution across the levels of covariates. To test the hypothesis that breastfeeding might influence UPF consumption we analysed the four UPFs groups by type of feeding (breastfed or not breastfed).

Second, the individualized effect of the covariables on the outcome was evaluated by multiple Poisson regression with a robust variance. Poisson regression has been described to be the adequate alternative for analysing cross-sectional studies with binary outcomes.[16] Third, the covariates were grouped into three blocks of increasingly proximal influence with the outcome. A statistical hierarchical modelling was used to select variables for inclusion in the regression model following the theoretical model presented in Figure 1.

Initially, bivariate analysis was carried out to estimate the prevalence ratio (PR) and confidence intervals (95%CI) for each covariate and outcome (step 1). Covariates with $p < 0.20$ were included in the multiple internal analysis of each block (step 2). In the block 2, none of the covariates met the inclusion criteria to step 2 ($p<0.20$) and, in this case, the maternal age was chosen to represent this block and adjusted to the next step. Covariates with $p<0.20$ in an internal analysis of each block were used as control in the step 3 as follows. The proxy of socioeconomic status (maternal education level) adjusted to infant

age was the first covariate to be included in the model and was used as an adjustment for the other hierarchically inferior covariates. Similarly, covariates of the distal block (1), "Characteristics of health unit during the infant follow-up", were the second covariates to be included in the model and were used as an adjustment for the hierarchically inferior covariates. Analogously, the covariates of the intermediate block (2), "Family and Maternal characteristics", which met the inclusion criteria of the multivariate model after adjusting for the distal block, became the control for the subsequent block. A similar procedure was adopted to analyse the proximal block (3), "Child characteristics and feeding practices". The selected covariates were maintained in the model despite having lost statistical significance after including the inferior blocks. After adjusting for the covariates of the same block and superior blocks, the correlation between the covariates and the outcome was considered significant by adopting a significance level of 5% ($p<0.05$).

Results

We interviewed 198 mothers of children between 6 and 12 months. Most mothers (54.2%) had less than 11 years of schooling, 54.6% of the children were male and the most frequent primary healthcare model was the traditional/mixed (76.8%). Considering feeding practices, 70.2% had been breastfed in the last 24h, 37.1% had complementary feeding diversity, and only a quarter had complementary feeding adequacy (Table 1).

For the analysis of the UFP consumption were registered 181 responses. The prevalence of UPF consumption was 43.1% (i.e., consumption of at least one UPF assessed in the previous 24 hours) (Table 1). In the evaluation per groups of UPFs, the highest prevalence of consumption was sandwich cookies/chocolates/candies (21.8%), followed by sugary beverages (20.0%), and instant noodles/chips/ savoury biscuits (18.5%). The least consumed UPF group was hamburgers and processed meats. The analysis by type of feeding showed that infants not breastfed tended to have higher UPF consumption compared to those who were being breastfed (53.8% vs 38.9%), but no statistical significance was found.

Table 2 presents the bivariate analysis. The highest prevalence of UPF consumption was observed among those infants whose mothers had lower education, infants that did not

receive early assistance at the PHU, infants followed by a PHU that did not schedule appointments regularly, and infants that were not being breastfed in the previous 24 hours.

Hierarchical multivariate analysis indicated that lower maternal education and lack of early assistance at the primary health care were independent factors for UPF consumption, used in this study as proxies of socioeconomic status and performance of PHU, respectively (Table 3).

Discussion

This study investigated complementary feeding practices of children aged 6 to 12 months living in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil, focusing on consumption of UPF and its associated factors. Despite the increased interest in the UPF consumption, few studies have dedicated to identifying factors associated with its consumption, especially in young children. Our study found that UPF are largely consumed among children. The consumption of UPF among children under one year was associated with lowest maternal education and poor performance of PHUs.

According to WHO recommendations, infants should start receiving adequate complementary foods at 6 months of age in addition to breast milk. Complementary feeding practices that are not timely and adequate may result in poor outcomes related to health and development of children.[1] In our study only a quarter of infants have met the food adequacy, indicator that summarizes three dimensions of optimum complementary feeding (frequency, consistency and diversity), demonstrating that we are far short of WHO recommendations and raising a concern on the quality of the complementary feeding already verified in the literature.[6]

The early and high UPF consumption found in our study corroborate previous studies nationally and internationally.[17–19] Our findings support the importance of understanding the role of UPF consumption as an early dietary determinant of chronic diseases once evidence showed that complementary feeding inadequate influence the origin of obesity in children,[4] and UPF consumption may lead to changes in the lipoprotein profile in children.[20]

Despite the UPF consumption was more frequent among non-breastfed children, the statistical association was not found. Even though, the relationship between UPF and breastfeeding has not been specifically studied, epidemiological findings indicate that breastfeeding is associated with a best profile of infant feeding.[21,22] The non-association found between UPF consumption and breastfeeding practices in our study could potentially be due to stronger mediator confounders' factors such as mother's education. In our study, higher educated mothers were less likely to offer UPF to their infants, in the same way evidence has shown that higher educated mothers are more likely to breastfeed [23] and breastfeeding babies have better profile of infant feeding.[21,22]

Lower maternal education association with higher UPF consumption and other poor on complementary feeding practices has been previously reported.[8,24,25] A Brazilian National Survey identified low maternal education associated with the high frequency of consumption of unhealthy foods among children under one-year-old.[8] Coelho *et al*.[25] found that lower maternal education (<8 years), household with lower income and be enrolled in a conditional cash transfer programs were factors that increased the consumption of UPF in children under 24 months. A higher maternal educational level can be correlated with higher family income and potentially facilitates the access to expensive foods such as vegetables and meat.[26] On the other hand, in Brazil the increase in UPF consumption affects both the population with lower and higher income.[27]

To our knowledge it is the first time that the performance of PHUs is associated with UPF consumption. The performance of PHU has been related with the improvement of infant mortality [28] as well as other outcomes infant feeding practices such as exclusive breastfeeding, introduction of complementary feeding and consumption of non-recommended food among infants.[29,30] Our hypothesis to explain the association found in our study is that early care at PHUs in the first week of the baby's life may be an indicator of the family's bond with the healthcare team. The bond between the family and the PHUs allows professionals to know better their clients and the individuals' priorities, facilitating the access and improving the quality of the assistance delivered.[11] This early assistance is considered a good time to encourage and to assist families with breastfeeding difficulty, immunizations, neonatal screening and to establish or strengthen family support network, including the relationship with the PHU.[15] It is important to acknowledge that other covariable related with performance of PHUs investigated "counselling on

complementary feeding" was not significantly associated with the outcome, which may be related to memory bias.

Our study has the limitation of including a single municipality, limiting the generalizability of our findings. On the other hand, this type of study is useful to formulate new hypotheses about this subject. In addition, the data collection instrument did not allow to detail frequency and age of food introduction. On the other hand, the questionnaire has important advantages: it has an easy and quick application; it shows food intake markers with less chance of memory bias; and it has been used by health teams to monitor infant feeding indicators in the PHUs in Brazil, allowing comparability with other studies and with data produced by the PHUs.[14]

Our study showed that higher maternal education and better performance of PHU decrease UPF consumption among children under one year, informing some policy recommendation. First, effective interventions in the primary healthcare settings aiming to improve infant feeding practices should include strategies to strengthen the bond of mothers and caregivers, especially from lower socioeconomic status. Second, healthcare professional counselling has a key role on listening and understanding the factors that influence the mothers during the transition to child's complementary feeding. Third, a way forward is to strengthen the implementation of the national policy "Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil" that through a problem-posing methodology aims to promote continuing education for health professionals on breastfeeding and complementary feeding in the primary health settings.[13] Fourth, the need of a push for incorporating the Brazilian Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) as a routine in the primary health care in order to systematically monitor infant feeding indicators.

Acknowledgements

We wish to thank Lucimeire de Sales Magalhães Brockveld (Health Secretary of the Embu das Artes, Brazil) for her unconditional support with the data collection; Regina Tomie Ivata Bernal (University of Sao Paulo) for her assistance with the sample calculation; and Milena Nardocci Fusco (School of Public Health, University of Montreal, Canada) for her contribution with the English revision. We also wish to thank

the manages of Health Secretary of Embu das Artes and the staff of the Brazilian Ministry of Health by supporting the research project.

Author contributions

Design of the research project GRBR, SIV; Data collection: GRBR; Data analysis: GSB, SIV; Writing and review of the manuscript: GRBR, GSB, SIV.

References

1. World Health Organization [WHO]. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6. Washington, D. C.: WHO; 2008.
2. Birch L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. Proc Nutr Soc. 1998;57(4):617–24.
3. Nicklaus S, Remy E. Early Origins of Overeating: Tracking Between Early Food Habits and Later Eating Patterns. Curr Obes Rep. 2013;2(2):179–84.
4. Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti G. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(838):1-9.
5. Pearce J, Taylor M, Langley-Evans S. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. Int J Obes. 2013;37:1295–306.
6. Issaka AI, Agho KE, Burns P, Page A, Dibley MJ. Determinants of inadequate complementary feeding practices among children aged 6–23 months in Ghana. Public Health Nutr. 2015 Mar 20;18(4):669–78.
7. Constante Jaime PI, Ruscitto do Prado RI, Carvalho Malta III D. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. Inquéritos Artig Orig Rev Saude Publica. 2017;51(Suppl 1):S13.
8. Saldiva SRDM, Venancio SI, de Santana AC, da Silva Castro AL, Escuder MML, Giugliani ERJ. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. Nutr J. 2014;13(33):1-8.
9. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR de, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. Cad Saude Publica. 2010;26(11):2039–49.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atençao Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde)

12. Brockveld L de SM. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP: um estudo de caso. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Instituto de Saúde; 2013.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. 1st ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 148p.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 33p.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 80p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

16. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003;20(3).

17. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age. Cad Saude Publica. 2012;28(9):1759–71.

18. Bandara T, Hettiarachchi M, Liyanage C, Amarasena S. Current infant feeding practices and impact on growth in babies during the second half of infancy. J Hum Nutr Diet. 2015;28(4):366–74.

19. Tamasia GDA, Venâncio SI, Saldiva SRDM. Situation of breastfeeding and complementary feeding in a medium-sized municipality in the Ribeira Valley, São Paulo. Rev Nutr. 2015;28(2):143–53.

20. Rauber F, Campagnolo PDB, Hoffman DJ, Vitolo MR. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: A longitudinal study. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2015;25(1):116–22.

21. Passanha A, Benicio MHD, Sonia Venancio I. Influence of breastfeeding on consumption of sweetened beverages or foods. Rev Paul Pediatr (São Paulo). 2018 Jan 8. [http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00008]

22. Segall-Corrêa AM, Marín-León L, Panigassi G, Rea MF, Pérez-Escamilla R. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL Ministério da Saúde Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 195–212.

23. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. Public Health Nutr. 2006;9(1):40–6.

24. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. BMC Public Health. 2011;11(Suppl 3):S25.

25. Coelho L de C, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes C dos RL, Gimeno SGA. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. Cien Saude Colet. 2015;20(3):727–38.

26. Zarnowiecki DM, Dollman J, Parletta N. Associations between predictors of children's dietary intake and socioeconomic position: a systematic review of the literature. Obes Rev. 2014;15(May):375–91.

27. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). Rev Saude Publica. 2013;47(4):656–65.

28. Caldeira AP, França E, Goulart E. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo de caso-controle. J Pediatr (Rio J). 2001;77(6):461–8.

29. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de sáude sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. Cad Saude Publica. 2014;30(8):1695–707.

30. Oliveira MIC de, Camacho LAB. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(1):41–51.

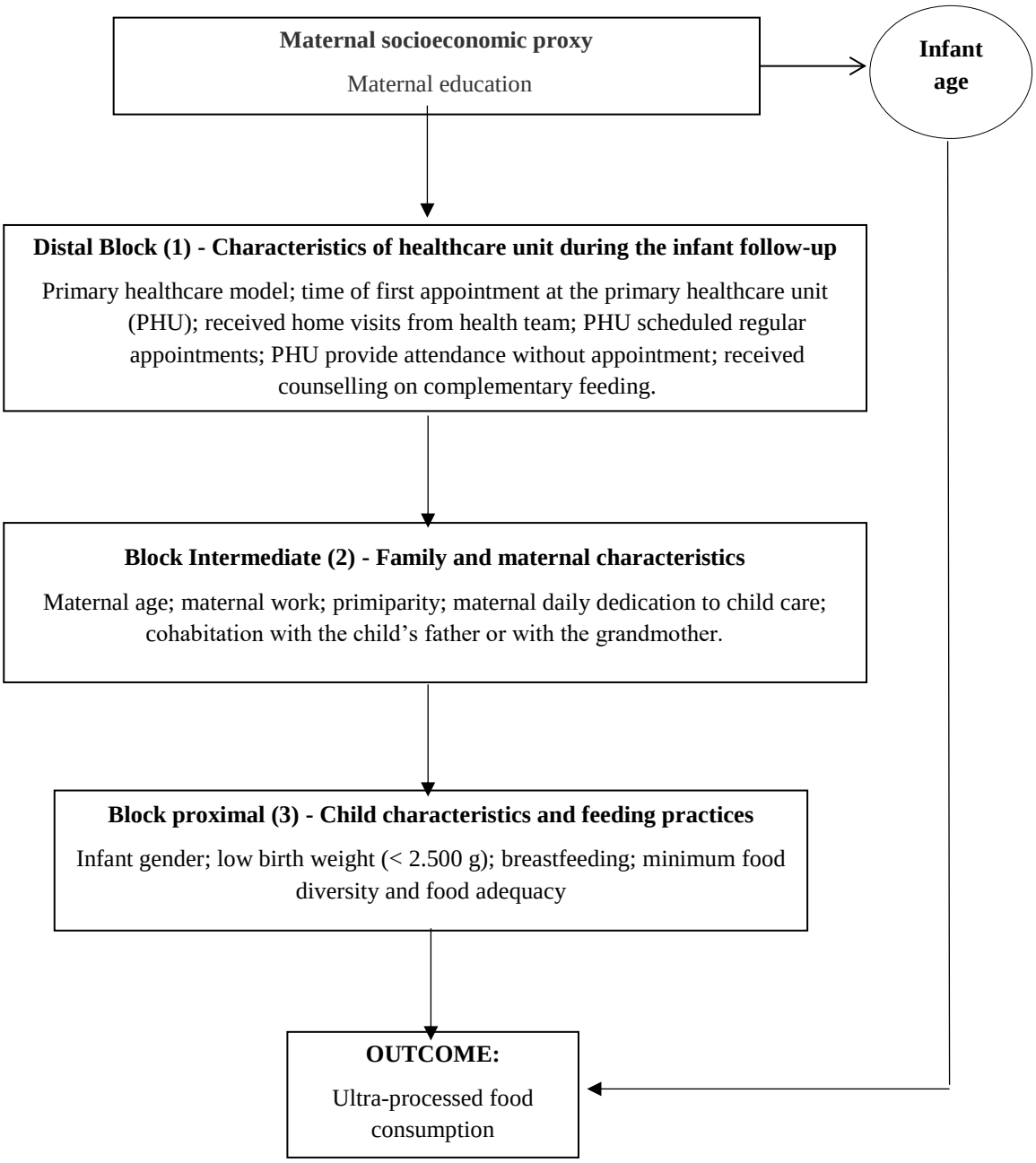


Figure 1. Hierarchical theoretical model to determine the factors associated with ultra-processed food consumption. Embu das Artes, Sao Paulo. Brazil, 2015.

Table 1. Population description by studies variables. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil. 2015

	n [a]	%
Socioeconomic proxy: Maternal education, years of study		
≥11	81	45.8
<11	96	54.2
Characteristics of health unit during the follow-up		
Primary healthcare model		
Family Health Strategy	46	23.2
Traditional or Mixed	152	76.8
First appointment at the primary healthcare unit (PHU)		
First week of child's life	96	49.5
After first week of child's life	98	50.5
Home visits from health team		
Yes	47	24.2
No	147	75.8
PHU schedules regular appointments		
Yes	171	94.0
No	11	6.0
Health care attendance without appointment		
Yes	109	57.7
No	80	42.3
Counselling complementary feeding		
Yes	137	73.3
No	50	26.7
Family and maternal characteristics		
Maternal age, years		
≥20y	161	82.1
<20y	35	17.9
Primiparity		
No	91	46.4
Yes	105	53.6
Maternal work		
Not working outside the home	145	74.7
Working outside the home	49	25.3
Cohabitation with the child's father		
Yes	154	79.0
No	41	21.0
Cohabitation with child's grandmother		
No	163	83.6
Yes	32	16.4
Maternal daily dedication to child care		
All day	147	75.8
1 or 2 periods	47	24.2
Child characteristics and feeding practices		
Infant gender		
Female	90	45.4
Male	108	54.6
Low birth weight (< 2.500 g)		
No	160	86.0
Yes	26	14.0
Bottle feeding		
No	50	27.2
Yes	134	72.8
Food adequacy		
Yes	36	22.5
No	124	77.5
Minimum food diversity		
Yes	62	37.1
No	105	62.9
Breastfeeding		
Yes	132	70.2
No	56	29.8
Ultra-processed food		
Yes	78	43.1
No	103	56.9

[a] The total was smaller for some variables due to missing information.

Table 2. Bivariate Poisson analysis of ultra-processed food (UPF) consumption in infants aged between 6 and 12 months. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015.

Variable (n total)	UPF consumption			
	n	%	$PR_{unajusted}$	p
Socioeconomic proxy: Maternal education, years of study (n=169)				
≥11	26	32.5	1	
<11	45	50.6	1.55 [1.07 – 2.27]	0.02
Distal block (1) - Characteristics of health unit during the follow-up				
Primary healthcare model (n=181)				
Family Health Strategy	21	48.8	1	
Traditional or Mixed	57	41.3	0.84 [0.59 – 1.22]	0.370
First appointment at the primary healthcare unit (PHU) (n=178)				
First week of child's life	30	35.7	1	
After first week of child's life	48	51.1	1.43 [1.01 – 2.03]	0.04
Home visits from healthcare team (n=178)				
Yes	19	46.3	1	
No	58	42.3	0.91 [0.62 – 1.34]	0.645
PHU schedules regular appointments (n=166)				
Yes	63	40.5	1	
No	7	63.6	1.56 [0.96 – 2.55]	0.071
Health care attendance without appointment (n=173)				
Yes	47	48.0	1	
No	27	36.0	0.75 [0.52 – 1.08]	0.125
Counselling Complementary Feeding (n=175)				
Yes	54	43.2	1	
No	22	44.0	1.02 [0.70 – 1.48]	0.923
Intermediate block (2) - Family and Maternal characteristics				
Maternal age, years (n=179)				
≥20	65	43.9	1	
<20	13	41.9	0.95 [0.61 – 1.50]	0.842
Primiparity (n=179)				
No	37	43.5	1	
Yes	41	43.6	1.00 [0.72 – 1.40]	0.991
Maternal work (n=181)				
Not working outside the home	59	44.7	1	
Working outside the home	19	41.3	0.92 [0.62 – 1.37]	0.695
Cohabitation with the child's father (n=178)				
Yes	62	43.7	1	
No	15	41.7	0.95 [0.62 – 1.47]	0.831
Cohabitation with child's grandmother (n=178)				
No	63	42.3	1	
Yes	14	48.3	1.14 [0.75 – 1.74]	0.538
Maternal daily dedication to child care (n=178)				
All day	55	41.7	1	
1 or 2 periods	22	47.8	1.15 [0.80 – 1.65]	0.458
Proximal block (3) - Child characteristics and feeding practices				
Infant gender (n=181)				
Female	37	46.2	1	
Male	41	40.6	0.87 [0.63 – 1.23]	0.445
Low birth weight (< 2.500 g) (n=171)				
No	64	43.0	1	
Yes	9	40.9	0.95 [0.56 – 1.63]	0.859
Bottle feeding (n=170)				
No	18	37.5	1	
Yes	56	45.9	1.22 [0.81 – 1.85]	0.339
Food adequacy (n=160)				
Yes	18	50.0	1	
No	49	39.5	0.79 [0.53 – 1.17]	0.242
Minimum food diversity (n=167)				
Yes	29	46.7	1	
No	40	38.1	0.81 [0.57 – 1.17]	0.266
Breastfeeding (n=173)				
Yes	47	38.8	1	
No	28	53.8	1.39 [1.00 – 1.94]	0.058

Table 3. Multivariate Poisson regression models age-adjusted to identify the factors associated with ultra-processed food (UPF) consumption in infants aged between 6 and 12 months, following a hierarchical approach. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015.

	UPF consumption	
	$PR_{ajusted}$	p
Model 1[a]		
Maternal socioeconomic proxy		
Maternal education, years of study		
≥11	1	
<11	1.55 [1.08 – 2.24]	0.018
Model 2[b]		
Characteristics of health unit during the follow-up		
First appointment at the primary healthcare unit (PHU)		
First week of child's life	1	
After first week of child's life	1.51 [1.01 – 2.27]	0.046
PHU schedules regular appointments		
Yes	1	
No	1.50 [0.86 – 2.62]	0.150
Health care attendance without appointment		
Yes	1	
No	0.74 [0.50 – 1.08]	0.122
Model 3[c]		
Family and maternal characteristics		
Maternal age, years		
≥20y	1	
<20y	0.77 [0.44 – 1.34]	0.352
Model 4[d]		
Child characteristics and feeding practices		
Breastfeeding		
Yes	1	
No	1.18 [0.80 – 1.72]	0.401

[a]Model 1 - Maternal socioeconomic proxy and infant age
[b]Model 2 – Model 1+ first appointment at PHU, PHU schedules regular appointments, health care attendance without appointment
[c]Model 3– Model 2 + Maternal age
[d]Model 4– Model 3 + Breastfeeding

Legends to figures

Figure 1. Hierarchical theoretical model to determine the factors associated with ultra-processed food consumption. Embu das Artes, Sao Paulo. Brazil, 2015.

Table 1. Population description by studies variables. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil. 2015.

Table 2. Bivariate Poisson analysis of ultra-processed food (UPF) consumption in infants aged between 6 and 12 months. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015.

Table 3. Multivariate Poisson regression models age-adjusted to identify the factors associated with ultra-processed food (UPF) consumption in infants aged between 6 and 12 months, following a hierarchical approach. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015.

4.2 ARTIGO 2

Título: Avaliação do uso de um manual de apoio ao desenvolvimento de atividades de educação permanente para promoção da alimentação infantil na atenção básica.

Resumo

Introdução: A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) vem sendo implementada pelo Ministério da Saúde (MS) para promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável na atenção básica (AB) em saúde. Para tanto, conta com os tutores, cuja atribuição é apoiar as equipes de saúde. Dados do MS apontaram que dificuldades na atuação do tutor consistem em um dos principais entraves para consolidação da EAAB.

Objetivo: Avaliar o processo de utilização de um manual elaborado para apoiar o tutor da EABB nas atividades de educação permanente junto às equipes de AB.

Métodos: Pesquisa avaliativa tipo análise de implantação com abordagem quantitativa e qualitativa. A intervenção avaliada teve a duração de 8 meses e consistiu no uso do "Manual de Apoio ao Tutor da EAAB" (o Manual) pelos tutores do município de Embu das Artes, SP para desenvolver atividades complementares à Oficina de Trabalho que inicia o processo de implantação da Estratégia. A coleta de dados antes e depois da intervenção, compreendeu: 1- questionário com os gerentes das UBS para obter informações sobre a implementação da intervenção e da EAAB; 2- teste de conhecimentos para tutores e trabalhadores. Realizou-se avaliação quantitativa dos indicadores de implementação construídos com base no modelo lógico da intervenção. Na abordagem qualitativa realizou-se análise de conteúdo baseada no relatório de uma oficina com informantes-chave que propiciou uma escuta sobre o processo de utilização do Manual.

Resultados: O Manual foi utilizado por 9 dos 13 tutores do município e a intervenção em algum grau foi realizada em 11 de 13 UBS. Em média foram realizadas 3,5 [0-5] atividades complementares por UBS. A média de acertos dos tutores no teste de conhecimentos inicial foi 31,43 ± 5,25 e final 34,86 ± 4,45; p= 0,021. Entre os trabalhadores a média no pré-teste foi 26,09 ± 4,45 e no pós-teste 30,28 ± 3,55; p= 0,002. Em média o número de critérios de certificação alcançados pelas UBS foi maior depois da intervenção (pré 3 [1-6] *versus* pós 5 [3-6]) e apresentou consistência com a percepção de mudanças dos gerentes assim como com o número de atividades conduzidas pelos tutores. A avaliação da intervenção sob a ótica dos tutores revelou contribuições do uso do Manual para sua atuação

Conclusão: A utilização do Manual de Apoio do Tutor da EAAB melhorou o conhecimento dos tutores e profissionais, mostrou potencial para promover mudanças no processo de trabalho das equipes e foi positivamente avaliada pelos tutores.

Palavras-chave: avaliação de intervenções, aleitamento materno, alimentação complementar, educação permanente em saúde, atenção primária em saúde.

Introdução

O aleitamento materno (AM) e a alimentação complementar (AC) adequada nos primeiros anos de vida oferecem, a curto e longo prazo, benefícios para a saúde e o desenvolvimento da criança, além das vantagens econômicas e ambientais para as crianças, mulheres e sociedade de países de alta, média e baixa renda (Langley-Evans, 2015; Victora et al., 2016).

Desde 2013 a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro para a promoção do AM e AC saudável na atenção básica. A EAAB é baseada na metodologia crítico-reflexiva, proposta por Paulo Freire, e que aplicada ao processo de trabalho possibilita por meio da crítica e reflexão a troca e transformação do conhecimento, valorizando no grupo não só o conhecimento científico, mas também outros, como histórico, social, cultural, econômico e experiencial (Alvim & Ferreira, 2007). Os objetivos da EAAB são qualificar a assistência prestada pelas equipes de saúde e melhorar as práticas de alimentação infantil na população brasileira. A unidade básica de saúde (UBS) pode ser certificada na EAAB se cumprir seis critérios exigidos pelo Ministério da Saúde: 1 - Desenvolver ações sistemáticas para promover a amamentação e alimentação complementar saudável; 2 – Monitorar os indicadores de AM e AC; 3 - Dispor de um instrumento de organização da atenção à saúde da criança relacionado à amamentação e alimentação complementar; 4 - Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; 5 - Contar com a participação de pelo menos 85% da equipe de atenção básica nas oficinas desenvolvidas; 6 - Cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação (Brasil, 2016). Quando uma UBS está com todos critérios cumpridos, o gestor pode submeter a UBS ao processo de certificação junto ao Ministério da Saúde.

A implementação da EAAB envolve a figura do tutor, um profissional de saúde que passa por uma oficina de formação para desempenhar a função de apoio às equipes de saúde, no contexto da educação permanente, para o desenvolvimento ou fortalecimento de ações

voltadas à promoção da amamentação e alimentação complementar saudável. Nas UBS a implementação da EAAB começa com uma primeira oficina de seis horas conduzida pelo tutor com toda a equipe, que tem como objetivo sensibilizar os trabalhadores para o tema em questão e iniciar a elaboração de um plano de ação para promoção do AM e AC (Brasil, 2016). No entanto, dados apresentados pelo Ministério da Saúde, sobreo panorama de implementação da EAAB no Brasil, mostram que o número de tutores já formados é quase três vezes maior do que o número de unidades de saúde acompanhadas, o que mostra obstáculos no cumprimento das atividades complementares que deveriam ser realizadas pelos tutores. Além disso, o número de UBS certificadas ainda é pouco expressivo, revelando desafios para a implementação da EAAB em larga escala. Estudos que avaliaram a implementação e impacto da estratégia de promoção do AM anterior à EAAB e que adotava metodologia similar evidenciaram fragilidades na atuação do tutor (Brandão, Venancio, & Giugliani, 2015; Venancio et al., 2013).

Frente ao desafio de integrar a promoção do AM e AC no contexto da atenção básica à saúde, o desenvolvimento de intervenções custo-efetivas e sua implementação em larga escala torna-se ainda mais importante no Brasil, país com mais de 50 mil equipes de saúde na atenção básica (Brasil, 2018). Assim, entendendo o tutor como um elemento chave para o sucesso da implementação da EAAB e diante da necessidade de orientar a sua atuação, os autores deste estudo, em estreita cooperação com o Ministério da Saúde, elaboraram o "Manual de Apoio ao Tutor da EAAB" (doravante chamado simplesmente "o Manual") que esclarece ao tutor qual o seu papel e de que forma desenvolver as atividades esperadas. O Manual segue uma metodologia crítica-reflexiva, buscando propor um processo educacional aplicado ao trabalho, com o objetivo de promover mudanças nas relações e nos processos. A hipótese deste estudo é que a disponibilização de um material de apoio que defina diretrizes para a atuação do tutor poderá facilitar e qualificar sua atuação, contribuindo para melhorar o desempenho dos trabalhadores de saúde e para o fortalecimento da implementação da EAAB. O uso do Manual pelos tutores durante o processo de implementação da EAAB consistiu na intervenção educacional avaliada neste estudo.

À medida que os cuidados de saúde se tornam mais complexos, há maior foco no uso de diretrizes e ferramentas baseadas em evidências para otimizar qualidade, segurança e custo (Chantry & Howard, 2013). Junto a isso, a área de avaliação de intervenções se desenvolveu muito e vem sendo valorizada a pesquisa avaliativa que se dedica a avaliar não somente os

resultados ou efeitos líquidos dos programas (impactos), mas também os mecanismos intervenientes associados a esses efeitos. Avaliar a implantação de um programa é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos. A análise de implantação consiste justamente em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção (Denis & Champagne, 1997). Tradicionalmente, a avaliação da implementação das intervenções tem se baseado em modelos lógicos ou conceituais, embora essas formas de representação do programa facilitem o planejamento estratégico e o gerenciamento e forneçam uma visão geral do programa; os mecanismos pelos quais as atividades realmente ocorrem e atingem seu impacto são muitas vezes implícitos e assumidos sem explicação. Assim, a compreensão da lógica do programa e como os programas conseguem atingir os seus efeitos (as vias de impacto) é necessária para informar a tomada de decisão e os processos de expansão em larga escala (Kim, Habicht, Menon, & Stoltzfus, 2011).

Considerando o exposto, justifica-se a realização deste estudo para avaliar o processo de utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da EABB, identificando os meios pelos quais essa intervenção pode melhorar as práticas de alimentação infantil.

Métodos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob o protocolo nº 43317315.0.0000.5421 e os questionários, testes e entrevistas foram aplicadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Caracterização do estudo e contexto

Realizamos uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação (Denis & Champagne, 1997) com abordagem quantitativa e qualitativa para analisar o uso do “Manual de Apoio ao Tutor da EAAB” no contexto de implementação da EAAB nas UBS de Embu das Artes, Brasil. Optamos pela estratégia do estudo de caso por se tratar de um fenômeno que não pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (Yin, 1994), sendo a unidade de análise o município.

A cidade de Embu das Artes é parte da região metropolitana de São Paulo com população de 240.230 habitantes e conta com 15 UBS e 30% de cobertura da Estratégia Saúde da Família. No início deste estudo o município possuía 13 tutores formados em oficina realizada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, mas não havia iniciado o processo de implementação da EAAB.

Estratégia da pesquisa

O Manual de Apoio ao Tutor da EAAB foi previamente elaborado pelos autores deste estudo de acordo com as necessidades apresentadas pela equipe técnica do Ministério da Saúde. Junto aos gerentes das UBS de Embu das Artes coletamos informações sobre as ações de AM e AC desenvolvidas e aplicamos teste de conhecimento junto aos tutores e profissionais de saúde. Após essa coleta de dados, o material foi disponibilizado aos tutores (a intervenção) e após foi conduzida uma segunda coleta de dados. Esses dados coletados permitiram a avaliação quantitativa das categorias de análise e indicadores construídos com base no modelo lógico da intervenção. Conduziu-se uma avaliação qualitativa baseada no relatório de uma oficina de escuta com os tutores encomendada pelo Ministério da Saúde durante o período de utilização do Manual.

A intervenção

A implementação da EAAB consiste nas etapas normativas: (i) formação de facilitadores para apoiar a formação de tutores; (ii) formação de tutores da Estratégia; (iii) realização de oficinas de trabalho nas UBS; (iv) acompanhamento do processo de implementação da Estratégia nas UBS. Nesta etapa é recomendado que o tutor desenvolva atividades complementares com a equipe. Atividades complementares são entendidas como outras oficinas realizadas após a primeira oficina de trabalho na UBS cuja temática atenda às necessidades da equipe de atenção básica; (v) monitoramento do processo de implementação; (vi) certificação das UBS que aderirem à Estratégia e cumprirem os critérios (Brasil, 2016). A intervenção avaliada neste estudo consistiu na utilização do "Manual de Apoio ao Tutor da EAAB" pelos tutores de Embu das Artes por um período de oito meses (novembro de 2015 a julho de 2016). Os 13 tutores receberam o Manual e foram orientados pela coordenação da pesquisa a utilizá-lo conforme as sugestões nele contidas. O Manual sugere a realização de 5 atividades complementares abordando os temas: I - Plano de ação: pactuação e definição de plano de trabalho; II - Processo de trabalho; III - Manejo clínico do aleitamento materno na Atenção Básica; IV - Alimentação

Complementar Saudável na Atenção Básica; V - Vigilância Alimentar e Nutricional. Essas atividades são propostas no Manual para apoiar o tutor nas atividades de educação permanente e contribuir para o alcance dos critérios de certificação na EAAB pelas UBS, potencializando seu impacto. Cada atividade complementar proposta tem a duração máxima de 2h30.

Coleta de Dados

Dados quantitativos: a coleta dos dados visou à obtenção de informações sobre a implementação da intervenção a partir dos diferentes atores envolvidos: gestor da Unidade Básica de Saúde, tutores da EAAB e trabalhadores de saúde que participaram das atividades complementares realizadas pelos tutores. A coleta de dados pré-intervenção ocorreu entre agosto e setembro de 2015. A intervenção ocorreu entre novembro de 2015 e julho de 2016. A coleta de dados pós-intervenção ocorreu entre agosto e setembro de 2016. Os seguintes instrumentos de coleta de dados foram utilizados, a depender do sujeito: 1) Tutores e profissionais de saúde: teste de conhecimentos auto aplicado em relação ao conteúdo de AM e AC com 45 questões, tomando por base instrumento com propósito semelhante proposto por Toma (2008). A aplicação dos testes aos tutores foi conduzida pela pesquisadora; os profissionais de saúde responderam os testes na ocasião da Atividade complementar I (pré-teste) e Atividade complementar V (pós-teste) realizadas pelo tutor; 2) Gerentes das UBS: questionário semiestruturado auto aplicado.

Dados qualitativos: optou-se pela abordagem qualitativa com o intuito de complementar os dados quantitativos de forma a oferecer mais elementos para a interpretação dos resultados no processo de avaliação da utilização do Manual. Para obtenção dos dados foi utilizada a técnica de análise documental com base no relatório de uma oficina de escuta com informantes-chave encomendada pelo Ministério da Saúde e realizada por uma instituição externa não envolvida no processo de utilização ou avaliação do Manual. Considerou-se informantes-chave 8 tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que estavam utilizando o Manual no município de Embu das Artes. A oficina com os informantes-chave teve como objetivo propiciar a escuta sobre o processo de utilização do Manual do Tutor e os pesquisadores receberam autorização para utilização do referido relatório.

Modelo lógico da intervenção

O modelo lógico da intervenção foi elaborado com base no referencial proposto por Kim et al, 2011, que destacam a importância da abordagem *Program Impact Pathways* (PIP) e defendem que o foco em caminhos e mecanismos é importante para demonstrar as conexões causais entre atividades e resultados nas avaliações de programas. Os PIPs fornecem uma ferramenta visual para rastreamento de como as etapas da intervenção foram implementadas, como se espera que as atividades estejam ligadas para causar impacto nos desfechos imediatos, intermediários e finais, trazendo para o foco as diferentes vias das atividades e influências ao longo do caminho. Além da sequência lógica das entradas, saídas e resultados, a conceptualização das vias de impacto é uma abordagem útil para a compreensão das conexões causais necessárias para o impacto e para identificar onde a atenção e os reforços podem ser necessários na operacionalização do programa (Kim, Habicht, Menon, & Stoltzfus, 2011).

Neste estudo o PIP representa os caminhos e mecanismos do uso do Manual de Apoio ao Tutor dentro do contexto de implementação da EAAB e expressa os resultados esperados desta intervenção (Figura 1). O mesmo será utilizado para guiar a análise dos efeitos do uso do Manual do Apoio ao Tutor da EAAB na abordagem quantitativa. Os componentes do PIP representados com linha pontilhada não serão alvo de avaliação neste estudo, ou por representarem o contexto mais amplo de implementação da EAAB ou por serem objeto de outra publicação.

Análise de dados

Dados quantitativos: O plano de análise baseou-se no PIP apresentado na Figura 1. A partir das dimensões do PIP foi possível determinar cinco categorias de análise: 1. Uso do Manual; 2. Atividades realizadas junto às equipes; 3. Mudança no conhecimento do tutor; 4. Mudança no conhecimento dos profissionais; 5. Mudança no processo de trabalho. Em seguida, foram construídos indicadores a partir dos dados empíricos coletados, baseados em uma ou mais fontes de informação - questionário com os gerentes e teste de conhecimento aplicado aos tutores e profissionais, conforme já detalhado na coleta de dados. Os dados foram digitados no programa EpiInfo e aqueles tratados estatisticamente foram analisados no programa Stata 12.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis por medidas de frequência absoluta ou proporção e quando aplicável foi realizado teste de comparação de médias antes e depois. Os testes de conhecimentos foram avaliados pela

autora para obtenção do número de acertos, variando de 0 a 45 e a média de acertos antes e depois foi comparada utilizando os testes não paramétricos: *Wilcoxon rank-sum* (Mann-Whitney) *test* para a amostra total (amostras independentes) e *Wilcoxon signed-rank test* na comparação dos pares que responderam os testes inicial e final (amostras repetidas).

Dados qualitativos: Foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 1977) para buscar nos aproximar da percepção dos tutores acerca das potencialidades e desafios quanto ao conteúdo e aplicabilidade do Manual. O relatório da oficina com informantes-chave constituiu no corpus da pesquisa e as unidades de registro foram frases que representam síntese das falas dos tutores e algumas falas transcritas no relatório. Procedeu-se uma leitura flutuante e intensiva do documento para apreensão das unidades de registro, classificando-as por núcleos de sentido (critério semântico) os quais originaram os temas. Os temas que emergiram foram agrupados em três categorias de análise previamente estabelecidas: Potencialidades do Manual de Apoio ao Tutor; Sugestões para melhoria do Manual; e Desafios para a aplicação do Manual.

Resultados

Análise quantitativa

Os resultados da análise da implementação do uso do Manual do Tutor da EAAB guiada pelo *Program Impact Pathways* (PIP) da intervenção estão apresentados no Quadro 1.

O Manual de Apoio ao Tutor foi utilizado por 9 dos 13 tutores que receberam o Manual. As razões pelas quais quatro tutores não permaneceram no estudo foram aposentadoria, demissão e gravidez. Os nove tutores realizaram atividades complementares (ACs) de acordo com o material em onze UBS; um tutor realizou ACs em três UBS. As cinco ACs propostas foram conduzidas em 7 das 13 UBS. Em quatro UBS o número de ACs foi menor do que as cinco preconizadas no Manual e em duas UBS não foram realizadas atividades baseadas no Manual. O número total de profissionais de saúde envolvidos nas ACs foi 153 (média de 13,9 [3-27] por UBS) porém variou o número de atividades que cada trabalhador participou. Dos 86 trabalhadores (56,2%) que responderam testes de conhecimento (pré e/ou pós), 31 responderam sobre quais ACs participaram, entre esses, 21 responderam ter participado das cinco ACs.

No tocante à categoria mudança no conhecimento do tutor obteve-se dados dos 13 tutores no pré-teste e 7 no pós-teste. Na comparação geral foi verificada uma média maior de acertos no pós-teste, sem significância estatística. Na comparação por pares, o incremento médio na pontuação dos 7 tutores que responderam teste inicial e final foi de 3,4 pontos; $p = 0,021$. Do total de 13 tutores, nove eram enfermeiros e os outros quatro, um de cada categoria profissional: médico, nutricionista, fonoaudiólogo e dentista.

Em relação ao conhecimento dos trabalhadores de saúde registrou-se dados de 62 pré-testes e 46 pós-testes, com média de acertos significativamente maior no pós-teste. O perfil dos trabalhadores foi: 62% agentes comunitários de saúde; 27% técnicos de enfermagem; 7% enfermeiros e 1% de cada categoria: médico, fonoaudiólogo, psicólogo e dentista. Destes, apenas 22 trabalhadores responderam teste inicial e final e foi observado um aumento na pontuação média do pós-teste também na comparação dos pares: o incremento médio de 4,2 pontos; $p = 0,002$. O incremento foi maior na pontuação dos trabalhadores em relação à dos tutores.

O indicador de mudança no processo de trabalho foi o alcance dos critérios de certificação na EAAB pelas UBS. Foi verificado um aumento no número de critérios de certificação cumpridos pelas UBS após a intervenção. A relação do número de critérios de certificação alcançados com a percepção de mudanças pelos gerentes se mostrou consistente. A percepção de mudança foi mais frequente nas UBS que alcançaram maior número de critérios. Houve também consistência na relação do número de critérios alcançados com o número de atividades complementares realizadas: o número de critérios de certificação alcançados foi maior nas UBS que desenvolveram mais atividades complementares, indicando um efeito dose-resposta da intervenção na mudança do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Análise qualitativa

Os resultados da análise da implementação do uso do Manual de Apoio ao Tutor com base no relatório da oficina com informantes-chave estão apresentados no Quadro 2, trazendo os temas que emergiram nas três categorias de análise. 1) A categoria Potencialidades do Manual de Apoio ao Tutor da EAAB traz relatos que descrevem o Manual como um instrumento que norteia as ações, provoca reflexões, além de oferecer atualização e ampliação do conhecimento. A aplicação da abordagem do Manual para outros temas além do AM e AC também foi apontada como uma potencialidade do material. 2) As sugestões

para melhoria do Manual foram principalmente relativas à sequência e duração de algumas atividades complementares e reorganização dos anexos e apêndices. 3) Quanto aos desafios para a aplicação do Manual emergiram temas relativos à gestão, educação permanente, adesão da equipe às atividades e processo de trabalho. Nos relatos acerca dos desafios se destacam as dificuldades para aplicabilidade e incorporação do Manual, dentre estas podemos apontar a falta de apoio da gestão, sobrecarga e dinâmica de trabalho com a equipe, tempo disponível para garantir a realização das atividades e a continuidade do processo de educação permanente.

Discussão

Este estudo inova ao propor um material de apoio ao tutor da EAAB e avaliar a sua implementação. O Manual de Apoio ao Tutor se mostrou uma ferramenta útil no processo de educação permanente na atenção básica à saúde, pois seu uso melhorou o conhecimento dos tutores e trabalhadores e promoveu mudanças no processo de trabalho das equipes. Assim, nosso estudo traz uma contribuição real frente ao desafio do Ministério da Saúde de avançar na efetiva implementação da EAAB e concretização dos seus objetivos de aprimorar as competências e habilidades dos trabalhadores da atenção básica e qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

A opção pelo estudo de caso possibilitou o uso simultâneo de diversas técnicas de coleta e diferentes fontes de evidência com o objetivo de uma única resposta, denominado triangulação, importante para verificar a confiabilidade, validade e interpretação dos achados. A utilização da abordagem mista quantitativa e qualitativa auxiliou a ponderação das evidências para chegarmos à síntese dos resultados (Yin, 1994).

Avaliações de programas baseavam-se fortemente em modelos lógicos e recentemente estes foram substancialmente fortalecidos através da abordagem conceitual *Program Impact Pathways* (PIP). Um dos maiores desafios para gestores é entender a complexidade dos programas que estão executando e se eles estão entregando o que é necessário para produzir as mudanças esperadas (Pérez-Escamilla, Segura-Pérez, & Damio, 2014). Em nosso estudo, construímos o PIP para representar os caminhos e mecanismos do uso do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da EAAB, entendendo o Manual como uma ferramenta de apoio à implementação da Estratégia. O PIP, além de expressar

os resultados esperados com o uso do Manual, possibilita identificar caminhos pelos quais a utilização do Manual de Apoio ao Tutor pode ser fortalecida, a fim de aumentar seu impacto. A opção por essa abordagem é uma potencialidade do nosso estudo, uma vez que a possibilidade de responder o como e o porquê das intervenções produzirem seus efeitos é uma contribuição fundamental para a reprodutibilidade ou validade externa das intervenções (Oliveira, Natal, Felisberto, Alves, & Santos, 2010).

O uso do material disponibilizado, o Manual de Apoio ao Tutor, é nossa primeira categoria de análise e se caracteriza no insumo (input) do processo de implementação da intervenção. Verifica-se que a adesão à intervenção foi parcial, isso ocorreu tanto em relação ao número de tutores que conduziram atividades baseadas no Manual como em relação ao número de atividades realizadas por cada tutor. A participação de profissionais de saúde nas atividades complementares foi aquém do esperado, o que ocorreu em parte em razão da adesão parcial tutores/UBS à intervenção, que consequentemente não atingiram o número de profissionais que poderiam alcançar. Essa adesão parcial dos tutores e dos trabalhadores à intervenção certamente reflete as percepções que emergiram na oficina de escuta com informantes-chave acerca da falta de apoio do gestor. Por outro lado, na análise do grau de utilização do Manual se faz necessário considerar aqueles tutores que efetivamente usaram o material, os quais trouxeram em seus relatos a percepção de que o Manual norteou a atuação, induziu a reflexão e ampliou o conhecimento.

No tocante à mudança no conhecimento do tutor, verificou-se um efeito positivo da intervenção. Esse resultado pode ser atribuído ao uso direto do Manual, que oferece conteúdo específico sobre AM e AC nas seções “Perguntas e Respostas” e também uma bibliografia complementar, recomendando ao tutor a utilização dessas referências ao se preparar para a condução das atividades. Essa interpretação ganha força com os dados da oficina com informantes-chave, ao trazer relatos relacionados às potencialidades do Manual que explicitam a utilidade e contribuições do Manual para a atuação do tutor. A mudança no conhecimento do tutor observado em nosso estudo em certo grau encontra consonância com um estudo que ao empregar metodologias ativas de ensino-aprendizagem favoreceu o desenvolvimento de competências dos discentes de enfermagem envolvidos na educação e promoção da saúde infantil, possibilitando-lhes uma abordagem eficaz e coerente com o papel de futuros profissionais de saúde (Maia et al., 2012).

Em relação ao conhecimento dos trabalhadores que se situa na dimensão dos resultados, também se verifica um maior nível de conhecimento após a intervenção, confirmando a hipótese de que o tutor bem orientado e ativo nas suas funções favorece o processo de educação permanente dos trabalhadores. Contudo a pequena amostra de trabalhadores que respondeu aos testes se constituiu em uma limitação desta análise. Se por um lado, o efeito da intervenção pode ter sido superestimado caso estes sejam os trabalhadores mais interessados e aplicados, por outro, é provável que o pequeno número e as poucas categorias de trabalhadores envolvidos nas atividades complementares tenham subestimado os efeitos da intervenção, ou seja, os efeitos da utilização do Manual têm o potencial de alcançar um número muito maior de trabalhadores. A média de acertos nos testes de conhecimento maior entre os tutores do que profissionais pode ser explicado pela diferença no nível de formação, pois os tutores têm educação superior (pré-requisito para ser elegível como tutor), sendo que entre os trabalhadores apenas 11% são profissionais de nível superior. Já o maior incremento no conhecimento pós intervenção na pontuação dos trabalhadores em relação aos tutores indica que a intervenção educacional pode ter produzido um benefício maior para aqueles com menor nível de conhecimento, sugerindo que investir na maior participação dos trabalhadores nas atividades de educação permanente é um mecanismo sensível para o alcance dos objetivos da EAAB. Uma importante questão a ser discutida nesta análise é a limitação dos testes de conhecimento tipo “verdadeiro/falso” por avaliarem somente a dimensão do conhecimento, ou seja, explorarem apenas a parte da base de uma pirâmide de competências, que é o “saber”; alguns testes escritos podem até avaliar o “saber como”, mas não permitem avaliar o “mostrar como” e o “fazer” já que essas são habilidades que se situam no topo da pirâmide de competências e que exigem técnicas mais complexas para serem avaliadas (Wass, Vleuten, Shatzer, & Jones, 2001). Importante ainda mencionar que embora o instrumento utilizado para a avaliação do conhecimento tenha sido previamente utilizado com o mesmo público, trabalhadores da atenção básica, e tenha sido realizado um pré-teste do formulário, o mesmo não foi submetido à avaliação das suas propriedades psicométricas.

O alcance dos critérios de certificação na EAAB reflete a mudança no processo de trabalho da equipe, pois é determinado pela confluência de vários fatores que passam pela realização e cumprimento de um plano de ação para promoção do AM e AC até a reorganização do cuidado à saúde da criança. Após a intervenção, o número de critérios de certificação cumpridos pelas UBS foi maior. Esse resultado foi consistente com outros dois indicadores,

a percepção dos gerentes em relação a mudanças e o número de atividades complementares realizadas pelo tutor, as quais são conduzidas exatamente com o propósito de contribuir com o processo de certificação. Ademais, meses após o término da intervenção o município de Embu das Artes obteve junto ao Ministério da Saúde a certificação de 5 UBS. Dados atuais da implementação da EAAB no Brasil mostram que em 5 anos 109 UBS foram certificadas, representando menos de 5% das UBS capacitadas, enquanto que em Embu das Artes em 1 ano (incluindo o período da intervenção) 38,5% das UBS foram certificadas. Esses números reforçam fortemente a validade dos nossos achados e a relevância do Manual de Apoio ao Tutor no processo de implementação da EAAB.

O grau de implantação da Rede Amamenta Brasil (RAB), estratégia anterior à EAAB com processo de implementação similar, foi avaliada com base no cumprimento dos critérios de certificação e seu impacto nos indicadores de AM em dois estudos: Brandão et al. não encontraram associação entre os critérios de certificação e a prevalência de AM e aleitamento materno exclusivo, mas identificaram problemas na implementação da estratégia, incluindo a participação insuficiente do tutor no processo (Brandão et al., 2015). Venancio et al. também identificaram dificuldades na implementação, mas verificaram que os indicadores de AM variaram de acordo com o número de critérios de certificação cumpridos pelas UBS (Venancio et al., 2016).

Neste estudo, a abordagem qualitativa nos permitiu trazer a percepção dos tutores acerca do processo de utilização do material, uma vez que os dados quantitativos apresentam limitações quanto à aproximação da real utilidade e incorporação do Manual de Apoio ao Tutor na prática dos profissionais. Os dados obtidos junto aos tutores evidenciam a importância e aplicabilidade do Manual no desempenho das suas funções. As sugestões de melhorias na apresentação e organização do conteúdo foram facilmente incorporadas pelos autores. O grande desafio reside nas dificuldades para a incorporação na prática/rotina da UBS que são, em sua maioria, questões relacionadas à sobrecarga de trabalho do tutor, processo de trabalho da equipe e falta de apoio do gestor da UBS. Desafios esses que aparecem entre os principais fatores limitantes para a efetivação da Educação Permanente em Saúde em metassíntese da literatura, a qual chama atenção também para o escasso debate em torno da atenção integral por parte dos gerentes e gestores, pressionados pela demanda dos serviços, limitações pedagógicas e de recursos (Miccas, 2014).

Uma limitação do nosso estudo é não permitir uma análise da influência do uso do Manual nas habilidades e práticas dos trabalhadores relacionadas ao aconselhamento nutricional de modo a fortalecer nossa análise dos componentes do PIP da intervenção. Mas, embora se saiba da existência de teorias acerca dos múltiplos fatores que influenciam o comportamento em saúde das pessoas (Rothman, 2004), na literatura encontramos suporte à compreensão adotada em nosso modelo lógico de que os profissionais melhor preparados o são não apenas no conhecimento, mas também nas suas habilidades de práticas de aconselhamento junto às mães, o que tem o potencial de mudar as práticas de alimentação das crianças. Muitos estudos já verificaram que intervenções educacionais que oferecem treinamento e preparam os trabalhadores para a promoção das práticas de alimentação infantil são capazes de qualificar e fortalecer o aconselhamento junto às mães, que por sua vez melhoram o desempenho dos profissionais de saúde, a adoção de práticas alimentares saudáveis pelos cuidadores e melhora desfechos nutricionais em crianças (Bhandari, 2005; Campos, Cotta, Oliveira, Santos, & Araujo, 2014; Coutinho et al., 2014; Vitolo et al., 2010). Sabe-se que o aconselhamento sobre amamentação e nutrição é umas das estratégias mais efetivas para reduzir a carga de morbidade e mortalidade infantil (Bhutta et al., 2008); no entanto, são muitas as barreiras relacionadas à essa prática já apontadas na literatura, tais como déficits de conhecimento, dificuldades quanto à prática do aconselhamento e atitudes negativas por parte do trabalhador (Campos et al., 2014; Laanterä, Pölkki, & Pietilä, 2011). Neste sentido, consideramos que a proposta do Manual de apoio ao tutor vem ao encontro da necessidade de superar essas barreiras por meio das atividades complementares que trazem a perspectiva do aconselhamento de forma transversal ao trabalhar os temas: manejo clínico do aleitamento materno, promoção da alimentação complementar saudável e habilidades de comunicação com as mães e cuidadores.

Com a implementação do Manual, foi possível observar melhoria sobretudo nos componentes que se situam no início da cadeia de mecanismos do PIP, aqueles relativos aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde, demonstrando que os mesmos são indicadores sensíveis na via de impacto do programa e que merecem ser considerados na avaliação do uso do Manual em diferentes contextos. O PIP foi útil para nortear a avaliação do presente estudo, mas ao mesmo tempo poderá ser uma ferramenta de apoio à implementação de outras intervenções desta mesma natureza. Assim esperamos que o uso desta ferramenta possa ser útil não só durante a avaliação final, mas também durante o processo de monitoramento da EAAB.

A análise do impacto da intervenção sobre os indicadores de AM e AC será objeto de outra publicação. A partir do modelo de avaliação empregado neste estudo e evidências da literatura, podemos concluir que o uso do Manual, ao preparar melhor o tutor para a condução do processo de educação permanente, é efetivo em melhorar o desempenho dos trabalhadores de saúde que propiciam mudanças no processo de trabalho, o que por certo reflete na qualidade do aconselhamento às mães e pode promover melhorias nas práticas de alimentação infantil. Os resultados da avaliação da intervenção sob a ótica dos tutores falam a favor dessas conclusões, pois revelaram contribuições do uso do Manual para além das mudanças alcançadas em seus saberes técnicos. Assim, nossos achados confirmam o potencial do Manual e indicam a importância de sua disseminação para todos os tutores, tornando-o um material de apoio à implementação da EAAB.

Referências

Alvim, N. A. T., & Ferreira, M. de A. (2007). Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, *16*(2), 315–319.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.

Bhandari, N. (2005). Use of multiple opportunities for improving feeding practices in under-twos within child health programmes. *Health Policy and Planning*, *20*(5), 328–336. https://doi.org/10.1093/heapol/czi039

Bhutta, Z. A., Ahmed, T., Black, R. E., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., … Shekar, M. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*, *371*, 417–40. https://doi.org/10.1016/S0140

Brandão, D. S., Venancio, S. I., & Giugliani, E. R. J. (2015). Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. *Jornal de Pediatria*, *91*(2), 143–51. https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.06.009

Brasil. (2016). *Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação* (1ª ed. rev). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). CNES - Equipes de saúde - BRASIL. Retrieved March 25, 2018, from http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def

Campos, A. A. de O., Cotta, R. M. M., Oliveira, J. M. de, Santos, A. K., & Araujo, R. M. A. (2014). Aconselhamento nutricional de criancas menores de dois anos de idade: potencialidades e obstaculos como desafios estrategicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(2), 529–538. https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.09642012

Chantry, C. J., & Howard, C. R. (2013). Clinical protocols for management of breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(1), 75–113. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.005

Coutinho, S. B., Lira, P. I., Lima, M. C., Frias, P. G., Eickmann, S. H., & Ashworth, A. (2014). Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutrition*, *17*(4), 948–55.

Denis, J.-L., & Champagne, F. (1997). Análise de implantação. In Z. M. de A. Hartz (Org.), *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* (pp. 49–88). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Kim, S. S., Habicht, J.-P., Menon, P., & Stoltzfus, R. J. (2011). How do programs work to improve child nutrition? *IFPRI Discussion Paper*, (1105), 44.

Laanterä, S., Pölkki, T., & Pietilä, A.-M. (2011). A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *International Journal of Nursing Practice*, *17*(1), 72–84. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01909.x

Langley-Evans, S. C. (2015). Nutrition in early life and the programming of adult disease: A review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *28*(s1), 1–14. https://doi.org/10.1111/jhn.12212

Maia, E. R., Junior, J. F. L., Pereira, J. dos S., Eloi, A. de C., Gomes, C. das C., & Nobre, M. M. F. (2012). Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. *Rev. Nutr*, *25*(1), 79–88.

Miccas, F. L. (2014). Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública*, *48*(1), 1–14. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498

Oliveira, L. G. D. de, Natal, S., Felisberto, E., Alves, C. K. de A., & Santos, E. M. dos. (2010). Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(suppl 1), 997–1008. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700006

Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S., & Damio, G. (2014). Applying the Program Impact Pathways (PIP) evaluation framework to school-based healthy lifestyles programs: Workshop Evaluation Manual. *Food and Nutrition Bulletin*, *35*(3), S97–S107.

Rothman, A. J. (2004) “Is there nothing more practical than a good theory?": Why innovations and advances in health behavior change will arise if interventions are used to test and refine theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1(11). doi:10.1186/1479-5868-1-11

Toma, T. S. (2008). *Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores da saúde.* Universidade de São Paulo.

Venancio, S. I., Giugliani, E. R. J., Silva, O. L. de O., Stefanello, J., Benicio, M. H. D., Reis, M. C. G. Dos, … Rios, G. S. (2016). Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cadernos de Saúde Pública*, *32*(3), e00010315. https://doi.org/10.1590/0102-311X00010315

Venancio, S. I., Martins, M. C. N., Sanches, M. T. C., Almeida, H. de, Rios, G. S., & Frias, P. G. de. (2013). Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, *29*(11), 2261–2274. https://doi.org/10.1590/0102-311x00156712

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., … Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Vitolo, M. R., Rauber, F., Dal, P., Campagnolo, B., Feldens, C. A., & Hoffman, D. J. (2010). Maternal Dietary Counseling in the First Year of Life Is Associated with a Higher Healthy Eating Index in Childhood 1–4. *J. Nutr*, *140*, 2002–2007. https://doi.org/10.3945/jn.110.125211

Wass, V., Vleuten, C. Van der, Shatzer, J., & Jones, R. (2001). Assessment of clinical competence. *The Lancet*, *357*.

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: desing and methods.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

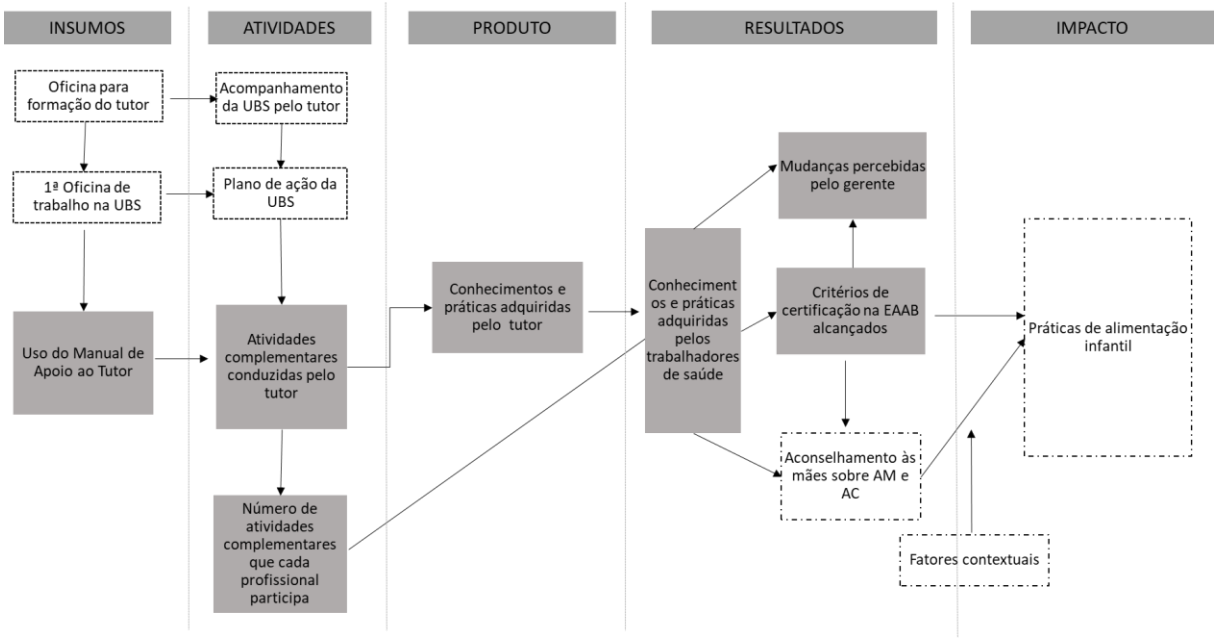


Figura 1. Caminhos e mecanismos pelos quais o Manual de Apoio do Tutor no contexto de implementação da EAAB pode melhorar as práticas de alimentação infantil, considerando o *Program Impact Pathway*.

Preenchimento sólido: dados obtidos neste estudo; contorno pontilhado: dados não obtidos neste estudo; contorno sólido: etapas de implementação da EAAB (não avaliadas).

Quadro 1 – Matriz de análise da implementação do uso do Manual do Tutor da EAAB: abordagem quantitativa.

Dimensão	*Categoria de Análise*	*Indicadores (n total)*	*Resultados*
Entrada/ Insumo	1. Uso do Manual	Nº de tutores que usaram o Manual.	9 de 13.
Processo/ Atividades	2. Atividades realizadas junto às equipes	Nº de atividades complementares conduzidas por UBS (n=13).	Em média foram realizadas 3,5 [0-5] atividades complementares por UBS. Sendo que 7 UBS realizaram 5; 1 UBS realizou 4; 3 UBS realizaram 2 atividades. Em 2 UBS não foram realizadas atividades complementares.
		Nº de atividades que cada trabalhador participou (n=31).	Entre os 31 trabalhadores que responderem a essa questão, a média de participação foi de 4,3 [1-5] atividades complementares por trabalhador.
Saída / Produto	3. Mudança no conhecimento do tutor	Média (±desvio padrão) de acertos no pré (n=13) e pós (n=7) teste.	30,77 (± 6,13 pontos) *versus* 34,86 (± 4,45 pontos), p= 0,087. Considerando somente os 7 tutores que responderam os testes inicial e final: somente 1 ficou com pontuação igual, os demais melhoram no pós-teste (média 31,43 ± 5,25 *versus* 34,86 ± 4,45; p= 0,021).
Desfechos / Resultados	4. Mudança no conhecimento dos profissionais	Média (±desvio padrão) de acertos no teste de conhecimentos pré (n=62) *versus* pós (n=46) intervenção.	26,68 (± 4,85 pontos) *versus* 30,11 (± 4,26 pontos), p= 0,000. Considerando somente os 22 trabalhadores que responderam os testes inicial e final: 17 melhoraram o desempenho no teste, 1 teve desempenho igual e 4 pioraram (média 26,09 ± 4,45 *versus* 30,28 ± 3,55; p= 0,002).
	5. Mudança no processo de trabalho	1. Nº de critérios de certificação no pré e pós intervenção (n = 13 UBS).	Após a intervenção aumentou o número de critérios de certificação cumprido por 10 das 13 UBS, 2 UBS permaneceram com o mesmo número e 1 UBS diminuiu o nº de critérios cumpridos. Média: pré 3 [1-6] *versus* pós 5 [3-6] critérios de certificação cumpridos.
		2. Nº de critérios de certificação alcançados no	Todos os gerentes perceberam mudança nas práticas após a intervenção, 4 referiram como “muitas mudanças” e 7 “algumas mudanças”. Dois não

		pós segundo percepção dos gerentes em relação a mudança nas práticas (n = 13 UBS).	responderam. Dos 11 gerentes que referiram mudanças, 7 são de UBS que cumpriram de 5 ou 6 critérios e 4 de UBS com 3 ou 4 critérios.
		3. Nº de critérios de certificação alcançados no pós segundo número de atividades complementares realizadas (n = 13 UBS).	Das 8 UBS que realizaram 4 ou 5 atividades complementares todas alcançaram de 4 a 6 critérios de certificação.

UBS – unidade básica de saúde

Quadro 2 – Matriz de análise da implementação do uso do Manual do Tutor da EAAB: abordagem qualitativa com base no relatório da oficina com informantes-chave.

Categorias	**Temas**
Potencialidades do Manual de Apoio ao Tutor da EAAB	***Conteúdo e apresentação do Manual*** Objetivo, claro, direcionador, prático Oferece conteúdo atualizado Linguagem facilitada. É um Manual com metodologia ativa. Identifica as fontes e referências. Oferece uma sequência das atividades complementares. Flexível. Permite alterar a ordem das atividades, de acordo com a necessidade e as demandas da Unidade. ***Contribuições para a atuação do tutor*** Instrumento é ótimo facilitador, eficaz e norteia as ações Provoca reflexões Amplia e traz novos conhecimento. É um Manual para tirar dúvidas. Oferece estudo de caso com situação problema. Oferece segurança para realizar as atividades e para adapta-las às diferentes realidades. Oferece apoio pedagógico. Possibilita dar continuidade ao trabalho e ter referências. Oferece direcionamento do trabalho e organização. ***Aplicação da abordagem do Manual para outros temas*** Participação do gerente da unidade nas atividades possibilita o entendimento de que o conteúdo e a metodologia do Manual podem ser implementados para outros temas, a exemplo da linha de cuidados.
Sugestões para melhoria do Manual	Apresentar no início do Manual de forma mais clara quais as condições necessárias para a certificação da UBS. Rever a estrutura do Manual em relação a ordem de inclusão dos anexos e apêndices para melhorar e linearidade da leitura. Necessidade de revisão da duração de uma atividade complementar (tempo e tamanho). Revisão da sequência do conteúdo em algumas atividades. Em algumas atividades complementares o tempo destinado para o “Fechamento” da atividade é insuficiente. Incluir outros temas/ atividades para dar continuidade ao trabalho. Ter o Manual em formato eletrônico. Ter canal de comunicação, fale conosco para dúvidas.

Desafios para a aplicação do Manual	***Gestão*** Falta de sensibilização e apoio da gestão. Falta de apoio e participação do gerente da Unidade. Se houvesse participação do gestor na oficina de trabalho ele poderia oferecer apoio e criar condições para que o tutor exerça seu papel. ***Educação Permanente*** Garantir a continuidade do trabalho. Garantir a execução das ações que foram propostas e manter o encontro com a finalidade de educação permanente. ***Adesão da equipe as atividades*** Desânimo da equipe. Retirar os profissionais de seus postos de trabalho e reunir a equipe para as atividades. Capacitar toda a equipe da Unidade. Participação dos profissionais (interdisciplinaridade). ***Processo de trabalho*** Sobrecarga de trabalho do tutor. Muitas tarefas acumuladas. Falta tempo para frequentar as reuniões com a coordenação municipal. Falta tempo para aplicação, supervisão e conclusão das atividades. Garantir mais tempo para se preparar para a atividade, tempo para ler o manual e estudar mais. Falta de recursos humanos na UBS. Monitoramento dos grupos educativos realizados pela equipe de enfermagem. Agendar a data (conciliar a agenda dos profissionais) e garantir a realização da atividade. ***Dificuldades relacionadas a habilidades pessoais*** Dificuldade em apropriar-se do conteúdo do Manual. Medo de esquecer o roteiro de cada atividade motivou a criação de fichas de leitura/fichamento/resumo.

4.3 ARTIGO 3 [5]

Title: Effectiveness of an educational manual for promotion of infant feeding practices in primary health care in Brazil.

Acknowledgments: This study was fully supported by State Health Department of Mato Grosso, Brazil, and partially supported by Capes Foundation, Ministry of Education, Brazil. We wish to thank the authorities at the Health Department of Embu das Artes and the staff of the Brazilian Ministry of Health by supporting the research project. Special thanks to Lucimeire de Sales Magalhães Brockveld for her unconditional support with the data collection and to Regina Tomie Ivata Bernal for her assistance with the sample calculation.

[5] Submetido para o periódico “International Journal of Public Health”.

Abstract

Objectives: To test the hypothesis that a continuing educational strategy in primary health care improves breastfeeding and complementary feeding indicators among infants under one year of age.

Methods: A before and after study was conducted at primary healthcare units in Embu das Artes, Brazil. The intervention consisted in developing and providing a manual with supporting materials on educational activities on breastfeeding and complementary feeding that could be used by tutors of *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB). Using the Manual EAAB tutors performed continuing educational activities with healthcare teams over eight months. 561 mothers before and 598 mothers after intervention were interviewed about breastfeeding and complementary feeding practices. Multivariate analysis was performed using Poisson multilevel regression to test the hypothesis.

Results: Lack of Minimum Food Diversity (before 62.9%; after 50.3%) and lack of Food Adequacy (before 77.5%; after 63.3%) decreased significantly. Regression analysis confirmed that infants after de intervention had lower prevalence of inadequacy of complementary feeding. The intervention did not show association with exclusive breastfeeding.

Conclusions: The Manual is a continuing educational strategy that improved complementary feeding practices.

Keywords: Breastfeeding Promotion, Infant Nutrition, Intervention Studies, Program Evaluation, Health Human Resource Training

Introduction

Breastfeeding and adequate complementary feeding (CF) in the first years of life provide short- and long-term benefits for health and child development, in addition to economic and environmental advantages for children, women, and society (Langley-Evans 2015; Rollins et al. 2016). According to the WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2008a) recommendations infants should be exclusively breastfed for the first 6 months and after that infants should receive nutritionally adequate and safe complementary foods while breastfeeding continues for up to 2 years of age or beyond (World Health Organization [WHO], 2001). Such healthy feeding habits in early childhood can provide a lifetime of protection against chronic diseases such as overweight and obesity (Horta, Bahl, Martines, & Victora 2007; Mameli, Mazzantini, & Zuccotti 2016; Nicklaus & Remy 2013; Pearce, Taylor, & Langley-Evans 2013).

Despite numerous global initiatives, breastfeeding rates, especially exclusive breastfeeding (EBF) are below recommended levels and CF is often offered at inadequate time (i.e., early or late) and with low-quality food (Bortolini, Gubert, & Santos 2012; Issaka, Agho, Burns, Page, & Dibley 2015; Kavle, LaCroix, Dau, & Engmann 2017; Victora et al. 2016). Historically, in Brazil, breastfeeding promotion was focused on changing hospital practices by implementing The Baby Friendly Hospital Initiative but more recently, this focus has expanded to promote EBF and adequate infant feeding in primary healthcare settings.

In 2013, the Brazilian Ministry of Health developed an innovative program, the *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB), freely translated as the "Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy." The EAAB's goal is to improve the quality of the assistance provided by primary healthcare teams to ultimately improving infant feeding practices in the Brazilian population. The EAAB is grounded on a problem-based learning methodology and proposes a continuing education process to both change working process in primary healthcare settings and facilitate the transformation of knowledge in evidence-based practices. The continuing education in breastfeeding and complementary feeding is facilitated by a health professional who works as a coach (i.e., a tutor) supporting healthcare teams within each primary healthcare unit (PHU) (Brasil 2015a).

EAAB implementation in the PHU starts with a six-hour workshop conducted by a tutor with the entire PHU staff. The PHU can be certified in the EAAB program if they meet six certification criteria determined by the Ministry of Health (Brasil 2015a): 1) Developing systematic actions to promote breastfeeding and healthy CF; 2) Monitoring breastfeeding and CF indicators; 3) Maintaining a flowchart to organize the child care related to breastfeeding and CF; 4) Complying with the Brazilian Code of Marketing of breastmilk substitutes, foods for infants and toddlers, pacifiers, and bottles; 5) Involving at least 85% of current staff in the workshops developed by tutors; 6) Implementing at least one breastfeeding and one CF promotion action as agreed in the action plan developed by the healthcare team during the workshops. Thereafter, the tutor supports primary healthcare teams to meet these six certification criteria to improve the quality of assistance to promote breastfeeding and CF (Brasil 2015a). However, data reported by the Brazilian Ministry of Health shows that the number of tutors trained is almost three times higher than the number of PHU certified in the EAAB program. Thus, there is a clear challenge to advance toward EAAB certification in the Brazilian Unified Health System, where there are more than 40,000 PHUs.

In order to strengthen the implementation of EAAB, a Manual with supporting material was developed. We partnered with the Ministry of Health to outline the *Manual to Support the EAAB Tutors* (the Manual) to clarify the tutor's role and to suggest some comprehensive training activities to be led by him/her with the healthcare team. The Manual follows a problem-based learning methodology to propose an educational process of teaching ("coaching") and encouraging changes in health workers practices and improvements in the work process within the PHU to provide a high-quality standard care to promote breastfeeding and CF. The use of the Manual is the intervention evaluated in this study.

Our hypothesis is that the use of the Manual in the context of a continuing education strategy in primary health care can strengthen the implementation of EAAB and thereafter, the improvement in infant feeding practices. Thus, this paper aims to evaluate the effectiveness of using the Manual by analyzing infant feeding practices indicators in children under one year of age who attended PHU with their mothers.

Methods

Design and study setting

In this before and after study, were conducted two cross-sectional surveys on infant feeding practices at the 13 PHU located in the urban area of the city of Embu das Artes, a low-income city in Brazil, part of the metropolitan region of Sao Paulo with its total population of 240,230 inhabitants.

A formal permission from the authority of the Health Department of Embu das Artes was obtained, as well as written informed consent from mothers of infants who participated in the study. The research protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Public Health School of the University of Sao Paulo, Brazil (protocol 43317315.0.0000.5421, approved 05/07/2015).

Intervention

At the beginning of the study, the municipality of Embu das Artes had already 13 EAAB tutors trained but they had not started the EAAB implementation. The intervention consisted in developing and providing a manual for EAAB tutors who performed continuous education activities with healthcare teams following activities in the Manual, in

a period of 8 months. The Manual was presented to the tutors by the research coordination and they were asked to follow the Manual as written, without any interference of the researchers in the intervention. The Manual proposes five comprehensive training activities (CAs) (two and a half hours long) with step-by-step suggestions for the tutor to carry out such activities with healthcare teams. The CAs include clinical case-studies (i.e., a narrative situation of clinical difficulties that a mother/family may face during breastfeeding or complementary feeding) and discussion guides. The five themes outlined to support the PHU in meeting the EAAB certification criteria cover: I Action plan to promote breastfeeding and CF; II How to integrate the promotion of breastfeeding and CF into primary healthcare activities; III Clinical management to encouraging breastfeeding in primary healthcare units; IV How to promote healthy CF in primary healthcare units; and V Feeding and nutrition surveillance.

Participants

Subjects consisted of infants under one year of age attended at one of the 13 PHUs. A required sample size of 460 infants under six months of age was estimated to be able to detect an increase of 6% in the prevalence of exclusive breastfeeding after intervention. For children aged 6–12 months, the sample size was based on the prevalence of consumption of stuffed cookies, chips, or salty or otherwise seasoned crackers. A sample size of 140 children was estimated to be required in order to detect a reduction of 10% in the prevalence of consumption of unhealthy foods (Brockveld 2013). In total, the estimated sample size of 600 children under one year of age was needed for each cross-sectional survey, considering the sample size required to compare independent samples (Woodward 2005). Considering the number of children attending each PHU, the total estimated sample was proportionally distributed among the PHU, totaling a sample size from 35 to 60 infants per PHU. For the obtaining sample, mothers were interviewed if their child had an appointment in the PHU in the period of data collection. The sample size was calculated assuming a margin of error of 5% and a statistical power of 90%.

Data collection

Data collection was carried out in the before and after intervention phases, from July to September 2015 and from August to September 2016, respectively, at the 13 PHU. Mothers of children under one year of age were invited to participate in the study while awaiting appointment at the PHU. In both phases the interviews were conducted by trained staff and

supervised by the leading researcher. The questionnaire was composed of two parts. The first had closed-ended questions related to socioeconomic, demographic, and biomedical conditions of the mother, child, and other family members and some questions about the care received in the PHU. In the second part, data was collected on food consumption adopting the Food Intake Markers Questionnaire for infants between 6 and 24 months, as proposed by the Brazilian Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). These questionnaires consist of yes or no answers about food consumption, such as breast milk, water, fluids, other types of milk, food groups, food frequency, food consistency, and unhealthy foods. All questions were applied to child consumption in the previous 24 hours of the interview. This questionnaire enables assessment of food consumption markers once it identifies healthy and unhealthy eating practices (Brasil 2015b).

In the before and after intervention phases the manager from each PHU was asked about the presence of some criteria required by the Ministry of Health to certify a PHU for EAAB.

Study variables

Outcomes. The outcomes were defined as follows:

1. Exclusive breastfeeding (EBF) when a child from 0 to 5 months of age is fed with breast milk exclusively. The specific questions (yes/no) that mothers were asked to determine exclusivity were: (a) breast milk consumption, (b) porridge, (c) water/tea, (d) cow milk, (e) infant formula, (f) fruit juice, (g) fruit, (h) salt meals (solid, semi-solid or soft foods), and (i) any other foods or beverages. A child was considered in EBF if the mother answer ‘yes’ for breast milk consumption and ‘no’ for all other questions.
2. Minimum food diversity (MFD): when a child from 6–11 months of age received at least one serving from each of these six food groups (yes/no): (i) complex carbohydrates (like rice, roots and tubers); (ii) breast milk or dairy products; (iii) meats or eggs; (iv) beans; (v) vitamin-A-rich fruits and vegetables; and (vi) other fruits or vegetables.
3. Food adequacy (FA): yes/no variable calculated based on three information, MFD, minimum frequency and proper consistency. Minimum frequency and proper consistency were considered when a six-month old child received solid, semi-solid, or soft foods once a day whether in a mashed consistency or in chunks; and when a

7–11-month-old child received solid, semi-solid, or soft foods twice a day whether in a mashed consistency or in chunks.

Independent variable. The main independent variable was the intervention, i.e., before-intervention or after intervention.

Covariables. To estimate the individual influence of the outcome-associated variables, we used a multiple hierarchical model. The covariables were grouped into blocks and ordered according to the influence that they would have on each outcome (i.e., EBF and CF indicators). Figure 1 presents the theoretical models that guided the two levels of the analysis, contextual and individual variables. The maternal education level was used as a proxy for socioeconomic status. The contextual variable *number of certification criteria fulfilled* was created based on manager's responses before and after the intervention. Each PHU was categorized in accordance with the number of certification criteria fulfilled: 6 criteria; 5-4 criteria; 3-2 criteria; 0-1 criterion.

Data analysis

All data were double entered for subsequent validation in the Epi-Info, version 3.5 software (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA). Data management and statistical analysis were performed using the Stata statistical software package version 14.1 (Stata Corp., College Station, USA).

A comparison between the before- and after-intervention groups for the characteristics of child, family/maternal and care received in the PHU was conducted using chi-square test. Differences in the prevalence of the outcomes before and after intervention were tested by the application of chi-square and were explored among the specific age ranges.

To analyze the associations between the intervention and the three outcomes, a Poisson multilevel regression was conducted with robust variance following the hierarchical model in Figure 1. Poisson regression was adopted because of the cross-sectional data with non-rare outcomes (Barros & Hirakata 2003). In the multilevel analysis, the contextual level (level 2) included the PHU variable to organize individual data according to clusters; the individual level (level 1) included family/maternal and child data and characteristics of care received in the PHU. Considering the multilevel structure, initially, the prevalence ratio (PR) and confidence intervals (95% CI) were estimated for each variable and outcome (step 1). Variables with $p < 0.50$ were entered into multiple internal analyses of each block (step

2). Then, variables with $p < 0.20$ in the internal analysis of each block were included in the multilevel modelling analysis (step 3).

Step 3 consists of the stepwise hierarchical multilevel modelling following Figure 1. Both variables PHU and infant age were added to the empty model (data not shown). Model 1 included the number of certification criteria fulfilled (contextual level); this variable remained in the model as an adjustment for subsequent models. Subsequently, maternal education (proxy for socioeconomic status) was added to model 2 after adjustment for the model 1 variable, and then remained as another control variable for the subsequent model. Likewise, variables related to characteristics of care received in the PHU and the variable intervention were included in model 3 after adjustments for the model 1 and 2 variables, and then remained as control variables for the subsequent model. A similar procedure was adopted for variables related to maternal and family characteristics (model 4) and to child characteristics (model 5). Significant variables were maintained in the model even if they became insignificant after the inclusion of lower-order variables. A significance level of 5% was adopted after adjustment for variables within the same model and for upper-order variables. The quality of model adjustment was assessed using the 2-log likelihood test. In the multilevel analysis, the fixed effects/random intercept model described by Snijders and Bosker (Snijders TAB 2012) was used.

Considering that this study has three different outcomes, the steps for data analysis were separately reproduced for each outcome.

Results

The results of the implementation process (i.e., use of the Manual) were as follows: 9 of 13 tutors conducted comprehensive training activities (CAs) with the healthcare teams of 11 PHU. The reasons why four tutors did not remain in the study were retirement, dismissal, and pregnancy. Tutors from seven PHU conducted five CAs; one tutor conducted four CAs; three tutors conducted two CAs; and in two PHU none activity was developed. A total of 153 health workers were involved in CAs. The number of attendees in each CAs varied widely among PHU. Only 21 health care workers participated in five CAs.

Before the intervention, of the 571 mothers interviewed initially, 561 children were enrolled into the study (an 1.7% loss); after the intervention, 609 mothers were interviewed

initially, and 598 children were enrolled into the study (an 1.8% loss), totalizing 1,159 children under one year of age analyzed in this study. Figure 2 outlines the stages of the study and shows the reasons for losses. Refusals were negligible.

Table 1 shows the comparison of mother, child, family, PHU and care characteristics between the before- and after-intervention groups. There was no difference between the two groups in terms of gender, birth weight, or use of pacifier or bottle. Maternal age and education were similar for all participants, and a significant difference was observed in the maternal work. Concerning the care received characteristics, there were some significant differences between the groups. The number of certification criteria fulfilled by PHU was significantly higher in the after-intervention group ($p = 0.000$).

Regarding the outcomes, in descriptive analyses, the results show that the prevalence of exclusive breastfeeding cessation presented non-significant difference (before 58.0%; after 53.7%; $p = 0.229$); while the lack of MFD (before 62.9%; after 50.3%; $p = 0.023$) and the lack of FA (before 77.5%; after 63.3%; $p = 0.005$) decreased significantly.

Table 2 presents the bivariate analysis and the covariates included in the multivariate model ($p < 0.50$) for each outcome. The multilevel hierarchical analysis indicates that mothers having difficulties breastfeeding, maternal daily dedication to child care, and pacifier use were independent factors associated with EBF cessation, but the intervention did not show association with this outcome (Table 3). For both CF indicators, the multilevel hierarchical analysis shows that infants in the after-intervention group had a lower chance of nutritional inadequacy: lack of MFD PR = 0,70 (0,50 – 0,97) ($p <0.05$); and lack of FA PR = 0,74 (0,55 – 0,99) ($p < 0.05$) (Table 4).

Discussion

Our findings show that the educational intervention delivered by EAAB tutors using the Manual to guide their work with a healthcare team can effectively improve the quality of CF in infants aged between 6 and 12 months. The *Manual to Support EAAB Tutors* proved to be useful for continuing education and capable of improving infant feeding practices.

A study limitation was the impossibility of conducting a randomized controlled trial (RCT) because the EAAB local coordinator decided to implement the EAAB using the Manual in

all PHU. However, there is some recognition that in some contexts when ethical concerns preclude the use of an RCT, the plausibility evaluations are not just a *second best* alternative to the RCT but can be the only feasible alternative at the time (Victora, Habicht, & Bryce 2004). Some limitations have to be considered while generalizing the findings presented. Mothers have been interviewed at the PHU and this context could have influenced their answers. On the other hand, it is important to consider that some factors are likely to have underestimated the intervention effects: (i) the short period between the intervention and the evaluation; (ii) only seven PHU conducted all the five comprehensive training activities, and (iii) the small number of healthcare workers involved in the comprehensive training activities.

Despite these limitations, several strengths reinforce our results. It can be characterized as a plausibility evaluation because the data allows to evaluate whether the observed effect was due to the intervention or to external factors (Habicht, Victora, & Vaughan 1999). By considering the conceptual framework built for each outcome, the effect of the Manual on the indicators was adjusted for the characteristics as described. In addition, the multilevel analysis is based on the concept that individuals interact in social contexts in which they are involved, and the characteristics of these social groups are influenced by the individuals that compose them (Diez-Roux, 1998). Individual variables were included in the model following a hierarchical modeling strategy. In this approach, variables are placed into hierarchies according to a previously established conceptual framework based on the influence that they would have on the outcome of interests, then the choice of criteria for selecting variables stretches beyond purely statistical considerations (Victora, Huttly, Fuchs, & Olinto 1997).

Moreover, simple, valid, and reliable indicators are crucial to track progress and guide investment to improve nutrition and health during the first two years of life (Arimond, Daelmans, & Dewey 2008). In this study we evaluated important indicators widely used in many studies, such as EBF under six months, as recommended by the WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2008a). The CF indicators selected based on the Food Intake Markers proposed by the Brazilian MH were originated from the Ten Steps to Healthy Feeding (Brasil 2010) that have shown high sensibility to assessing infant feeding practices in contexts where malnutrition rates are low, and the prevalence of overweight and obese children is increasing, such as in Brazil (Saldan, Venancio, Saldiva, & de Mello 2016).

Concerning EBF, the results indicated a less prevalence of EBF cessation after intervention, but it did not reach statistical significance, and the multiple analyses shows that the intervention was not associated with EBF cessation. In Embu das Artes, breastfeeding rates increased gradually from 16% in 2001 to 42% in 2010 but decreased to 34% in 2012 (Brockveld 2013). In this study it was 42% before the intervention and 46% after the intervention in the sample group. Perhaps no additional benefit due to our intervention was observed because historically the municipality has been developing regular actions to promote breastfeeding and has reached higher frequencies in comparison to national data (Boccolini, Boccolini, Monteiro, Venancio, & Giugliani 2017).

According to conceptual EBF framework, some covariates were independently associated with this outcome: maternal daily dedication, breastfeeding problems, and pacifier use. These results are in accordance with recently systematic reviews addressing determinants and barriers to EBF (Buccini, Pérez-Escamilla, Paulino, Araújo, & Venancio 2017; Kavle et al. 2017; Rollins et al. 2016).

The results confirm our hypothesis that the use of the Manual can improve the quality of complementary feeding, showing that the intervention was an independent factor associated with lack of MFD and with lack of FA. These results agree in part with a study that evaluated a program to promote appropriate complementary feeding, implemented by the MH prior to EAAB. The authors found lower consumption of food considered unhealthy, mainly soda/processed juices and industrialized food, but the intervention did not increase the consumption of fruits and vegetables (Baldissera, Issler, & Giugliani, 2016). Our findings also support the conclusions of a systematic review about the effectiveness of educational interventions on complementary feeding indicators, that found nutrition training for health workers can improve feeding frequency, energy intake and dietary diversity in infants from six months to two years (Sunguya et al., 2013).

In the comparative analyses of the study population, the number of EAAB certification criteria fulfilled (considered to be a marker of EAAB implementation) by PHU was expressively higher in the after-intervention group. This variable reflects the immediate effect of the intervention on healthcare team practices as well as the level of EAAB implementation. Reinforcing the value of this result, five PHU from Embu das Artes received the EAAB certification soon after the end of our intervention. Around the country, despite having many tutors already trained by the Ministry of Health (MH), the number of

PHU that have been tutored is very small (there are almost three times more tutors than the number of PHU being followed, according to data reported by the MH), which makes clear the need to orient/offer guidance to the tutor's work. In addition, the very small number of PHU certified shows that even if the tutors are performing their work, the certification is not being reached. Thus, our results answer the need presented by the MH of an effective manual to provide direction to tutor's work. It is important to highlight that despite the increasing in the number of EAAB certification criteria fulfilled by PHU and the improvement found in the infant feeding practices, these two variables did not present association. This unexpected result leads us to think that the certification criteria should be interpreted as a normative indicator of EAAB implementation but may be not a good marker of the impact of EAAB on population outcomes.

Despite innumerable interventions attempting to improve the quality of infant feeding, the small advances or even any stagnation in epidemiological scenario makes clear the challenges of scaling-up effective interventions. In this perspective, the EAAB differs from other programs as it is not a punctual or formal course, but a strategy of continuing education focused on changes in health workers practices. To contribute in this process, the Manual consists of a tool that has the potential to be adapted for different contexts and easy to disclose to all tutors of the EAAB around the country. This feature reinforces the strong potential of this material to strengthen the EAAB implementation and even others similar programs that promote the quality of infant feeding.

Compliance with ethical standards

Ethical approval: All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Conflict of interest: The authors have no conflicts of interest.

References

Arimond M, Daelmans B, Dewey K (2008) Indicators for feeding practices in children. Lancet 371.

Baldissera R, Issler RMS, Giugliani ERJ (2016) Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública 32(9). https://doi.org/10.1590/0102-311X00101315

Barros A, Hirakata V (2003) Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol 20(3).

Boccolini CS, Boccolini P de MM, Monteiro FR, Venancio SI, Giugliani ERJ (2017) Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. Rev Saude Publica 51(108). https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029

Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP (2012) Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age. Cadernos de Saúde Pública 28(9):1759–1771.

Brasil (2010) Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos (2ª). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2015a) Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2015b) Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brockveld L de SM (2013) Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP: um estudo de caso. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Instituto de Saúde.

Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI (2017) Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. Matern Child Nutr 13(3):1–19. https://doi.org/10.1111/mcn.12384

Diez-Roux AV (1998) Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. Am J Pub Health. https://doi.org/10.2105/AJPH.88.2.216

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP (1999) Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme. Int J Epidemiol 28:10–18.

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG (2007) Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization.

Issaka AI, Agho KE, Burns P, Page A, Dibley MJ (2015) Determinants of inadequate complementary feeding practices among children aged 6–23 months in Ghana. Pub Health Nutr 18(4):669–678. https://doi.org/10.1017/S1368980014000834

Kavle JA, LaCroix E, Dau H, Engmann C (2017) Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. Pub Health Nutr (1):1–15. https://doi.org/10.1017/S1368980017002531

Langley-Evans SC (2015) Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review. J Hum Nutr Diet 28(s1):1–14. https://doi.org/10.1111/jhn.12212

Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti G (2016) Nutrition in the first 1000 days: the origin of childhood obesity. Int J Environ Res Pub Health 13(9):838. https://doi.org/10.3390/ijerph13090838

Nicklaus S, Remy E (2013) Early origins of overeating: tracking between early food habits and later eating patterns. Curr Obes Rep 2(2):179–184. https://doi.org/10.1007/s13679-013-0055-x

Pearce J, Taylor M, Langley-Evans S (2013) Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. Int J Obes 37:1295–1306. https://doi.org/10.1038/ijo.2013.99

Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group (2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet 387(10017):491–504. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2

Saldan P C, Venancio SI, Saldiva SRDM, de Mello DF (2016) Proposal of indicators to evaluate complementary feeding based on World Health Organization indicators. Nur Health Sci 18(3):334–341. https://doi.org/10.1111/nhs.12273

Snijders TAB (2012) Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling (2nd ed.). London: Sage.

Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, Yasuoka J (2013) Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. Nutr J 12:1. https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-66

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 387(10017):475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

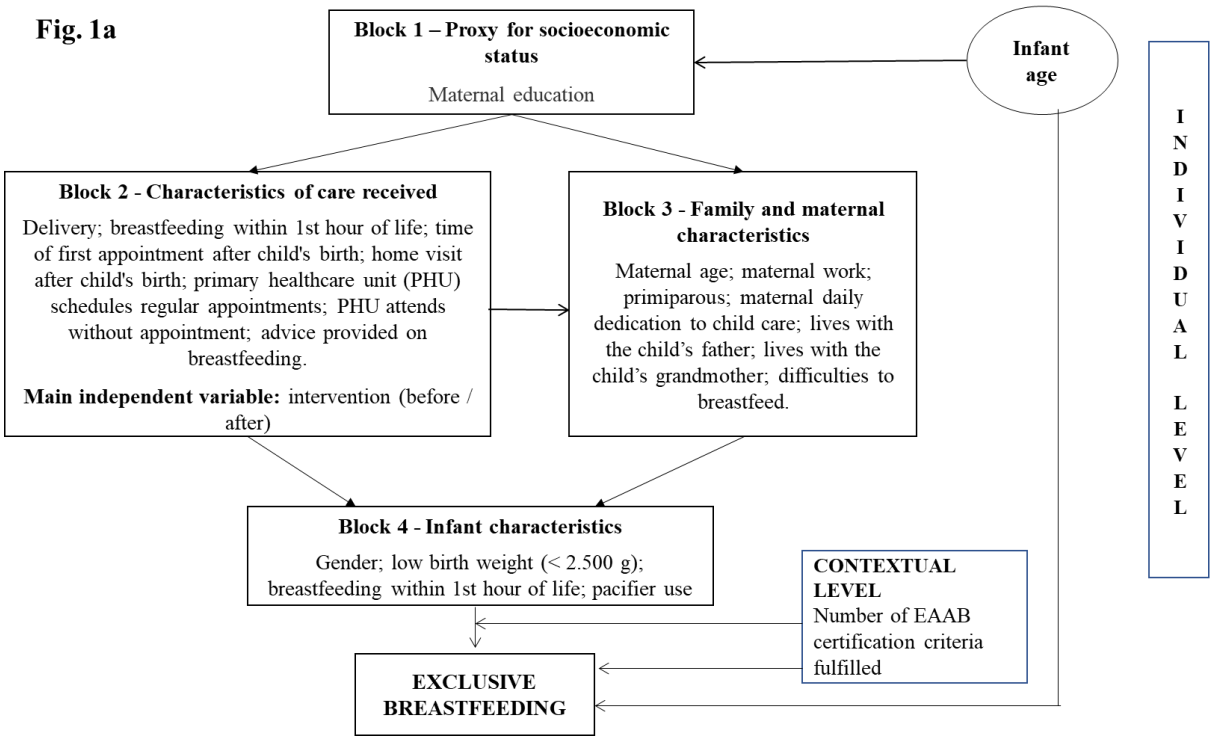
Victora CG, Habicht J-P, Bryce J (2004) Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. Am J Pub Health 9494(3):400–405.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT (1997) The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. Int J Epidemiol 26(1):224–227. https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224

Woodward M (Mark) (2005) Epidemiology: study design and data analysis. Chapman & Hall/CRC.

World Health Organization [WHO] (2001) Infant and young child nutrition. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2008) Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6. Washington, D. C.: WHO.



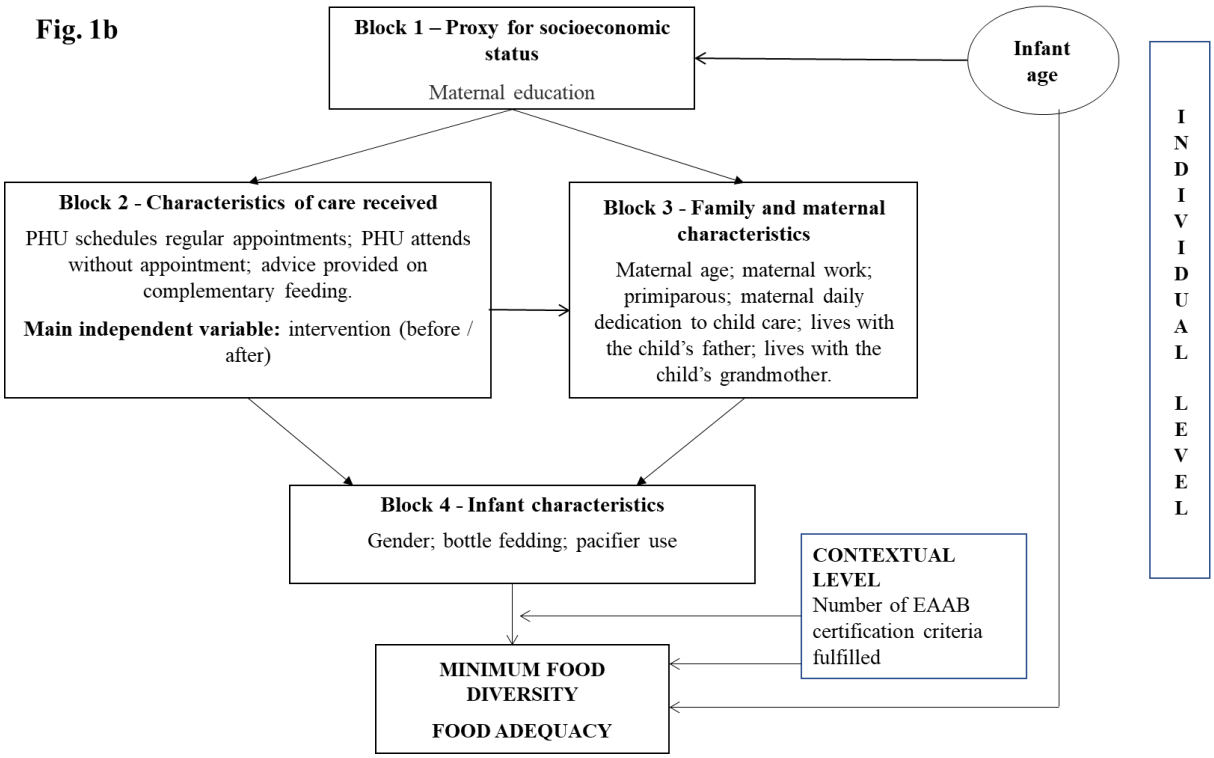


Fig. 1 Hierarchical theoretical model of outcomes: Exclusive Breastfeeding (Fig. 1a) and Minimum Food Diversity and Food Adequacy (Fig. 1b)

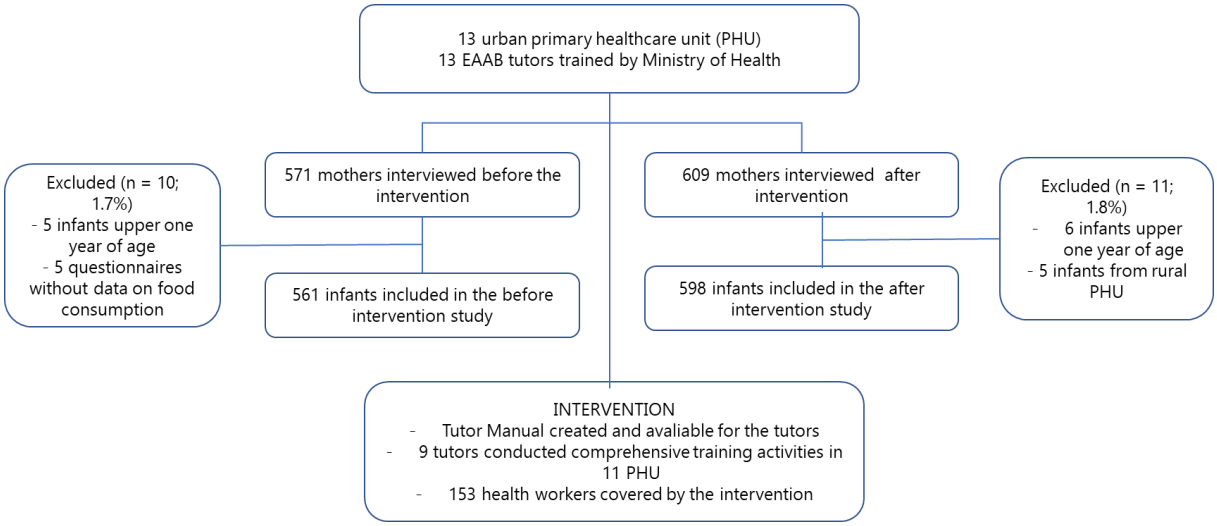


Fig. 2 Flowchart of the intervention study in primary healthcare units. Embu das Artes, Brazil, 2015 - 2016

Table 1 Number and proportion of infants under one year of age according to child, maternal, family, care received and primary healthcare unit characteristics, by study group. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015 – 2016

Variable	Before intervention (n = 561)		After intervention (n = 598)		p
	n [a]	%	n [a]	%	
Child characteristics					
Age (months)					
0-3	168	29.95	235	39.30	
3-6	195	34.76	204	34.11	0.002
6-9	120	21.39	96	16.05	
9-12	78	13.90	63	10.54	
Gender					
Male	290	51.69	307	51.34	0.904
Female	271	48.31	291	48.66	
Low birth weight					
No	495	90.99	540	90.45	0.753
Yes	49	9.01	57	9.55	
Breastfeeding within 1st hour of life					
Yes	350	64.81	257	43.19	0.000
No	190	35.19	338	56.81	
Bottle feeding					
No	218	41.52	255	43.00	0.618
Yes	307	58.48	338	57.00	
Pacifier use					
No	265	50.48	308	51.85	0.646
Yes	260	49.52	286	48.15	
Maternal and family characteristics					
Maternal age (years)					
< 20	107	19.14	98	16.44	0.479
20-34	376	67.26	412	69.13	
≥ 35	76	13.60	86	14.43	
Primiparous					
Yes	274	49.10	243	40.77	0.004
No	284	50.90	353	59.23	
Maternal education (years)					
0-7	77	14.86	66	11.06	0.162
8-11	392	75.68	470	78.73	
≥ 12	49	9.46	61	10.22	
Maternal work					
Not working outside/maternity leave	417	75.27	505	84.59	0.000
Working outside	137	24.73	92	15.41	
Lives with the child's father					
Yes	444	80.00	458	76.72	0.177
No	111	20.00	139	23.28	

Lives with child's grandmother					
Yes	94	16.94	100	16.75	0.933
No	461	83.06	497	83.25	
Maternal daily dedication to child care					
Full time	455	81.98	501	84.92	0.181
Part time	100	18.02	89	15.08	
Difficulties to breastfeed					
Yes	140	26.77	118	19.97	0.007
No	383	73.23	473	80.03	
Care received and PHU characteristics					
Primary healthcare model					
PHU with ESF	149	26.56	162	27.09	0.931
Traditional PHU	127	22.64	130	21.74	
Combination PHU	285	50.80	306	51.17	
Delivery					
Vaginal	321	58.68	379	63.80	0.076
Cesarean	226	41.32	215	36.20	
Time of first appointment after child's birth	220	40.00	134	22.71	0.000
First week of child's life	330	60.00	456	77.29	
After first week of child's life					
Home visit after child's birth					
Yes	114	20.61	93	15.55	0.025
No	439	79.39	505	84.45	
PHU schedules regular appointments					
Yes	486	92.75	524	89.57	0.064
No	38	7.25	61	10.43	
PHU attends without appointment					
Yes	334	62.31	287	48.89	0.000
No	202	37.69	300	51.11	
Advice or support provided on BF					
Yes	450	81.23	470	78.73	0.290
No	104	18.77	127	21.27	
Advice provided on CF [b]					
Yes	137	73.26	108	69.68	0.464
No	50	26.74	47	30.32	
Number of EAAB certification criteria fulfilled					
6	30	5.35	206	34.45	0.000
4-5	245	43.67	281	46.99	
2-3	116	20.68	111	18.56	
0-1	170	30.30	0	0	

BF: breastfeeding; CF: complementary feeding; PHU: primary healthcare unit

[a] The total was smaller for some variables due to missing information.

[b] Only infants from 6 to 11 months and 29 days, n = 357

Table 2 Poisson bivariate analysis of exclusive breastfeeding (EBF) cessation, lack of minimum food diversity (MFD) and lack of food adequacy (FA) in infants under one year of age. Embu das Artes, Sao Paulo, Brazil, 2015 - 2016

Variables	EBF interruption [a] (n =794)			Lack of MFD [b] (n = 322)			Lack of FA [b] (n = 315)		
	% (n)	PR_{crude}	p	% (n)	PR_{crude}	p	% (n)	PR_{crude}	p
Main-independent variable									
Intervention									
Before-intervention	58.03 (206)	1		62.87 (105)	1	0.14	77.50 (124)	1	
After-intervention	53.76 (236)	0.93 [0.77 – 1.12]	0.42	50.32 (78)	0.80 [0.60 – 1.08]		63.23 (98)	0.81 [0.62 – 1.06]	0.13
Proxy for socioeconomic status									
Maternal education (years)									
≥ 12	51.16 (44)	1		50.00 (12)	1		66.67 (16)	1	
8 – 11	54.41 (321)	1.06 [0.78 – 1.46]	0.70	57.83 (144)	1.16 [0.64 – 2.08]	0.62	70.66 (171)	1.06 [0.63 – 1.77]	0.82
0-7	62.11 (59)	1.21 [0.82 – 1.79]	0.33	60.47 (26)	1.21 [0.61 – 2.39]	0.59	74.42 (32)	1.12 [0.61 – 2.03]	0.72
Care received and PHU characteristics									
Delivery									
Vaginal	52.17 (252)	1		-	-	-	-	-	-
Cesarean	61.18 (186)	1.17 [0.97 – 1.42]	0.09						
Breastfeeding within 1st hour of life									
Yes	53.83 (225)	1		-	-	-	-	-	-
No	57.49 (211)	1.07 [0.88 – 1.29]	0.49						
Time of first appointment after child's birth									
First week of child's life	56.56 (125)	1		-	-	-	-	-	-
After first week of child's life	55.28 (309)	0.98 [0.79 – 1.20]	0.83						
Home visit after child's birth									
Yes	55.88 (76)	1		-	-	-	-	-	-
No	55.42 (363)	0.99 [0.77 – 1.27]	0.95						
PHU schedules regular appointments									
Yes	56.20 (385)	1		55.71 (161)	1		70.67 (200)	1	
No	51.81 (43)	0.92 [0.67 – 1.26]	0.61	86.67 13)	1.55 [0.88 – 2.74]	0.12	93.33 14)	1.32 [0.77 – 2.27]	0.31
PHU attends without appointment									
Yes	51.96 (225)	1		55.90 (90)	1		69.87 (109)	1	
No	58.46 (197)	1.12 [0.93 – 1.36]	0.22	57.79 (89)	1.03 [0.77 – 1.38]	0.82	71.05 (108)	1.01 [0.78 – 1.33]	0.90
Advice or support provided on BF									
Yes	55.00 (352)	1		-	-	-	-	-	-
No	57.43 (85)	1.04 [0.82 – 1.32]	0.72						
Advice provided on CF									
Yes	-	-	-	54.50 (121)	1		67.44 (145)	1	
No				61.29 (57)	1.12 [0.82 – 1.54]	0.46	75.27 (70)	1.11 [0.84 – 1.48]	0.45
Number of EAAB certification criteria fulfilled by the PHU									
6	48.85 (85)	1		63.16 (36)	1	0.43	73.68 (42)	1	

4-5	57.93 (201)	1.18 [0.92 – 1.53]	0.19	53.90 (83)	0.85 [0.58 – 1.26]	0.85	68.21 (103)	0.92 [0.65 – 1.32]	0.67
2-3	60.24 (100)	1.23 [0.92 – 1.65]	0.15	60.38 (32)	0.95 [0.59 – 1.54]	0.58	76.92 (40)	1.04 [0.68 – 1.61]	0.85
0-1	52.43 (56)	1.07 [0.76 – 1.50]	0.69	55.17 (32)	0.87 [0.54 – 1.40]		67.27 (37)	0.91 [0.59 – 1.42]	0.69
Maternal and family characteristics									
Maternal age (years)									
< 20	53.71 (282)	1		56.60 (133)	1	0.32	70.56 (163)	1	
20-34	59.59 (87)	1.10 [0.87 – 1.41]	0.39	68.75 (33)	1.21 [0.83 – 1.78]	0.31	76.09 (35)	1.08 [0.75 – 1.55]	0.69
≥ 35	60.33 (73)	1.12 [0.86 – 1.45]	0.38	43.24 (16)	0.76 [0.45 – 1.28]		63.89 (23)	0.90 [0.58 – 1.40]	0.66
Primiparous									
Yes	51.22 (231)	1		58.68 (98)	1		69.33 (113)	1	
No	61.40 (210)	1.20 [0.99 – 1.44]	0.06	54.97 (83)	0.94 [0.70-1.25]	0.66	72.30 (107)	1.04 [0.80 – 1.36]	0.76
Maternal work									
Not working outside/maternity leave	51.89 (344)	1		57.71 (131)	1		70.59 (156)	1	
Working outside	75.59 (96)	1.46 [1.16 – 1.83]	0.00	54.35 (50)	0.94 [0.68 – 1.30]	0.72	70.33 (64)	0.99 [0.74 – 1.33]	0.98
Lives with the child's father									
Yes	53.19 (333)	1		58.47 (145)	1		72.84 (177)	1	
No	64.63 (106)	1.21 [0.98 – 1.51]	0.08	51.39 (37)	0.88 [0.61 – 1.26]	0.48	62.86 (44)	0.86 [0.62 – 1.20]	0.38
Lives with child's grandmother									
Yes	62.02 (80)	1		52.73 (29)	1		66.04 (35)	1	
No	54.31 (359)	0.87 [0.69 – 1.11]	0.28	57.74 (153)	1.09 [0.73 – 1.63]	0.65	71.54 (186)	1.08 [0.75 – 1.55]	0.66
Maternal daily dedication to child care									
Full time	51.15 (355)	1		59.56 (134)	1		71.95 (159)	1	
Part time	87.10 (81)	1.70 [1.34 – 2.17]	0.00	52.75 (48)	0.88 [0.64 – 1.23]	0.47	69.32 (61)	0.96 [0.72 – 1.29]	0.80
Difficulties to breastfeed									
No	49.48 (286)	1		-	-	-	-	-	-
Yes	75.92 (145)	1.53 [1.26 – 1.87]	0.00						
Child characteristics									
Gender									
Male	58.29 (239)	1		60.84 (101)	1		73.62 (120)	1	
Female	52.86 (203)	0.91 [0.75 – 1.09]	0.30	52.56 (82)	0.86 [0.64 – 1.16]	0.32	67.11 (102.	0.91 [0.70 – 1.19]	0.49
Low weight									
No	54.29 (392)	1		-	-	-	-	-	-
Yes	68.66 (46)	1.26 [0.93 – 1.72]	0.13						
Bottle feeding									
No	-	-	-	55.95 (47)	1		69.05 (58)	1	
Yes				56.58 (129)	1.01 [0.72 – 1.41]	0.95	71.04 (157)	1.03 [0.76 – 1.39]	0.85
Pacifier use									
No	41.92 (166)	1		53.33 (88)	1		69.14 (112)	1	
Yes	69.55 (265)	1.66 [1.37 – 2.01]	0.00	59.86 (88)	1.12 [0.83 – 1.50]	0.44	72.03 (103)	1.04 [0.80 – 1.36]	0.76

EBF - exclusive breastfeeding; BF – breastfeeding; CF – complementary feeding; PHU – primary healthcare unit
[a] Infants under six months; [b] Infants from 6 to 11 months and 29 days

Table 3 Multilevel hierarchical regression models to estimate the prevalence ratio of exclusive breastfeeding (EBF) cessation in infants under six months according to child, maternal, family, care received and primary healthcare unit (PHU) characteristics, adjusted by infant age. Embu das Artes, SP, Brazil, 2015-2016 [a, b]

EBF interruption	**Model 1** [c]	**Model 2** [d]	**Model 3** [e]	**Model 4** [f]	**Model 5** [g]
***Fixed effects* - constant**	0.27 (0.21 - 0,36) *	0.25 (0,17 - 0,37) *	0.46 (0.27 – 0.65) *	0.32 (0.21 – 0.51) *	0.26 (0.16 – 0,41) *
Maternal education (years)					
≥ 12	-	**1**	-	-	-
8-11	-	**1.06 (0.78 – 1.46)**	-	-	-
0-7	-	**1.26 (0.85 – 1.87)**	-	-	-
Intervention					
Before-intervention	-	-	**1**	-	-
After-intervention	-	-	**0.97 (0.77 – 1.22)**	-	-
PHU attends without appointment					
Yes	-	-	**1**	-	-
No	-	-	**1.15 (0.95 – 1.40)**	-	-
Difficulties to breastfeed					
No	-	-	-	**1**	-
Yes	-	-	-	**1.58 (1.28 – 1.95) ***	-
Lives with the child's father					
Yes	-	-	-	**1**	-
No	-	-	-	**1.20 (0.95 – 1.51)**	-
Maternal daily dedication to child care					
Full time	-	-	-	**1**	-
Part time	-	-	-	**1.71 (1.33 – 2.22) ***	-
Pacifier use					
No	-	-	-	-	**1**
Yes	-	-	-	-	**1.58 (1.28 – 1.96) ***
***Contextual level* – Primary healthcare unit**					
EAAB certification criteria fulfilled					
6 criteria	**1**	-	-	-	-
4-5 criteria	**1.12 (0.87 – 1,44)**	-	-	-	-
3-2 criteria	**1.14 (0.85 – 1.52)**	-	-	-	-
0-1 criteria	**0.94 (0,67 – 1.33)**	-	-	-	-
Random effect ***EAAB* certification criteria fulfilled - constant**	2.42 E-37	1.94 e-36	4.61 E-34	5.17 E-37	1.06 e-34
-2loglikelihood	1348.0268	1299.39514	1313.33646	1225.77142	1180.98198

[a] Infants under six months, n = 794; [b] Individual data from the two phases of the study; [c] Model 1: number of certification criteria and infant age; [d] Model 2: Model 1 + maternal education; [e] Model 3: Model 2 + intervention and PHU attends without appointment; [f] Model 4: Model 3 + difficulties to breastfeed, lives with the child's father, maternal daily dedication to child care; [g] Model 5: Model 4 + pacifier use. * $p < 0.001$

Table 4 Multilevel hierarchical regression models to estimate the prevalence ratio of lack of minimum food diversity (MFD) and lack of food adequacy (FA) in infants from 6–11 months according to child, maternal, family, care received and primary healthcare unit (PHU) characteristics, adjusted by infant age. Embu das Artes, SP, Brazil – 2015-2016 [a, b]

Lack of Minimum Food Diversity	**Model 1 [c]**	**Model 2 [d]**	**Model 3 [e]**	**Model 4 [f]**	**Model 5 [g]**
***Fixed effects* - constant**	3.51 (1.56 – 7.91) *	3.10 (1.15 – 8.38) *	6.17 (1.90 – 19.96) *	6.09 (1.86 – 19.93) *	6.36 (1.83 – 22.02) *
Maternal education (years)					
≥ 12	-	**1**	-	-	-
8-11	-	**1.13 (0.62 – 2.04)**	-	-	-
0-7	-	**1.09 (0.54 – 2.17)**	-	-	-
Intervention					
Before-intervention	-	-	**1**	-	-
After-intervention	-	-	**0.70 (0.50 – 0,97) ***	-	-
Maternal age (years)					
20-34	-	-	-	**1**	-
< 20	-	-	-	**1.19 (0.81 – 1.75)**	-
≥ 35	-	-	-	**0.73 (0.43 – 1.23)**	-
Infant gender					
Male	-	-	-	-	**1**
Female	-	-	-	-	**0.96 (0.72 – 1.29)**
***Contextual level* – Primary healthcare unit**					
EAAB certification criteria fulfilled					
6 criteria	**1**	-	-	-	-
4-5 criteria	**0.84 (0.57 – 1.24)**	-	-	-	-
3-2 criteria	**0.91 (0.57 – 1.47)**	-	-	-	-
0-1 criterion	**0.85 (0.53 – 1.37)**	-	-	-	-
Random effect **EAAB certification criteria fulfilled - constant**	3.47 E-35	2.87 E-35	1.41 e-35	7.23 e-36	2.34 E-35
-2loglikelihood	551.42068	543.94012	539.3975	534.68724	534.63052
Lack of Food Adequacy	**Model 1 [c]**	**Model 2 [d]**	**Model 3 [e]**	**Model 4 [h]**	**Model 5 [g]**
***Effects Fixed* - constant**	3.03 (1.45 – 6.31) *	2.84 (1.17 – 6.92) *	5.04 (1.76 – 14.40) *	4.89 (1.69 – 14.13) *	5.15 (1.69 – 15.65) *
Maternal education (years)					
≥ 12	-	**1**	-	-	-
8-11	-	**1.02 (0.61 – 1.71)**	-	-	-
0-7	-	**1.00 (0.54 – 1.84)**	-	-	-

Intervention					
Before-intervention	-	-	**1**	-	-
After-intervention	-	-	**0.74 (0.55 – 0.99) ***	-	-
Lives with the child's father					
Yes	-	-	-	**1**	-
No	-	-	-	**0.89 (0.64 – 1.25)**	-
Infant gender					
Male	-	-	-	-	**1**
Female	-	-	-	-	**0.96 (0.73 – 1.26)**
***Contextual level* – Primary healthcare unit**					
EAAB certification criteria fulfilled					
6 criteria	**1**	-	-	-	-
4-5 criteria	**0.91 (0.63 – 1.30)**	-	-	-	-
3-2 criteria	**1.00 (0.65 – 1.55)**	-	-	-	-
0-1 criterion	**0.89 (0.57 – 1.38)**	-	-	-	-
Random effect **EAAB certification criteria fulfilled - constant**	1.61 E-39	3.84 E-37	2.79 E-36	1.56 E-35	1.45 e-36
-2loglikelihood	581.49458	572.30522	568.30406	565.72786	565.64044

[a] Infants from 6 to 11 months and 29 days, n = 322; [b] Individual data from the two phases of the study; [c] Model 1: number of certification criteria and infant age; [d] Model 2: model 1 + maternal education; [e] Model 3: model 2 + intervention; [f] Model 4: model 3 + maternal age; [g] Model 5: model 4 + infant gender; [h] Model 4: model 3 + lives with the child's father. * $p < 0.05$

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a elaborar o Manual de Apoio ao Tutor da EAAB e estudar os efeitos da sua utilização sob duas vertentes: na implementação da EAAB e nas práticas de alimentação infantil. Na primeira abordagem optamos por um modelo de avaliação que buscou identificar não apenas os resultados no indicador de implementação da EAAB, mas também outros fatores envolvidos, ou seja, os caminhos pelos quais a utilização do Manual poderia contribuir com a implementação da EAAB e consequentemente com a melhoria do perfil de alimentação infantil na população estudada. Na segunda abordagem nos debruçamos a analisar mais detalhadamente os efeitos da utilização do Manual sobre as práticas de alimentação infantil de forma a controlar possíveis fatores de confusão envolvidos nesta relação.

Na busca por conhecer a população de estudo no que tange às práticas de alimentação infantil identificou-se um cenário desfavorável em todos os indicadores, com destaque para o alto consumo de alimentos ultra processados ainda no primeiro ano de vida. Ao se investigar os fatores associados, pela primeira vez foi encontrada uma associação do consumo de alimentos ultra processados em crianças com um indicador da qualidade do serviço de saúde. Esses achados reafirmaram as justificativas apresentadas para esse estudo, deixando claras a pertinência e relevância de uma intervenção que tivesse como foco promover mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde e consequentemente promovesse práticas de alimentares mais saudáveis na infância.

A investigação acerca dos efeitos da intervenção permitiu verificar que o uso do Manual de Apoio ao Tutor melhorou o conhecimento dos tutores e trabalhadores da atenção básica e promoveu mudanças no processo de trabalho das equipes, refletidas no alcance dos critérios de certificação na EAAB, evidenciando que uma intervenção educativa usando metodologia crítico-reflexiva é capaz de promover mudanças nos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde.

Ademais, os resultados confirmaram a hipótese de que o uso do “Manual de apoio ao tutor da EAAB” contribui para a melhoria da qualidade da alimentação complementar em crianças entre 6 e 12 meses de idade. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, embora não tenha apresentado diferença estatística, verificou-se uma tendência de efeito positivo da intervenção. Acreditamos que esse caráter apenas indicativo de melhora no AME se deva ao fato de que historicamente o município desenvolve ações regulares para promover a amamentação e já possuía prevalência de AME relativamente alta antes da intervenção, exigindo provavelmente um tempo maior para que a intervenção produzisse uma contribuição adicional significativa.

É importante ressaltar que, embora a intervenção tenha sido efetiva tanto em fortalecer a implementação da EAAB, refletida pelo maior alcance dos critérios de certificação pelas UBS, quanto o seu impacto na população, com a melhora dos indicadores de alimentação complementar, esses indicadores, de processo e resultado, não apresentaram associação entre si. Esse resultado inesperado levanta uma importante questão a ser considerada por gestores e pesquisadores em futuras investigações sobre o impacto da EAAB. Embora os critérios de certificação possam ser utilizados como um indicador normativo da

implementação da EAAB, eles podem não expressar todos os elementos essenciais decorrentes da implementação da Estratégia que exercem impacto na população alvo.

Em face dos resultados obtidos concluímos que o Manual se apresenta como uma ferramenta de apoio efetiva para as ações de educação permanente na atenção básica que visem a promoção das práticas alimentares saudáveis na infância.

Os resultados da avaliação da intervenção sob a ótica dos tutores, reforçam estas conclusões, pois revelaram contribuições do uso do Manual para além das mudanças alcançadas em seus saberes técnicos, corroborando para que o Manual seja incorporado pelo Ministério da Saúde e disseminado para todos os tutores do Brasil.

Assim, este estudo traz uma contribuição real frente ao desafio do Ministério da Saúde de avançar na efetiva implementação da EAAB e concretização dos seus objetivos de aprimorar as competências e habilidades dos trabalhadores da atenção básica e qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

No campo das políticas de saúde, implementar na atenção básica à saúde estratégias custo-efetivas para a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis na infância e que possam ser implementadas em larga escala de modo a produzir impacto na saúde das pessoas, se constitui desafio inadiável a ser enfrentado por gestores e profissionais de saúde. Neste sentido o “Manual de Apoio ao Tutor da EAAB” traz uma importante contribuição por ser uma ferramenta viável para ser amplamente difundida, é de fácil divulgação e pode ser

disseminado a todos os tutores da EAAB do país, uma vez que não requer nenhum treinamento para ser usado.

Torna-se desafio ainda maior implementar processos de ensino aprendizagem que sejam respaldados por ações crítico-reflexivas e participativas. Nesta perspectiva, o conteúdo do Manual traz uma implicação relevante do ponto de vista da gestão da atenção à saúde. As atividades complementares propostas contribuem não apenas para o aprimoramento dos conhecimentos e habilidades no temas específicos de manejo e promoção do AM e AC, mas propõem também, de forma inovadora, dinâmicas e reflexões voltadas a produzir transformações e melhorias em todo o processo trabalho das equipes, incluindo a construção de instrumentos de organização da atenção à saúde da criança e implantação ou reorganização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional tão importantes e necessárias para viabilizar a implementação de ações e políticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e de incentivo à alimentação saudável de crianças que estejam em consonância com as situações encontradas.

No campo da pesquisa é importante destacar a necessidade da utilização de metodologias e ferramentas baseadas em evidências para garantir custo-efetividade. No entanto não foram identificadas na literatura outras iniciativas de avaliação da implementação de metodologia de educação permanente no âmbito da atenção básica que pudessem contribuir mais com a discussão dos nossos achados. Deste modo, o estudo sistemático e abrangente da avaliação de implementação de metodologias ativas com análise baseada em modelos lógicos detalhados, como proposto pela abordagem *Program Impact Pathways* poderiam ampliar a discussão e conhecimento das vias de impacto das intervenções neste

campo. Nesta perspectiva apontamos para a necessidade e utilidade de análises que contemplem as práticas de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde assim como a dimensão do conhecimento e habilidades adquiridos pelas mães que irão de fato influenciar a mudança de comportamento necessária.

Do mesmo modo, abordagem qualitativas são necessárias e complementares para a compreensão do processo de implementação e utilização das intervenções do ponto de vista dos atores envolvidos. Neste estudo a abordagem qualitativa não estava prevista inicialmente, contudo julgou-se útil sua aplicação para fortalecer as evidências já obtidas pelos dados quantitativos.

Quanto a limitações do presente estudo pode-se apontar duas principais. Sobre a primeira - o pequeno número de trabalhadores envolvidos na intervenção – é importante destacar que ao delinear um estudo de intervenção na comunidade não controlado buscou-se implementar a intervenção exatamente como ela seria na vida real, ou seja, os pesquisadores disponibilizaram o Manual e não tiveram qualquer interferência durante o período destinado para a utilização do material pelos tutores. Esse delineamento permitiu obter evidências da efetividade da intervenção, no entanto, com maior controle do processo, o número de trabalhadores que responderam o teste de conhecimento inicial e final poderia ter sido maior, o que certamente traria resultados mais robustos no que diz respeito aos conhecimentos dos trabalhadores. Uma ampliação também no número e na categoria de trabalhadores envolvidos certamente aumentaria o potencial de impacto da intervenção tanto na implementação da EAAB quanto no consumo alimentar das crianças. A segunda limitação se refere a impossibilidade de analisar a percepção da mãe acerca do aconselhamento em AM e AC e ocorreu

em razão da estratégia de coleta de dados junto as mães, na qual as entrevistas foram realizadas por trabalhadores que atendiam nas salas de vacina, portanto, tinham um certo vínculo com a mãe. Considerou-se, portanto, que esta condição pode ter implicado em um viés na obtenção desta informação.

Faz-se necessário ainda apontar duas dificuldades relacionadas à coleta de dados que implicam em limitações na interpretação dos resultados obtidos: 1) O período de campo da pesquisa foi marcado por sérias dificuldades político-administrativas no município. Este contexto trouxe dificuldades especialmente para obtenção dos dados juntos aos gerentes das UBS. Na fase de aplicação do questionário pré intervenção havia grande número de funcionários sendo demitidos em função das questões políticas e financeiras, e na fase pós intervenção estava ocorrendo tanto corte de recursos financeiros quanto de materiais básicos para as UBS. Essas dificuldades podem ter influenciado as respostas ou a motivação de alguns gerentes para responder o questionário. 2) O curto período entre a intervenção e as avaliações empregadas deve ser considerado. Essa questão é ainda mais relevante para a avaliação dos indicadores de alimentação infantil que foram analisados por meio de duas amostras independentes, ou seja, para se observar impacto de intervenções por meio de comparação de dois inquéritos populacionais é necessário um período maior quando comparado a estudos longitudinais que medem o efeito nos mesmos indivíduos antes e depois.

As limitações que foram apontadas não tiram a validade dos nossos achados, ao contrário, mesmo com essas limitações foi possível observar efeitos positivos da intervenção, mostrando que a mesma tem um potencial ainda maior para produzir os efeitos esperados caso seja aplicada em um contexto mais favorável.

Por fim destaca-se que esta tese por meio das metodologias aplicadas e os achados encontrados poderá contribuir com elementos adicionais ou complementares para a construção do conhecimento cientifico no campo da avaliação e implementação de intervenções educativas, contudo entendemos que a maior contribuição deste estudo consiste na elaboração, avaliação e entrega de um instrumento de trabalho efetivo que poderá beneficiar não só a prática profissional, mas também fortalecer a implementação de uma estratégia que pretende melhorar a saúde e contribuir para o desenvolvimento de toda uma nação.

As evidências e elementos trazidos nesta tese poderão apoiar a implementação de programas e intervenções para promoção do AM e AC na atenção primária à saúde no Brasil e em outros contextos semelhantes.

6 REFERÊNCIAS

ANDERSON, J.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 70, p. 525–535, 1999.

BECKER, G. E.; REMMINGTON, T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 2014.

BHANDARI, N. Use of multiple opportunities for improving feeding practices in under-twos within child health programmes. **Health Policy and Planning**, v. 20, n. 5, p. 328–336, 6 jul. 2005.

BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, p. 417–40, 2008.

BIRCH, L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 57, n. 4, p. 617–24, 1998.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 131–136, 2013.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 108, 2017.

BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1759–1771, 2012.

BRANDÃO, D. S.; VENANCIO, S. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. **Jornal de pediatria**, v. 91, n. 2, p. 143–51, jan. 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde., 2009c.

BRASIL. **Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. **ENPACS: Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável: caderno do tutor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Política Nacional de Atençao Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentaçao e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 1 mar. 2015c.

BRASIL. **Compromissos do Brasil para a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025)**. Brasília: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional | CAISAN, 2016a.

BRASIL. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BROCKVELD, L. DE S. M. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP: um estudo de caso**. [s.l.] Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Instituto de Saúde, 2013.

BRUNKEN, G. S. et al. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. **Jornal de Pediatria**, v. 82, p. 445–451, 2006.

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; DE AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 6, p. 1027–1033, 2008.

CAMPOS, A. A. DE O. et al. Aconselhamento nutricional de criancas menores de dois anos de idade: potencialidades e obstaculos como desafios estrategicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 529–538, fev. 2014.

CANELLA, D. S.; SILVA, A. C. F. DA; JAIME, P. C. Producão científica sobre nutrição na ambito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 297–308, 2013.

CGAN/DAB/SAS/MS. Segundeira CGAN. **DAB Comunica**, p. 14, jan. 2018.

CHANTRY, C. J.; HOWARD, C. R.; AUINGER, P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. **Pediatrics**, v. 117, n. 2, p. 425–32, fev. 2006.

CHIESA, A.; FRACOLLI, L.; VERÍSSIMO, M. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 43, n. Esp 2, p. 1352–7, 2009.

CHUNG, M. et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. preventive services task force. **Annals of Internal Medicine**, v. 149, n. 8, p. 565–582, 21 out. 2008.

COUTINHO, S. B. et al. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **The Lancet**, v. 366, n. 9491, p. 1094–1100, set. 2005.

COUTINHO, S. B. et al. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 17, n. 4, p. 948–55, abr. 2014.

DE JAGER, E. et al. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Midwifery**, v. 29, n. 5, p. 506–18, maio 2013.

DE OLIVEIRA, L. P. M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 459–469, 2005.

GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 363–370, 2010.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 238–252, 2000.

HALL, J. Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low–middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. **Midwifery**, v. 27, n. 4, p. 497–502, ago. 2011.

HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva: World Health Organization, 2007.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. **Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality**. Geneva: World Health Organization, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=351500&idtema=16&search=sao-paulo%7Cembu-das-artes%7Csintese-das-informacoes>. Acesso em: 1 mar. 2015.

JAIME, P. C.; PRADO, R. R. DO; MALTA, D. C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. **Inquéritos Artigo Original Rev Saude Publica**, v. 51, n. 1, 2017.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, v. 362, n. 9377, p. 65–71, 5 jul. 2003.

KRAMER, M.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **The Cochrane Library**, v. 4, n. 8, 2012.

LAANTERÄ, S.; PÖLKKI, T.; PIETILÄ, A.-M. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. **International journal of nursing practice**, v. 17, n. 1, p. 72–84, fev. 2011.

MAMELI, C.; MAZZANTINI, S.; ZUCCOTTI, G. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 9, p. 838, 23 ago. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

MONTE, C.; GIUGLIANI, E. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 131–141, 2004.

MONTEIRO, J. C. DOS S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto prática construída. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 315–321, 2011.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>. Acesso em: 14 maio. 2018.

OLIVEIRA, M. I. C. DE; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 1, p. 41–51, abr. 2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION [PAHO/WHO]. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Washington, DC: WHO, 2003.

PARADA, C. M. DE L.; CARVALHAES, M. A. DE B. L.; JAMAS, M. T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2007.

PASSANHA, A. et al. Implantacao da Rede Amamenta Brasil e prevalencia de aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1141–1148, dez. 2013.

PÉREZ-BRAVO, F. et al. Genetic predisposition and environmental factors leading to the development of insulin-dependent diabetes mellitus in Chilean children. **Journal of Molecular Medicine**, v. 74, p. 105–109, 1996.

PORTELLA, M. B.; MORAIS, T. B.; MORAIS, M. B. Excess sodium and insufficient iron content in complementary foods. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 303–310, 2010.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil : de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. Supl. 1, p. 37–45, 2003.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 2016.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother’s educational level. **Nutrition Journal**, v. 13, n. 1, p. 33, 3 dez. 2014.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Amamentação e alimentação infantil. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 195–212.

SIMON, V.; SOUZA, J.; SOUZA, S. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 6, n. 1, 2003.

SIMON, V.; SOUZA, J.; SOUZA, S. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo; Introduction of. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 389–394, 2009.

TOMA, T. S. **Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores da saúde.** [tese] Universidade de São Paulo, 2008.

TRABULSI, J. C.; MENNELLA, J. A. Diet, sensitive periods in fl avour learning, and growth. **International Review of Psychiatry**, v. 24, n. 3, p. 219–230, 2012.

VANNUCCHI, H.; VÍTOLO, M. R.; JÚNIOR, A. A. J. Micronutrientes. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 250–264.

VELOSO, L. DE F. G.; ALMEIDA, J. A. G. O aleitamento materno nos programas brasileiros de pós-graduação em Pediatria : perfil das dissertações e teses elaboradas de 1971 a 2006. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 2, p. 154–159, 2009.

VENANCIO, S. et al. **Avaliação do Impacto da Rede Amamenta Brasil.** [relatório de pesquisa]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

VENANCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2261–2274, 2013b.

VENANCIO, S. I. et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. e00010315, 2016.

VENANCIO, 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, n. 1, p. 40–49, 1998.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1205–1208, dez. 2013.

VICTORA, C. C. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, v. 330, n. 2, p. 319–322, ago. 1987.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199–e205, 2015.

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

VITOLO, M. R. et al. Impacto da atualização de profissionais de sáude sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1695–1707, 2014.

VITOLO, M. R.; LOUZADA, M. L. D. C.; RAUBER, F. Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 873–886, dez. 2014.

WOODWARD, M. (MARK). **Epidemiology: study design and data analysis**. Chapman & Hall/CRC, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Complementary foods: family foods for breastfed children.** Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Infant and young child nutrition.** Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global strategy for infant and young child feeding.** Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6.** Washington, D. C.: WHO, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Primary Health Care: now more than ever**. Geneva: WHO, 2008b.

ANEXO 1 – MANUAL DE APOIO AO TUTOR DA EAAB

Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde

MANUAL DE APOIO AO TUTOR

Este material foi elaborado no contexto do projeto de doutorado do programa de pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública (FSP-USP) intitulado “Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” e após avaliado será disponibilizado ao Ministério da Saúde.

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução e divulgação total ou parcial não é permitida, por se tratar de material em versão preliminar.

Elaboração:
Gláubia Rocha Barbosa Relvas
Gabriela dos Santos Buccini
Sonia Isoyama Venancio

Revisão:
Amanda Souza Moura
Ana Maria Spaniol
Ariane Tiago Bernardo de Matos
Fabiana Swain Müller
Fernanda Ramos Monteiro
Lorena Toledo de Araújo Melo
Renara Guedes Araújo
Renata Guimarães Mendonça de Santana
Rosana Maria Polli Fachini De Divitiis
Sara Araújo da Silva

SUMÁRIO

Apresentação

1. Passos para implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

2. O Tutor e suas atribuições

2.1. O tutor e a implementação da EAAB no território

2.2. O tutor e o apoio às equipes das UBS no processo de implementação da EAAB nas UBS

2.3. O tutor e o monitoramento do processo de implementação da EAAB

2.4. O tutor e a certificação das equipes e Unidades Básicas de Saúde (UBS) na EAAB

Anexo 1 - Critérios de certificação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil para as equipes e Unidades Básicas de Saúde

3. Desenvolvimento das atividades complementares

3.1. Planejando e organizando as atividades complementares

3.2. Temáticas e sequência das atividades complementares

3.3. Realizando as atividades complementares

4. Atividade Complementar I - Plano de ação: pactuação e definição do plano de trabalho

Apêndice A - Quadro síntese das ações já desenvolvidas pela equipe e ações que poderiam ser implementadas.

Apêndice B - Formulário para mapeamento de parcerias na rede de atenção e outras redes de colaboração

Apêndice C - Plano de ação

5. Atividade Complementar II - Processo de trabalho e instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil

Apêndice D - Exemplos de instrumento de organização da atenção

Apêndice E - Exemplo dos principais eixos da linha de cuidado em

aleitamento materno e alimentação complementar

6. Atividade Complementar III - Vigilância Alimentar e Nutricional, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica vigente

Apêndice F - Estudo de caso da Atividade Complementar III

7. Atividade Complementar IV - Manejo clínico do aleitamento materno na Atenção Básica

Apêndice G - Estudos de caso da Atividade Complementar IV

8. Atividade Complementar V - Alimentação Complementar Saudável na Atenção Básica

Apêndice H - Estudos de caso da Atividade Complementar V

9. Atividade Complementar VI - Proteção Legal da Alimentação Infantil

Anexo 1 - Capa do livro “The Baby Killer”

Apêndice I - Imagens de promoção comercial de produtos abrangidos pela NBCAL.

Apêndice J - Estudos de caso da Atividade Complementar VI

Apêndice K - Quadro de ações/estratégias para apoiar a NBCAL.

10. Atividade Complementar VII - Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA)

11. Atividade Complementar VIII - Formação de Grupos e Aconselhamento em Alimentação Infantil na Atenção Básica

Apêndice L - Quadro: Habilidades para o aconselhamento em amamentação

Apêndice M - Projeto para planejamento de grupos educativos na Atenção Básica

APRESENTAÇÃO

De acordo com pesquisas nacionais o Brasil ainda apresenta índices de aleitamento materno e de alimentação complementar menores do que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo que estes estão intimamente relacionados à morbimortalidade e qualidade de vida das crianças. Mediante tal cenário, o desafio do profissional de saúde é avançar para além do seu conhecimento técnico em direção a uma mudança de posicionamento, que propicie disponibilidade, empatia e percepção para propor ações factíveis e de acordo com o contexto de cada família.

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)[1], especificamente no Eixo II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável, com a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno[2], com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)[3], com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[4], com a Política Nacional de de Promoção da Saúde (PNPS)[5] e com os princípios da Rede

[1] *Portaria Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde.*

[2] *Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasíli: Ministério da Saúde, 2017.*

[3] *Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.*

[4] *Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

[5] *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.*

Cegonha[6], a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil[7] (EAAB) lançada em 2012, resultou da integração das ações da Rede Amamenta Brasil (RAB) e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), ambas fundamentadas nos princípios da educação permanente em saúde e tendo como base a metodologia crítico-reflexiva.

Para saber mais: Manual de Implementação – Referencial Teórico

O principal objetivo da EAAB é qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para o desenvolvimento dessas ações como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para cumprir seus objetivos, a EAAB conta com os tutores formados na estratégia e que são profissionais responsáveis por disseminá-la, realizar oficinas de trabalho nas UBS e apoiar as equipes de saúde do seu âmbito de atuação.

Pesquisas sobre a implantação da RAB identificaram alguns fatores facilitadores, tais como: apoio da gestão municipal, papel fortalecido do coordenador municipal e o papel ativo do tutor (VENANCIO et al., 2013). Com base nesses achados o tutor tem sido apontado como um dos pilares para a efetivação da EAAB, devendo apoiar o planejamento e o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável nas UBS, de **forma contínua.**

Esse manual foi desenvolvido com o objetivo de fortalecer o papel do tutor considerando seus diferentes perfis de conhecimento e experiência profissional

[6] *Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, fundamenta-se nos princípios da humanização e assistência, que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.*

[7] *Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).*

de cada um em relação ao manejo do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, bem como a formação prévia em metodologias ativas. Dessa forma, traz sugestões ao tutor de como conduzir sua prática a fim de efetivamente apoiar os profissionais da Atenção Básica.

Referências

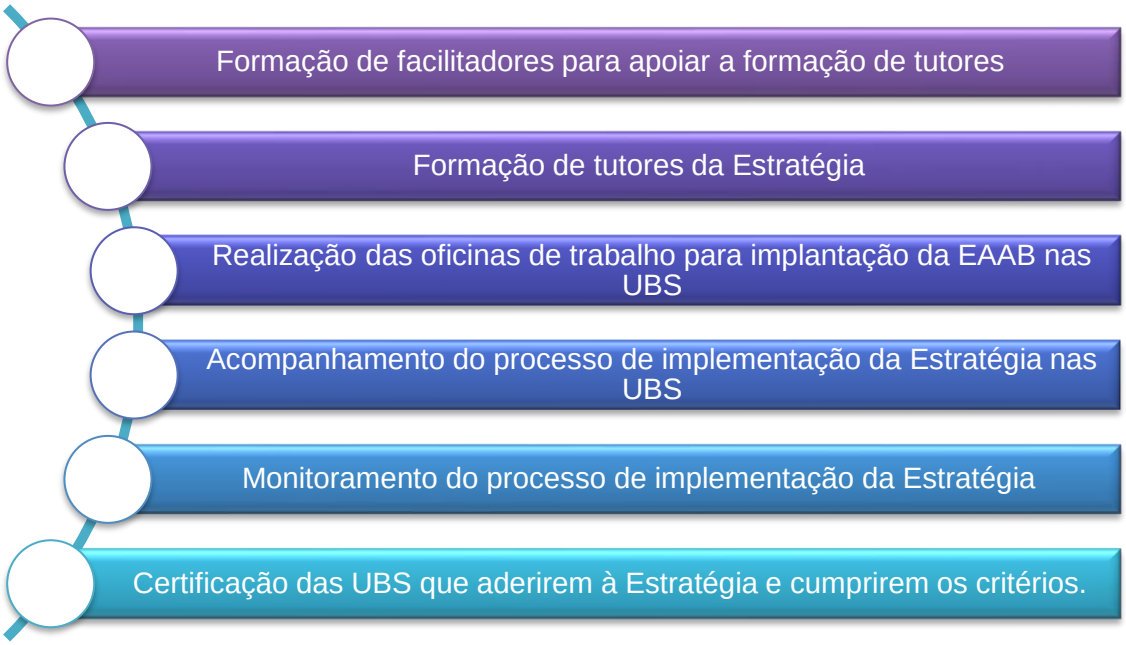
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 1. ed. rev., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

2. VENANCIO, S. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261–2274, 2013.

1. PASSOS PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (EAAB)

A partir do que foi trabalhado na Oficina de Formação de tutores, sabemos que a EAAB é implantada e implementada por meio de seis passos (conforme figura abaixo). Neste Manual será dado enfoque na atuação do tutor para a implementação da EAAB a partir do passo 3.

Figura 1 – Passos para a Implementação da EAAB



Para saber mais: O capítulo 4 do Manual de Implementação apresenta detalhadamente os passos para implementação da estratégia.

2. O TUTOR E SUAS ATRIBUIÇÕES

Considerando as atribuições dos tutores já relacionadas no Manual de Implementação da EAAB, aqui, iremos detalhar as que são fundamentais para continuidade do trabalho do tutor junto às equipes.

2.1. Articulação intra e intersetorial das ações nos territórios

Após a Oficina de Formação, sugere-se que o tutor procure o gestor local da EAAB no município (Atenção Básica/Saúde da Criança/Alimentação e Nutrição[8] etc.) que o indicou para a Oficina de Formação de Tutores, propondo uma conversa para apresentar os objetivos da estratégia e o plano de ação[9], elaborado na Oficina de Formação. Na possibilidade de haver mais de um tutor formado no mesmo município/região recomenda-se que esse diálogo seja realizado em conjunto.

Nesse sentido, a articulação entre a gestão local e o tutor é fundamental para a implementação da EAAB e algumas questões devem ser consideradas, tais como:

1. Pactuação da(s) UBS que ficarão sob a responsabilidade do tutor;

2. Definição da carga horária de trabalho do tutor considerando a oficina de trabalho na UBS, as atividades complementares e a articulação da rede;

3. Sensibilização e envolvimento dos diferentes gestores: secretário municipal de saúde, departamento/gerência de atenção básica municipal, coordenações/referências de alimentação e nutrição e/ou saúde da criança municipais, gerentes das UBS, entre outros.

---

[8] A configuração da articulação entre tutor e gestão local poderá se dar de diversas formas, a depender da estrutura organizacional, o importante é garantir a continuidade do processo.

[9] Apêndice F e L do Manual de Implementação.

4. Sensibilização e envolvimento de atores sociais (representantes da comunidade/líderes locais, conselhos locais, organizações não governamentais).

5. Reuniões periódicas para discussão e acompanhamento do processo de implementação.

6. É desejável que a implementação da EAAB seja parte de um processo de educação permanente, no qual o tutor e a equipe poderão identificar as necessidades de processos formativos encaminhando essas demandas à gerência da UBS e a gestão local da EAAB.

2.2. O tutor e o apoio às equipes das UBS na implementação da EAAB

Diante do plano de ação pactuado junto à gestão local, a próxima etapa será a organização e realização de Oficinas de Trabalho na UBS, considerando que podem existir dois cenários: o primeiro, quando a UBS precisará realizar a Oficina de Trabalho, e o segundo, quando a UBS já realizou a Oficina de Trabalho (durante a formação de tutores). Nesse segundo cenário, o tutor juntamente com a equipe irá avaliar a necessidade da realização de outra oficina de trabalho ou se precisarão apenas de atividades complementares.

É importante que o tutor tenha uma atuação ativa na organização e coordenação das Oficinas de Trabalho na UBS e que elas sejam realizadas em número suficiente para envolver toda a equipe. As Oficinas de Trabalho nas UBS têm a duração de 4h e ocorrem na própria UBS ou em locais próximos. O **item 5.2 do Manual de Implementação** contém as orientações detalhadas para a organização da Oficina de Trabalho na UBS.

Independente do cenário, após a Oficina de Trabalho o tutor iniciará o acompanhamento e apoio à equipe da UBS para dar continuidade ao processo de implementação da EAAB. Visando esse acompanhamento este Manual traz propostas de atividades complementares para o tutor realizar junto às equipes de saúde (conteúdo do item 3 deste Manual).

2.3. O tutor e o monitoramento do processo de implementação da EAAB

O monitoramento da implementação da EAAB será realizado por dois sistemas. Um deles, é o ***Sistema de Gerenciamento da EAAB, que*** tem como objetivo acompanhar a implementação da estratégia em nível local e nacional, por essa razão é fundamental que as informações relativas a Oficina de Trabalho, execução das ações do plano de ação bem como as atividades complementares realizadas sejam inseridas nesse sistema. O outro, é o ***Sistema de Informação da Atenção Básica vigente*** que tem por objetivo o monitoramento dos marcadores de consumo alimentar da população infantil ou a Vigilância Alimentar e Nutricional (por exemplo: prevalência de aleitamento materno, prevalência de consumo de frutas, legumes e verduras, etc.). Para saber qual e como acessar o Sistema de Informação da Atenção Básica acesse http://dab.saude.gov.br/portaldab/.

Para saber mais: Consulte Manual de implementação da EAAB item 4.5.

Nos espaços de reunião com a coordenação municipal da EAAB, o tutor pode apresentar periodicamente os indicadores de alimentação infantil com objetivo de difundir os resultados da EAAB e valorizar o trabalho realizado pela equipe. Esses dados podem contribuir para a identificação de necessidades, bem como as potencialidades da rede de serviços visando a organização e fortalecimento do fluxo de atendimento na UBS e do processo de trabalho.

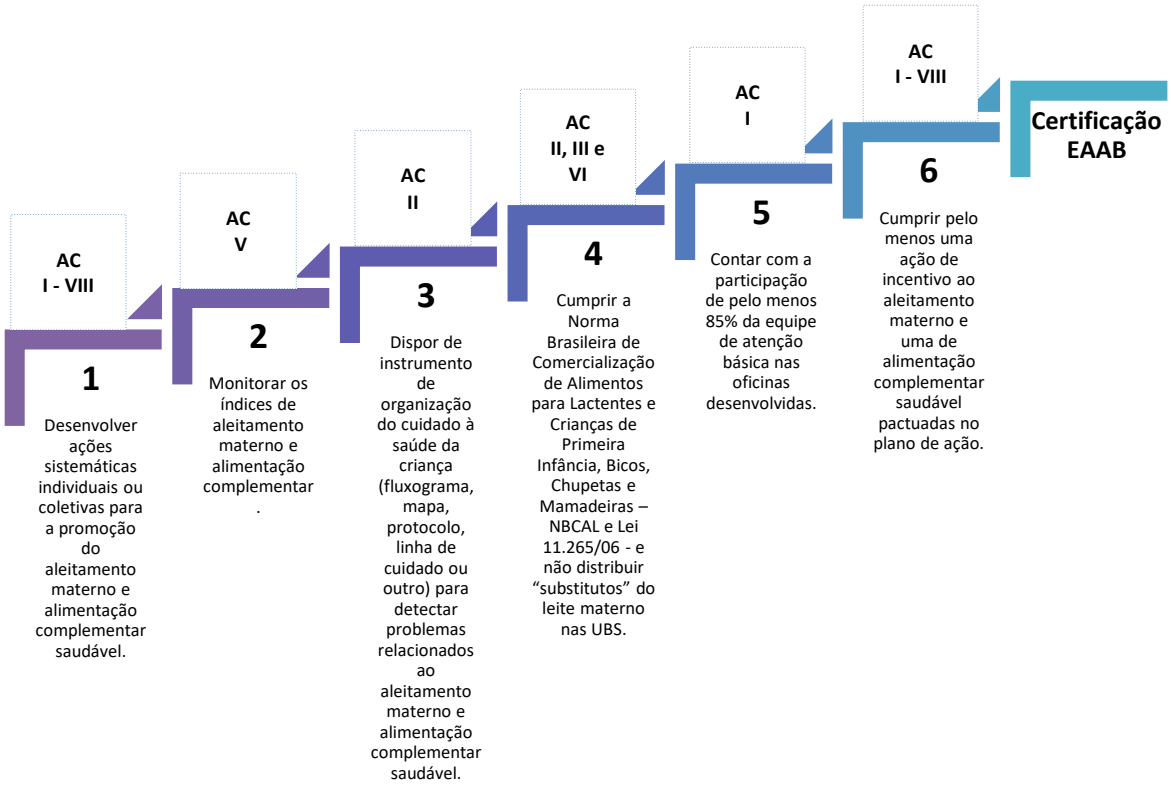
Para maiores informações e orientações sobre a inserção de dados para o monitoramento da EAAB no ***Sistema de Gerenciamento*** consulte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php.

2.4. O tutor e a certificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na EAAB

As atividades complementares descritas nesse manual foram elaboradas com vistas a apoiar o processo de certificação da UBS na EAAB. A certificação trata-se de uma etapa de reconhecimento e valorização para as equipes que se

empenharam no cumprimento dos critérios e será o indicativo utilizado pelo Ministério da Saúde para identificar quais equipes estão avançando no aprimoramento de sua prática nas ações de alimentação infantil. Dessa forma, o cumprimento dos critérios deve acontecer dentro de um processo contínuo que a longo prazo resultarão em mudança nos indicadores.

Na figura abaixo se apresenta resumidamente os critérios de certificação e a respectiva atividade complementar relacionada ao cumprimento do mesmo.



Para saber mais: Os critérios para certificação estão detalhados no Anexo 1.

Para fins de certificação, é importante que seja realizado o registro das atividades complementares por meio de lista de presença, fotos, outros materiais utilizados ou elaborados na atividade complementar.

A solicitação de certificação da UBS poderá ser realizada pelo tutor ou pela

equipe/UBS através do sistema de solicitação de certificação vigente, continuamente ao longo do ano (consultar: www.saude.gov.br). O processo de certificação envolverá o envio de todos os documentos relativos à certificação que constam no Manual de Implementação/Nota técnica vigente.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 1. ed. rev., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

ANEXO 1

Anexo 1 - Critérios de certificação para a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas Unidades Básicas de Saúde **– Ministério da Saúde, 2016.**

Critério de Certificação	Instrumento de Avaliação	Como proceder
Para cada equipe de atenção básica (seja ela de unidade tradicional, unidade saúde da família, ou outros tipos), é necessário fazer uma solicitação. Ex.: Unidade X possui quatro equipes saúde da família. O tutor deverá fazer uma solicitação para cada equipe, isso significa que o tutor fará quatro solicitações de certificação.		
1. Desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.	Sistema de solicitação de certificação vigente	As ações desenvolvidas pela equipe/UBS sejam elas individuais ou coletivas, devem ser registradas através de fotos, listas de presença, ata de reunião e outros documentos. Esse registro pode ser realizado pelo tutor e pela equipe da atenção básica. **Para a certificação**: o tutor deverá dizer se a equipe de atenção básica desenvolveu ações individuais ou coletivas nos últimos três meses; descrever as ações realizadas pela equipe; apresentar os documentos comprobatórios (fotos ou outros documentos que comprovem as ações realizadas) no Sistema de solicitação de certificação vigente. Será levado em consideração as ações realizadas nos últimos três meses, a contar da data de solicitação de certificação.
2. Monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar.	Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.	A equipe da atenção básica precisa fazer o registro dos indicadores de consumo alimentar das crianças atendidas. Esses indicadores permitem que a equipe faça uma avaliação de como se encontra o hábito alimentar das crianças atendidas, bem como podem direcionar suas ações para grupos mais vulneráveis. Esse registro deve ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica Vigente local ou nacional **Para a certificação**: O tutor deverá confirmar no Sistema de solicitação de certificação vigente que o monitoramento dos indicadores está sendo realizado; dizer como é realizado e os instrumentos utilizados. Serão considerados os 3 últimos meses consecutivos a contar da data da solicitação da certificação. A comprovação desta informação será realizada por meio do Sistema da Atenção Básica vigente (podendo ser sistema próprio do município ou estado – sendo comprovado pelo envio dos relatórios dos formulários utilizados; e-SUS, SISVAN, dentre outros).
3. Dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro)	Sistema de solicitação de certificação vigente	A equipe da atenção básica, juntamente com o tutor, precisa organizar o cuidado à saúde da criança, de forma que a demanda programada e espontânea seja contemplada e seus devidos

para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável.		encaminhamentos, conforme a capacidade da equipe/UBS. Para isso é importante dispor de um instrumento documentado que apresente essa organização do cuidado à saúde da criança. **Para certificação**: o tutor deverá dizer se a UBS e/ou equipe dispõem de instrumentos de organização do cuidado à saúde da criança; e inserir os documentos comprobatórios desse instrumento (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) no Sistema de solicitação de certificação vigente.
4. Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL e Lei 11.265/06 - e não distribuir "substitutos" do leite materno nas UBS.	Sistema de solicitação de certificação vigente	A equipe da atenção básica precisa cumprir o que estabelece a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL, aLei 11.265/06 e seu respectivo Decreto nº 8552/15, além disso, não pode haver distribuição de leites ou fórmulas infantis na UBS, salvo exceções estabelecidas por Lei, Portaria ou Decreto que visem atender situações especiais, como é o caso de crianças filhas de mães HIV positivo. **Para certificação**: O tutor irá dizer se a UBS cumpre a NBCAL, a Lei nº 11.265/2006 e o Decreto nº 8552/15 e que a mesma não distribui "substitutos" do leite materno; e inserir um ofício informando o cumprimento do critério (assinado e carimbado pelo gestor da UBS). Caso a equipe/UBS faça parte de algum município ou estado que se encaixe na exceção descrita no modelo de ofício disponível nos meios de divulgação do processo da certificação (sites, nota técnica, e-mail); deverá apresentar também os documentos que comprovem (lei, decreto, portaria) a necessidade e fluxo de distribuição pela UBS.
5. Contar com a participação de pelo menos 85% da equipe de atenção básica nas oficinas desenvolvidas.	Sistema de Gerenciamento da Estratégia	Os profissionais da equipe da atenção básica precisam participar das Oficinas de Trabalho desenvolvidas sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. O total de profissionais participantes deve atingir no mínimo 85% do total de profissionais da equipe/UBS. Diante da rotatividade dos profissionais da equipe/UBS, faz-se necessária a realização de uma nova oficina, a fim de que todos se qualifiquem quanto à temática. Caso seja desenvolvida mais de uma oficina de trabalho, será considerada, para avaliação deste critério, a última realizada nos três meses. É importante que todas as atividades tenham uma lista de presença para que o tutor colete as informações necessárias (nome, categoria profissional) para inserir no Sistema de Gerenciamento da Estratégia. **Para certificação**: o tutor irá dizer se houve a participação de pelo menos 85% da equipe da atenção básica. A comprovação da informação será realizada por meio do Sistema de Gerenciamento da Estratégia (cabe ao tutor inserir a informação no sistema, que calcula

		automaticamente o percentual de profissionais envolvidos na oficina).
6. Cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação.	Sistema de solicitação de certificação vigente	A equipe/UBS deve desenvolver um plano de ação que contemple todas as atividades que serão executadas pela equipe/UBS para incentivar o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável. Dentre essas ações, pelo menos uma de incentivo ao aleitamento materno e outra de incentivo a alimentação complementar deve estar sendo executada. É importante que o tutor registre essas ações através de listas de presença, fotos, folders e outros que possam servir de documento comprobatório que a ação está sendo realizada. **Para a certificação**: o tutor irá dizer se a equipe da atenção básica cumpriu pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuada no plano de ação; descrever a ação realizada pela equipe; inserir no Sistema de solicitação de certificação vigente os documentos comprobatórios (fotos, lista de presença, ata de reunião e outros). **Observações:** As ações devem estar sendo desenvolvidas a pelo menos três meses a contar da data de solicitação de certificação pelo sistema.
Fonte: Ministério da Saúde, 2016		

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

3.1. Planejando e organizando as atividades complementares

Entendendo que apenas a oficina de trabalho na UBS não é suficiente para atender às demandas dos profissionais de saúde, esse tópico traz informações e sugestões de como o tutor pode apoiar as equipes na implementação da EAAB, por meio da realização de atividades complementares disparadoras do processo de formação e reflexão quanto ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

Existem evidências de que a forma de atuação do tutor, periodicidade de atividades e o vínculo que ele estabelece com a equipe estão associados a mudanças positivas nos indicadores de alimentação infantil (VENANCIO et al., 2013).

A frequência e periodicidade da realização das atividades complementares devem ser pactuadas entre a equipe e o tutor. Recomenda-se a periodicidade mínima de uma vez por mês até a certificação ou cumprimento do plano de trabalho estabelecido. Após a certificação, a periodicidade pode ser repactuada.

OBS: *para realização das atividades complementares o tutor pode aproveitar momentos em que a equipe já está reunida (reunião de equipe, reunião técnica, etc.).*

Considerando as diversas formas de organização da Atenção Básica em cada município/região, seguem algumas sugestões para a realização das atividades:

1. Recomenda-se que as atividades complementares tenham no máximo 30 participantes.

2. De acordo com o tema da atividade complementar o tutor juntamente com o gestor da UBS pode definir as categorias e indicar os profissionais que participarão. Recomenda-se que nas atividades relacionadas ao *plano de ação* (AC I) e ao *processo de trabalho* (AC II) além da equipe técnica envolvida no cuidado materno-

infantil participem também profissionais-chaves de cada setor/equipe, gestor da UBS e profissionais administrativos.

3. Na UBS tradicional, o critério de seleção dos profissionais para participação da atividade complementar pode ser atuar diretamente na assistência à criança menor de dois anos.

4. Na UBS com equipes de Saúde da Família ou UBS mista (tradicional e com Saúde da Família), caso ultrapasse o número máximo de participantes por atividade complementar, a sugestão é que se trabalhe com as equipes separadamente ou forme turmas de até 30 profissionais.

5. Recomenda-se que 85% dos profissionais previamente indicados participem da atividade complementar.

6. O registro das atividades pode ser realizado por meio de lista de presença, ata, relatório, fotos, outros materiais utilizados ou elaborados na atividade.

3.2. Temáticas e sequência das atividades complementares

As sugestões de temáticas para as atividades complementares estão apresentadas no quadro abaixo.

Quadro – Sugestões de temáticas para as atividades complementares:

Atividade Complementar I	Plano de ação: pactuação e definição do plano de trabalho
Atividade Complementar II	Processo de trabalho e instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil (2 encontros)
Atividade Complementar III	Manejo Clínico do Aleitamento Materno na Atenção Básica
Atividade Complementar IV	Alimentação Complementar Saudável na Atenção Básica
Atividade Complementar V	Vigilância Alimentar e Nutricional, SISVAN e Sistema de Informação da Atenção Básica vigente
Atividade Complementar VI	Proteção Legal da Alimentação Infantil
Atividade Complementar VII	Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA)
Atividade Complementar VIII	Formação de Grupos e Aconselhamento em Alimentação Infantil na Atenção Básica

A **atividade complementar I** tem como objetivo revisar/aprofundar o plano de ação e o estabelecimento de um cronograma de trabalho entre o tutor e a equipe a partir das necessidades identificadas. O tutor deve problematizar com a equipe se as ações do plano de ação terão a capacidade de melhorar os indicadores e atingir a certificação da EAAB.

A **atividade complementar II** está relacionada ao processo de trabalho das equipes e visa à construção de um instrumento de organização da atenção à criança e sua família na promoção da Amamentação e Alimentação Complementar. Devido a sua complexidade, sugere-se que seja realizada em dois encontros.

As **atividades complementares III e IV** estão relacionadas à formação dos profissionais da saúde, uma vez que se considera essencial o aprofundamento teórico/prático sobre o manejo do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável. Sugere-se que esses temas sejam abordados com todas as equipes, mesmo para aquelas que se auto avaliem com bom nível de conhecimento.

A **atividade complementar V** está relacionada aos sistemas de monitoramento dos indicadores de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. A **atividade complementar VI** aborda a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras como ferramenta para a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno. Nas **atividades complementares VII e VIII** foram desenvolvidas temáticas para aprimorar ações emergentes no manejo da amamentação e alimentação infantil.

As seis primeiras atividades complementares englobam aspectos fundamentais para que a equipe seja fortalecida para a certificação na EAAB. Essa proposta de sequência dos temas foi realizada de acordo com as necessidades observadas em algumas Unidades e Equipes durante o processo de implantação da EAAB no Brasil. Recomenda-se que a primeira atividade complementar seja o aprofundamento ou a elaboração do plano de ação e a pactuação de um

cronograma de trabalho com foco no cumprimento dos critérios de certificação. No entanto, apesar das atividades complementares terem sido planejadas de maneira que a temática da atividade I traga bases teóricas e práticas para a atividade II e assim subsequentemente com os demais, não existe a necessidade ou obrigação que essa ordem seja seguida.

3.3. Realizando as atividades complementares

O papel do tutor deve ser de facilitador do processo de aprendizado, funcionando como apoio à equipe, ou seja, a postura deve ser a de aprender junto, valorizando os conhecimentos prévios da equipe e facilitando a construção de novas práticas por meio da escuta e ressignificação dos processos de trabalho.

A proposta não é que o tutor seja fiscal da EAAB e não necessariamente precisa ser "expert" em todos os temas que serão trabalhados com a equipe, podendo, inclusive, convidar outro profissional que tenha mais expertise em determinada temática para ajudá-lo a conduzir uma atividade complementar.

Atenção tutor:

Seu papel é garantir a continuidade do processo de implementação conduzindo a equipe para certificação. Os princípios que regem esse acompanhamento são: periodicidade/regularidade, respeito às necessidades da equipe e flexibilidade no tempo de acompanhamento longitudinal.

Mantenha o seu Manual com você e use-o sempre que preciso. Você não precisa saber de cor todo o conteúdo. Assim, use o roteiro de cada atividade complementar para conduzi-la de maneira mais natural possível.

NÃO SE ESQUEÇA:

Antes que você comece uma atividade complementar

- ✓ Conheça o conteúdo dos materiais e bibliografia de apoio sugeridas em cada atividade.
- ✓ Conheça as metodologias propostas para cada etapa que compõe a atividade complementar.
- ✓ Reúna os materiais que você utilizará na atividade complementar listados na preparação pré-oficina.

Quando você estiver conduzindo uma atividade

- ✓ Explique os objetivos e os conteúdos cuidadosamente.
- ✓ Estimule o relacionamento (p.ex: chamando os participantes pelo nome; estimulando a participação de todos).
- ✓ Esteja disponível para responder as eventuais dúvidas (pactue como será a dinâmica para responder as perguntas: durante ou após o término de cada atividade).
- ✓ Tenha cuidado com expressões faciais ou comentários que possam fazer os participantes sentirem-se expostos.
- ✓ Sente ou abaixe-se para ficar no mesmo nível de quem você estiver conversando.
- ✓ Mostre interesse no que os participantes dizem. Por exemplo: "Esta é uma boa questão/sugestão".

Os capítulos a seguir contêm o roteiro de como conduzir cada atividade complementar.

4. ATIVIDADE COMPLEMENTAR I - Plano de Ação: pactuação e definição de plano de trabalho

Tempo: 2h00 – 2h30

Objetivo:

- Apoiar a equipe de saúde na elaboração do plano de ação da UBS e estabelecer um cronograma de trabalho a partir das necessidades da equipe.

Lembrar que o plano de ação deve ter como foco a melhoria das práticas de alimentação infantil e o alcance dos critérios de certificação na EAAB.

Preparação pré-oficina:

- Resgatar o relatório da primeira Oficina de Trabalho, onde constam as propostas que a equipe levantou para o fortalecimento das ações de amamentação e alimentação complementar;
- Solicitar dados da equipe/UBS sobre número de gestantes acompanhadas/mês, número de crianças menores de 2 anos, porcentagens/prevalência de amamentação e/ou amamentação exclusiva, crianças desnutridas e outros dados que o tutor ou a equipe julgar pertinente para o planejamento do acompanhamento;
- Organizar material de apoio à atividade;
- Organizar bibliografia de apoio:
  - Manual de implementação da EAAB

Materiais necessários:

- Papel sulfite, Canetas.

Esquema da atividade:

1. Introdução: apresentar o objetivo da atividade e da proposta de acompanhamento do tutor (10min).
2. Apresentar os instrumentos para elaboração do Plano de Ação e discutir as propostas da equipe (90-120min).
3. Pactuação das próximas atividades complementares (10min).
4. Fechamento (10min).

1. Introdução (10min)

Metodologia

Apresentar o objetivo da atividade aos participantes. Em seguida, tentar captar as impressões da equipe sobre a oficina de trabalho e sua motivação para dar continuidade ao processo de implementação da EAAB.

O Manual de Implementação da EAAB traz a recomendação para que o tutor apoie a equipe de saúde na elaboração, no desenvolvimento e na execução de um plano de ação após a realização da Oficina na UBS

2. Apresentação e discussão dos instrumentos para elaboração do Plano de Ação (90-120min)

Metodologia

Apresentar os três instrumentos que serão utilizados nessa atividade:

1ª *etapa: Quadro síntese das ações já desenvolvidas pela equipe e ações que poderiam ser implementadas (Apêndice A);*

2ª etapa: Mapeamento do território (Apêndice B);

3ª etapa: Plano de Ação (Apêndice C).

Recomenda-se, se possível, que para a realização das etapas os participantes sejam organizados em grupos de 5, permitindo uma participação efetiva de cada

um. Não se esqueça de reservar um momento para consolidar as propostas.

1ª etapa - *Quadro síntese das ações já desenvolvidas pela equipe e ações que poderiam ser implementadas (30-45min)*

Para preenchimento do *Quadro* o tutor deve eleger um voluntário que irá sistematizar no instrumento as ideias e sugestões que surgirem com as perguntas disparadoras apresentadas a seguir.

Tutor não se esqueça de guardar o quadro síntese das ações para que ele possa ser utilizado na atividade complementar II sobre processo de trabalho.

É interessante resgatar o relatório da Oficina de Trabalho o qual retrata o que a equipe já discutiu e pontuou sobre isso. Além disso, sugere-se que o tutor incentive a equipe a pensar nos diferentes momentos de contato com a mulher (na gestação, puerpério e puericultura) e nos dados levantados previamente pela equipe/UBS, colocando as seguintes reflexões:

- **Estamos aproveitando a oportunidade do pré-natal para incentivar a amamentação? Como? O que podemos melhorar?**
- **Estamos aproveitando a oportunidade da consulta de puerpério para incentivar a amamentação? Como? O que podemos melhorar?**
- **Estamos aproveitando a oportunidade da puericultura para incentivar a amamentação? E a alimentação complementar saudável? Como? O que podemos melhorar?**

2ª etapa – *Mapeamento do território: iniciando ou fortalecendo parcerias e relações de cooperação (30min)*

Dividir os participantes por equipe (território adstrito) ou em grupos de no máximo 10 pessoas. Com o plano de ação em mãos, solicitar que cada grupo analise as parcerias e os contatos com a rede de atenção necessários: *Quem são os possíveis parceiros? Quem já é parceiro? Quem não é? Já tentou? Responsável pelo contato e Prazo. Qual a rede de atenção existente para atendimento em alimentação infantil*

(Banco de Leite Humano, Hospitais, Ambulatórios especializados, Centro Reabilitação Nutricional, etc.). Utilize o formulário no Apêndice B.

Lembrar à equipe de que ideia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência, enfim, de cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção.

***3ª*etapa –** *Preenchimento do Plano de Ação da UBS (30-45min)*

Após a identificação das ações que a equipe se propõe a implementar, sugere-se o preenchimento do instrumento Plano de Ação no qual para cada AÇÃO serão definidos: o PRAZO para implantação; os RESPONSÁVEIS pela implantação da ação e o(s) PARCEIRO(S) que apoiarão a implantação da ação, se for pertinente.

É importante enfatizar para a equipe que:

- A definição de AÇÕES deve considerar as questões que estejam sob sua governabilidade, ou seja, ações que sejam viáveis para o contexto da UBS e com possibilidade de implantação (exemplos: iniciar orientação sobre AM em grupos de gestantes e puérperas; incluir rotineiramente o exame das mamas nas consultas de pré-natal e orientações sobre o aleitamento materno; realizar visita domiciliar na primeira semana de vida; realizar grupos no sexto mês de vida para orientações sobre a introdução da alimentação complementar; realização de oficinas de culinária na UBS, etc)
- Outras ações, que não estejam na governabilidade da equipe (por exemplo, reforma/ampliação da UBS com sala para realização de grupos de apoio à amamentação e alimentação complementar) poderão ser apontadas para que o tutor, juntamente com o gerente da UBS, apresente e discuta essas demandas com a gestão municipal.
- É necessário que o plano de ação contemple ações voltadas à promoção da amamentação e da alimentação complementar saudável.

3. Pactuação das próximas Atividades Complementares (10min)

Metodologia

O momento final desta atividade é destinado à discussão dos temas que serão discutidos nos próximos encontros com o tutor. Para ajudar essa definição sugere-se partir de uma avaliação da Oficina de trabalho:

- **O que acharam da Oficina? Que aspectos técnicos e de manejo clínico foram discutidos na Oficina e precisam ser aprofundados?**
- **Para efetivar as ações planejadas quais seriam as necessidades de formação profissional e reorganização das práticas/protocolos?**

Esclarecer que no próximo encontro o tema da discussão será o PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE. Apresentar os demais temas e solicitar que a equipe defina a sequência de discussões.

IMPORTANTE: recomenda-se que os temas Vigilância Alimentar e Nutricional/ SISVAN e Sistemas de Informação da Atenção Básica; Manejo da Amamentação e da Alimentação Complementar Saudável na Atenção Básica sejam priorizados nos encontros iniciais com as equipes, por serem fundamentais no contexto de implementação da EAAB e obtenção da certificação junto ao Ministério da Saúde.

4. Fechamento (10min)

Metodologia

Sugere-se que o tutor verifique com a equipe se existe alguma dúvida. O tutor pode checar as perguntas e respostas sobre o tema em questão. Caso exista alguma questão que não consiga ser respondida imediatamente, o tutor e a equipe podem consultar nas referências/cadernos de Atenção Básica ou se for mais específico da implementação da EAAB pode também consultar a gestão municipal, estadual ou federal da Estratégia.

Perguntas e respostas

Por que é necessário realizar um plano de ação?

O plano de ação é um instrumento importante para definir quais são as propostas da equipe para fortalecer o trabalho de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar.

A UBS precisa elaborar o plano de ação para ser certificada na EAAB?

Sim, para certificação da UBS na EAAB é necessário elaborar e cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas.

No que consiste o processo de pactuação das ações?

Pactuar significa que há um comprometimento de toda a equipe para a implementação das ações incluídas no plano. Ou seja, o plano deve ser construído coletivamente, apontando ações que a equipe considera importantes e possíveis de serem implementadas.

Há um prazo máximo para a implementação das ações?

Não. Algumas ações poderão ser implementadas no curto prazo, outras no médio prazo e outras demorarão mais para serem consolidadas. Porém, é importante lembrar que, se pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas não forem implementadas, a UBS não será certificada na EAAB.

Como definir o responsável pela ação?

É desejável que o responsável pela ação seja alguém da equipe com condições de coordenar os esforços para que a ação seja cumprida e não necessariamente será o único responsável pelo cumprimento da mesma.

Que tipo de parceiro pode ser indicado no plano de ação?

Os parceiros serão, em geral, externos à equipe. Por exemplo, se uma ação envolve uma mobilização da comunidade para divulgar a importância da amamentação, as escolas e associações de bairro e outras secretarias poderão ser envolvidas. Se uma ação envolve promover a amamentação nas creches, elas serão as parceiras na implementação da ação.

Referências

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 1. ed. rev., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Apêndice A

Quadro síntese das ações já desenvolvidas pela equipe e ações que poderiam ser implementadas

Ações que já realizamos que favorecem a amamentação	***Ações que podemos realizar para favorecer a amamentação***
Ações que já realizamos que favorecem a alimentação complementar saudável	***Ações que podemos realizar para favorecer a alimentação complementar saudável***

Apêndice B

Formulário para mapeamento de parcerias na rede de atenção e outras redes de colaboração

Parcerias	Objetivo	Responsável pelo contato	Endereço e telefone	Prazo para estabelecer a parceria (no caso de novas parcerias)
Rede de Atenção (serviços de emergências e /ou atendimentos especializados)	Qual situação encaminhar?	Formas de agendamento?	Endereço e telefone	Prazo para estabelecer o contato

Apêndice C

Plano de ação

AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL	PARCEIRO

5. ATIVIDADE COMPLEMENTAR II - Processo de trabalho e instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil

Tempo: Dois encontros de 1h30, totalizando 3h. Sugere-se que os encontros sejam realizados em datas próximas, a fim de facilitar a construção do instrumento e manter a motivação da equipe em torno da discussão.

Objetivos:

- Discutir a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar no contexto do processo de trabalho da UBS;
- Estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção e instituições parceiras em alimentação infantil;
- Definir e construir um instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil (linha de cuidado, protocolo, mapa ou fluxo de atenção à criança e sua família) por meio da identificação de dispositivos de intervenção e protocolos locais de acolhimento, atendimento e promoção da amamentação e alimentação complementar.

Preparação pré-oficina:

- Resgatar o quadro síntese, das ações já desenvolvidas pela equipe e ações que poderiam ser implementadas, preenchido na atividade complementar I.
- Solicitar a versão final do plano de ação construído na atividade complementar I.
- Organizar bibliografia de apoio:
    - Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (Cap. 6 - Componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno).

Materiais necessários:

- Flipchart ou cartolina, canetas coloridas (tipo pincel atômico) e Papel sulfite.

Esquema da atividade:

1º encontro:

1. Introdução (20min).
2. Complexidade do trabalho na Atenção Básica: dispositivos de intervenção em Aleitamento Materno e Alimentação Complementar e processo de trabalho (60min).
3. Fechamento (10min).

2º encontro:

1. Introdução (20min).
2. Construção do instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil (linha de cuidado, protocolo, mapa ou fluxo de atenção à criança e sua família) que contemple o manejo clínico, emergências e promoção da amamentação e alimentação complementar (60min).
3. Fechamento (10min).

1º encontro:

1. Introdução (20min)

Metodologia

Explicar o objetivo desta atividade aos participantes e que devido à complexidade da temática a AC será dividida em dois encontros, dessa forma, é fundamental a participação dos profissionais em ambos os encontros.

Pactuar com o grupo que o produto final desta atividade complementar será a construção de um instrumento de organização do cuidado em alimentação infantil (linha de cuidado, fluxograma, protocolo ou outro) de acordo com a realidade local. Usar o Apêndice D para mostrar exemplos do produto final esperado.

Explique que para isso, é necessário que a equipe consiga mapear a complexidade do processo de trabalho envolvida no atendimento da amamentação e alimentação complementar no seu cotidiano.

2. Complexidade do trabalho na Atenção Básica (60min)

Metodologia

1ª etapa (10min): *Tecendo a complexidade das práticas de amamentação e de alimentação complementar na Atenção Básica.*

A 1ª etapa tem como foco a reflexão sobre os fatores que influenciam as práticas de amamentação e de alimentação complementar na área de abrangência da equipe/UBS, destacando quatro eixos – Abordagem dos profissionais de saúde, Aspectos Biológico, Cultural e Social.

Retomar com a equipe quais foram suas impressões ao realizarem a *Atividade 4 – Dramatização de Situação-Problema Sobre Aleitamento Materno e Alimentação Complementar* na Oficina de trabalho - **Manual de Implementação da EAAB página 72.**

Em uma roda de conversa, revisite com os participantes os pontos relevantes relacionados pela equipe nos eixos: Abordagem, Biológico, Cultural e Social[10]; que influenciam no processo da amamentação e da alimentação complementar. Enfatize nessa etapa a **complexidade do acompanhamento** das práticas de amamentação e alimentação complementar na Atenção Básica e reflita com os participantes se o serviço da UBS/equipe tem dado conta desses aspectos.

[10] OBS: o eixo Processo de Trabalho será trabalhado na etapa 2 desta atividade complementar

Complexidade do Acompanhamento das práticas de alimentação infantil na Atenção Básica

Abordagem dos profissionais de saúde

- Escuta qualificada e intervenção adequada
- Acolhimento e Aconselhamento (Apoio técnico e emocional)
- Sensibilização da mãe/família sobre os riscos à saúde de práticas inadequadas da alimentação infantil
- Trabalho com mães e Famílias
- Maior disponibilidade de acolhimento das mães com queixa sobre a saúde/ desenvolvimento/aleitamento materno

Biológico

- Dificuldades e mitos sobre amamentação
- Cuidados hospitalares e Intercorrências clinicas
- Nutrição e ganho de peso
- Queixas

Cultural

- Fatores culturais relacionados a amamentação e a alimentação
- Desenvolvimento da capacidade de mães e famílias em acalmar o bebê
- Fortalecimento da segurança materna na amamentação e no cuidado
- Inclusão da dinâmica da família: crenças culturais e outros familiares

Social

- Aspectos psico-sociais e emocionais
- Conceito de família ampliada
- Comunidade
- Valorização e incentivo à formação de redes sociais de apoio entre os membros da comunidade desde o pré-natal/gestação
- Aumentar vínculo → estreitar relação de confiança entre família e UBS

2ª etapa (50min): *Eixos do Cuidado e dispositivos de intervenção na Atenção Básica.*

A 2ª etapa tem como foco discutir o processo de trabalho e os dispositivos de intervenção para amamentação e alimentação complementar. O produto desta etapa será utilizado na elaboração do instrumento de organização da atenção à alimentação infantil, a ser construído no 2º encontro desta AC, assim como irá mostrar caminhos para solucionar entraves no processo de trabalho. Assim, sugere-se que o tutor eleja previamente uma pessoa para registrar todas as propostas levantadas.

A equipe deverá definir quais serão os eixos de ação do instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil, ou seja, quais são os principais caminhos que seguirão para alcançar a melhoria dos indicadores de amamentação e alimentação complementar. Com a ajuda de um voluntário numa folha de flipchart ou cartolina solicite aos participantes que listem q*uais seriam os principais* ***eixos*** do instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil ***em aleitamento materno e alimentação complementar.*** Divida a folha em colunas, vide exemplo no Apêndice E, uma coluna para cada eixo de ação definido pela equipe/UBS e uma coluna para listar os entraves do processo de trabalho que poderão se deparar no seguimento da atenção às práticas de alimentação infantil para crianças e suas famílias. Para o preenchimento de cada coluna (eixo de ação), os participantes irão listar *os* ***dispositivos de intervenção*** *que se aplicam a* cada eixo, o tutor poderá sugerir que utilizem o *Quadro síntese (preenchido na Atividade Complementar I*) para ajudá-los no preenchimento.

Os eixos de ação serão os pilares da linha de cuidado em alimentação infantil. Os eixos devem englobar todo ciclo de vida que envolve essas práticas, ou seja, dos 0 aos 24 meses. Considere ao menos esses eixos de ação:

1. Gestação/pré-natal - 2. Amamentação exclusiva - 3. Introdução alimentar e Alimentação saudável - 4.Vigilância Alimentar e Nutricional

Dispositivos de intervenção: referem-se a todo e qualquer mecanismo, ação e/ou atividade utilizados pela equipe de saúde para realizar uma intervenção individual ou coletivamente.

Exemplos de dispositivos de intervenção e ações que podem ser executados

- ✓ Reunião de equipe
- ✓ Consulta
- ✓ Rede de apoio
- ✓ Acolhimento
- ✓ Visitas Domiciliares/ Consultas Domiciliares.
- ✓ Grupos de orientação e apoio
- ✓ Educação Continuada.
- ✓ Redes de encaminhamento

Após o preenchimento de cada coluna com as ações listadas na atividade complementar I, reflita com a equipe: *Qual linha de ação precisa ser fortalecida? Quais os dispositivos de intervenção são necessários para esse fortalecimento? Estão listadas no plano de ação? Quais entraves do processo de trabalho poderiam dificultar ou impedir que essas ações acontecessem?*

Tutor, indique aos participantes que esse exercício é muito importante, pois é uma etapa para ajudá-los a construir o instrumento de organização da atenção em alimentação infantil (atividade final).

Durante a listagem dos entraves relacionados ao processo de trabalho:

- ✓ Estimule os profissionais a participarem;
- ✓ Peça para contar o que fazem quando chega uma mãe com dor para amamentar ou uma criança de 8 meses com alimentação inadequada e quais dificuldades se deparam quando surgem essas situações;
- ✓ Deixar que os participantes falem e os estimule a isso, sempre de maneira propositiva. Mesmo que alguma situação desconfortável aconteça, faça-se empático com o grupo e coloque-se na posição de ajudar a refletir e achar saídas, contudo haverá situações que exigirão soluções a partir da gestão local ou regional e essas demandas você poderá sinalizar ao gestor competente para que se busquem saídas; mas ouvir a equipe já será uma maneira de pensar soluções.
- ✓ Se necessário, retome questões relacionadas à complexidade do acompanhamento discutidas na etapa 1 e também na atividade 4 da Oficina de Trabalho.

Após a listagem dos entraves do processo de trabalho classifique os mesmos de acordo com sua "natureza": **formação profissional (F), organização do processo de trabalho (T) e gestão (G). Para esta classificação escreva na frente de cada entrave as respectivas iniciais.** Para iniciar a reflexão sobre como superar os entraves use a pergunta disparadora: *O que de imediato, internamente na equipe/UBS, já podemos buscar de soluções?*

Sinalize para a equipe que existem entraves que eles próprios podem resolver.

Formação profissional. Exemplo: Necessidade de alinhamento dos profissionais em relação às condutas de alimentação complementar. Possíveis caminhos: atividade complementar sobre alimentação complementar, discussão de casos, grupo de estudos, etc.

Organização do processo de trabalho. Exemplo: 1) Falta de RH para atendimento em emergências de amamentação. Possíveis caminhos: definição de um fluxo de atendimento e responsável por essa tarefa. 2) Falta de espaço para realizar um grupo. Possíveis caminhos: encontrar parceiros que tenham espaço

para essa atividade. Parceiros: salão de uma igreja, casa de algum cadastrado com um quintal grande, etc.

Gestão: as questões classificadas neste item podem ser deliberadas de duas maneiras: 1) o que a equipe tem autonomia para gerir internamente e buscar saídas criativas; 2) gestão setorial (serviço, municipal, estadual) levar propostas e não queixas até essas instâncias.

3. Fechamento (10min)

Conduza o fechamento da atividade deixando a mensagem de que a ideia central aqui é refletir sobre os entraves no processo de trabalho, sejam eles ligados a formação dos profissionais, organização do processo de trabalho e gestão dos serviços e buscar saídas para aprimorar a assistência.

2º encontro:

1. Introdução (20min)

Metodologia

Explicar o objetivo desta atividade aos participantes.

Pactuar com o grupo que o produto final desta atividade complementar será a construção de um instrumento de organização do cuidado em alimentação infantil (linha de cuidado, fluxograma, protocolo ou outro) de acordo com a realidade local. Usar o Apêndice D para mostrar exemplos do produto final esperado.

Explicar aos participantes o que é e quais as vantagens em se definir uma Linha de Cuidado em Amamentação e Alimentação Complementar ou fluxograma ou protocolo (Consulte esse conteúdo no item Perguntas e Respostas no final dessa atividade). *Deixe a equipe à vontade para escolher qual é o melhor instrumento de organização para sua dinâmica de trabalho. Nesse processo de decisão, é importante lembrar a equipe deve considerar a disponibilidade de tempo para demanda espontânea (problemas e emergências em amamentação).*

2. Construção de um instrumento de organização da atenção à alimentação infantil (60min)

O instrumento de organização da ***Atenção à alimentação infantil*** deve contemplar:

(1) organização da demanda programada (nº de consultas agendadas – 1º, 2º e 3 º ano de vida, conforme recomendação do CAB 33 – bem como, quem faz e o que se faz em cada consulta);

(2) organização do atendimento à demanda espontânea/ emergências (quem acolhe, a consulta é feita no mesmo dia ou agendada para outro dia, etc);

(3) definição de referências para os casos de manejo de situações mais complexas (NASF, BLH, etc);

(4) condutas quanto ao manejo do AM e AC com base nas referências atuais (CAB 23, CAB 33, Guia Alimentar, etc).

Metodologia

Defina a tarefa aos participantes. Divida os participantes por equipe (território adstrito) ou em grupos de no máximo 10 pessoas - caso a equipe seja pequena pode-se optar pela construção conjunta sem divisão em grupos. Utilizando o material produzido na 2ª etapa da atividade anterior o tutor pode direcionar os passos para construção do instrumento:

1. Determinar principais eixos de ação
2. Determinar os dispositivos de intervenção que comporão cada eixo
3. Organizar fluxos de encaminhamentos entre os serviços de saúde e instituições parceiras. Caso a UBS tenha mais de uma equipe, cada equipe poderá definir seu fluxo
4. Definir como a equipe se organizará para o atendimento para cada situação: emergência em amamentação (dificuldades iniciais nos primeiros dias), acolhimento (queixas latentes), atendimento (consultas previamente agendadas e periodicidade no seguimento), grupos de promoção (objetivo, população alvo, como encaminhar, quanto tempo ficará no grupo, se irá frequentar outros dispositivos), notificação.

Tutor, mostre exemplos para auxiliar os grupos a montarem seus próprios instrumentos. Sugerimos os fluxogramas do Apêndice D.

Os grupos terão 40 minutos para fazer um esboço do instrumento de organização de atenção à alimentação infantil. Estimule os grupos a usarem os materiais produzidos nas etapas prévias desta atividade complementar.

Ao final, com o grupo reunido em círculo, discuta os materiais criados por cada grupo e eleja três pessoas responsáveis por finalizar o instrumento para toda a UBS.

3. Fechamento (10min)

Defina com a equipe uma data limite para colocarem a linha de cuidado em prática e um cronograma para que após 3 meses esse fluxo possa ser revisado e ajustado caso necessário.

Perguntas e Respostas

O que é Linha de Cuidado?

A linha de cuidado (LC) é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade do cuidado, uma vez que cria a sinergia entre os profissionais envolvidos e fortalece a responsabilização dos serviços numa cadeia de produção do cuidado em todos os espaços da atenção e de proteção (BRASIL, 2010).

Organização de linhas de cuidado:

O desenho de linhas de cuidado representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como “costura”, como conexão, de modo a permitir a articulação das ações de saúde. Deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da

família, equipes de apoio, unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família. A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo. Seria um modo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade.

Vantagens da organização da LC:

a) organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado, proteção e promoção;

b) estabelecer o "Percurso da Atenção" a partir das situações mais complexas em amamentação e alimentação complementar, organizando o fluxo de acordo com as demandas;

c) definir as funções e responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado;

d) estabelecer normas e protocolos em todos os níveis de atenção;

e) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados;

f) desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral à amamentação e alimentação complementar.

(Adaptado de "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência". BRASIL, 2010).

O que é um fluxograma?

Fluxograma é uma forma de organizar e padronizar os procedimentos de assistência à saúde dentro do processo de trabalho da UBS. Trata-se de uma

representação gráfica de um processo ou rotina de trabalho geralmente feito através de figuras geométricas e retas que demonstram, de forma descomplicada, a transição de informações entre os elementos que o compõem. Pode ser definido também como o gráfico em que se representa o curso ou caminho percorrido pelo paciente que procura a UBS (por exemplo: mãe com bebê de 4 dias com dor ao amamentar), através dos vários profissionais ou setores da UBS/equipe, bem como o tratamento que cada um vai lhe dispensar.

Vantagens:

- Fundamental para simplificação e racionalização do trabalho;
- Permite um entendimento detalhado do processo de trabalho e rotinas de um profissional ou equipe;
- Melhora o entendimento do funcionamento do processo de trabalho interno da equipe;
- Melhora a rapidez e agilidade no atendimento ao paciente;
- Facilita a localização e identificação dos aspectos mais importantes para o planejamento e alcance de objetivos.

O que é um protocolo?

O protocolo visa o estabelecimento de uma padronização de condutas do manejo da amamentação e alimentação infantil nas diferentes situações definidas pela equipe.

Vantagens:

- Uniformidade e consistência no atendimento entre os profissionais;
- Evita informações e orientações ambíguas ao paciente;
- Melhoria dos resultados da equipe;
- Agilidade na tomada de decisão.

O que são eixos de cuidado?

São os principais temas transversais a serem desenvolvidas na rede de assistência à criança, é importante que esses sub-tópicos já tenham comprovado eficiência em estudos e experiências locais na qualificação da assistência à alimentação infantil,

no enfrentamento dos seus principais entraves como a promoção da amamentação exclusiva e introdução alimentar saudável. Os eixos são compostos por ações prioritárias.

O que são estratégias de ação?

As estratégias de ação são as propostas de operacionalização dos eixos de cuidado. Trata-se da identificação das ações de saúde que não podem deixar de ser realizadas para o alcance de resultados mais positivos para alimentação infantil nos diversos níveis de organização do SUS e a definição de ações estratégicas na rede assistencial.

Referências

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

2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias** / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

4. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 30 jun. 2015.

5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

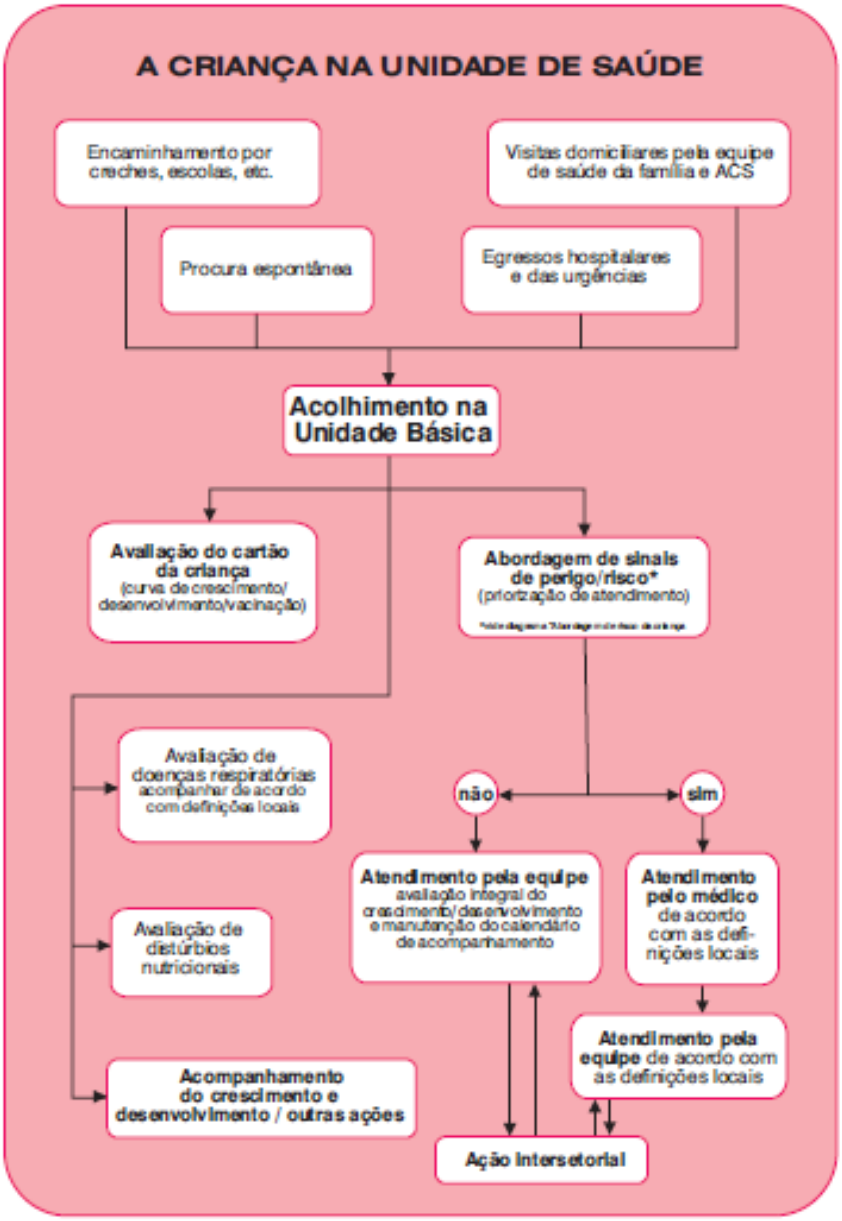
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

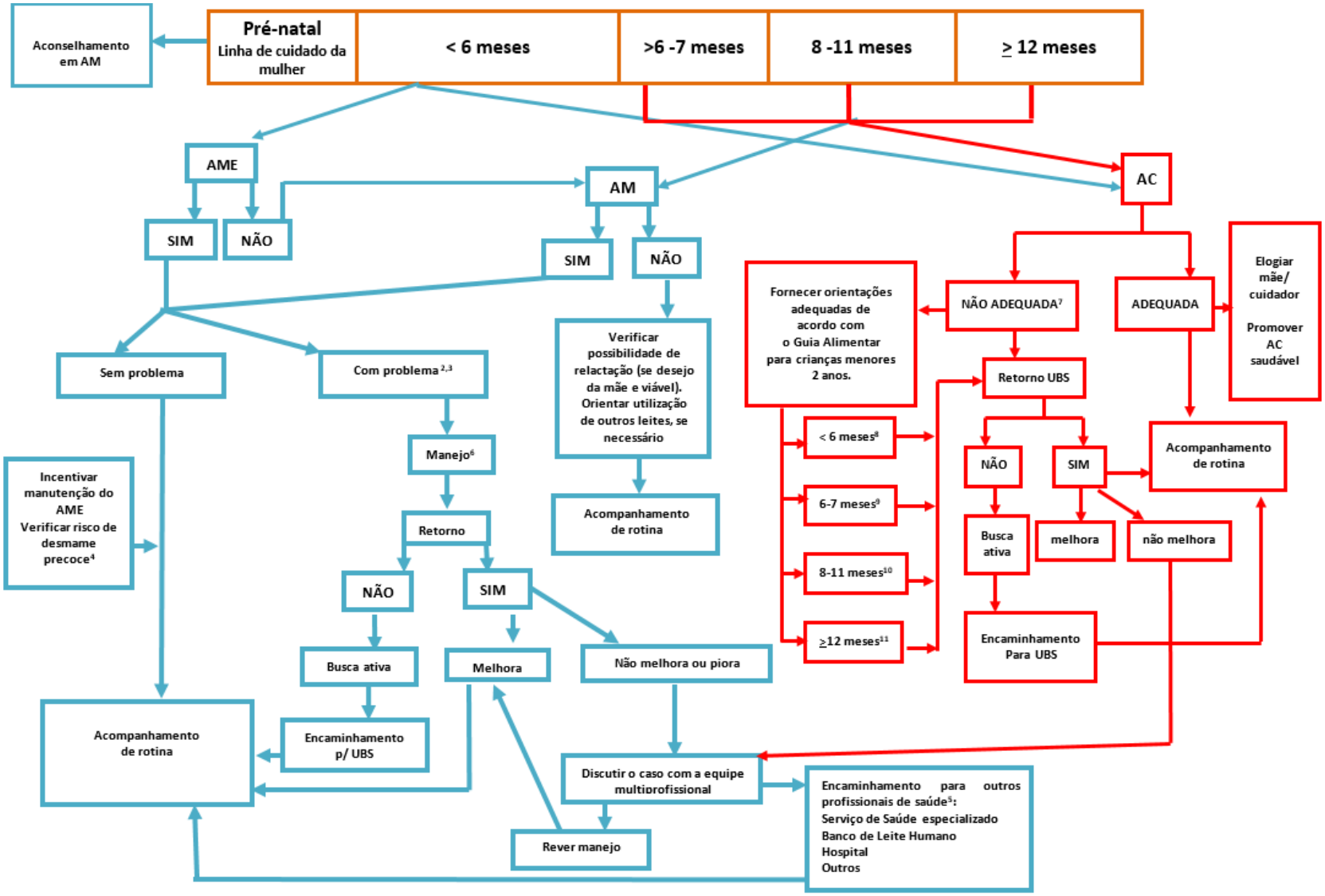
Apêndice D

Exemplos de instrumento de organização da atenção às práticas de alimentação infantil

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Ministério da Saúde.


A CRIANÇA NA UNIDADE DE SAÚDE
Encaminhamento por creches, escolas, etc.
Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família e ACS
Procura espontânea
Egressos hospitalares e das urgências
Acolhimento na Unidade Básica
Avaliação do cartão da criança (curva de crescimento/ desenvolvimento/vacinação)
Abordagem de sinais de perigo/risco* (priorização de atendimento)
Avaliação de doenças respiratórias acompanhar de acordo com definições locais
não
sim
Atendimento pela equipe avaliação integral do crescimento/desenvolvimento e manutenção do calendário de acompanhamento
Atendimento pelo médico de acordo com as definições locais
Avaliação de distúrbios nutricionais
Atendimento pela equipe de acordo com as definições locais
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento / outras ações
Ação Intersetorial

FLUXOGRAMA PARA MANEJO EM ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR [1]



AM = Aleitamento Materno; AME = Aleitamento Materno Exclusivo; AC= Alimentação Complementar

[1]O fluxograma prevê a realizações de ações de promoção, proteção e apoio ao AM desde o pré-natal, incluindo a busca ativa pelo profissional de saúde, visita e/ou consulta precoce no puerpério (primeira semana) e avaliação da mamada para identificação de possíveis problemas para correções e/ou encaminhamentos. Prevê ainda orientações sobre os 10 passos para a Alimentação Saudável de crianças menores de dois anos, orientando as mães, famílias e cuidadores sobre a introdução adequada de alimentos no momento oportuno, levando em consideração os aspectos culturais e as especificidades regionais.
[2]Demanda espontânea por problemas na amamentação deve ser atendida imediatamente
[3]Tipos de Problema: Dificuldade na pega, pouco ganho de peso, fissura, ingurgitamento, mastite, AM sem livre demanda e outros
[4]Risco de desmame precoce: insegurança da mãe, uso de chupeta e/ou mamadeira, retorno ao trabalho, falta de apoio familiar
[5]O local do encaminhamento depende da gravidade e tipo de problema, além da estrutura de serviços locais.
[6]Se < 6 meses verificar possibilidade de praticar AME
[7] Inadequações da alimentação complementar: frequência (exemplo: ofertar alimentos mais ou menos vezes ao dia do que o recomendado), consistência (exemplo: ofertar alimentos liquidificados), variedade (exemplo: não ofertar alimentos dos diferentes grupos de alimentos), uso de alimentos não saudáveis (bolachas recheadas, refrigerante, salgadinhos, café, dentre outros).
[8,9,10,11] Esquema alimentar para introdução dos alimentos complementares:

Tabela 2 – Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida das crianças amamentadas:

Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
Leite Materno	Papa salgada	Refeição básica da família

*Papa de fruta: A expressão “papa de fruta” tem como objetivo salientar a consistência com que deve ser oferecido esse alimento, ou seja, amassado ou raspado.
*Papa Salgada: Embora a expressão “papa salgada” seja utilizada diversas vezes ao longo do texto, por ser conhecida e de fácil tradução para os pais na orientação da composição da dieta da criança e para diferenciá-la das papas de frutas, é importante salientar que o objetivo do uso do termo “salgada” não é adjetivar a expressão, induzindo ao entendimento de que a papa tenha muito sal ou que seja uma preparação com utilização de leite acrescido de temperos/sal. Expressões como “papa de vegetais com carne” ou outra que dê ideia de consistência (de purê) e variedade também podem ser empregadas como outras estratégias para uma boa comunicação em saúde.

Apêndice E

Exemplo dos principais eixos da linha de cuidado em aleitamento materno e alimentação complementar

Eixo1 - Gestação/pré-Natal	Eixo 2 - *Amamentação exclusiva*	...	...	Entraves no processo de trabalho

6. ATIVIDADE COMPLEMENTAR III - Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

Tempo: 2h00 – 2h30

Objetivos:

- Refletir sobre a importância da Vigilância Alimentar e Nutricional no acompanhamento e planejamento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar;
- Conhecer os formulários de marcadores do consumo alimentar (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan, e-SUS Atenção Básica), as orientações para o preenchimento e discutir normas e fluxo para sua inserção na rotina do serviço de saúde.

Preparação pré-oficina:

- Solicitar previamente a equipe uma lista das principais dúvidas.
- Organizar bibliografia de apoio:
- Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica;
- Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica;
- Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan;
- Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan.
- Manual operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan – Versão 3.0.

Materiais necessários:

- Cópia dos Formulários do Sisvan: 1- Cadastro individual e 1º

acompanhamento nutricional; 2 - Marcadores de Consumo Alimentar; 3 - Mapa de acompanhamento diário do estado nutricional.

- Cópia dos formulários do e-SUS Atenção Básica: 1- Cadastro individual; 2- Atendimento individual; 3- Atividade Coletiva; 4- Visita Domiciliar e Territorial/ e 4 - Marcadores de Consumo Alimentar.
- Cópias do estudo de caso (Apêndice F).
- Folhas tipo flipchart, fita adesiva (tipo crepe); canetas coloridas (tipo pincel atômico), folha de papel sulfite.

Esquema da atividade:

1. Introdução – Alinhando os conceitos (15-30min).
2. A importância da Vigilância Alimentar e Nutricional (15-30min).
3. Exercitando a Vigilância Alimentar e Nutricional (1h20min).
4. Fechamento (10min).

1. Introdução (15-30min)

Metodologia

Apresentar os objetivos da atividade.

Com os participantes organizados em círculo proponha uma reflexão sobre os conceitos que compõem as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, levando-os a pensar sobre o que Vigilância e qual a diferença entre o componente Alimentar e Nutricional. Para estimular a reflexão utilizar as seguintes perguntas:

- **O que é Vigilância?**
- **Existe diferença entre Vigilância Alimentar e Vigilância Nutricional? Qual?**
- **Qual desses dois componentes da VAN é mais enfatizado nas ações rotineiras da equipe, a Alimentar ou a Nutricional?**
- **Como é feita a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)?**

Conceitos

A **Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)** consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

O **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)** consiste numa ferramenta no ciclo de gestão e produção do cuidado para o monitoramento da situação alimentar e nutricional e de apoio aos profissionais de saúde para o diagnóstico local das condições e agravos alimentares e nutricionais, identificando fatores de risco ou proteção para as condições de saúde da população atendida nos serviços de Atenção Básica no Brasil.

Sistema: é uma organização com atividades padronizadas, complementares ou interdependentes e com tarefas definidas, tendo o papel de receber dados, transformá-los em informação e divulgá-las à sociedade, buscando dar respostas aos resultados encontrados por intermédio de ações de promoção à saúde, prevenção e cura de doenças. Com essas ações, o sistema possibilita a identificação de grupos de risco biologicamente vulneráveis e utiliza os resultados para o monitoramento da saúde e nutrição da população.

Não se esqueça de elogiar os participantes em relação ao conhecimento que demonstraram sobre o tema.

De acordo com as respostas obtidas, auxiliar o grupo no alinhamento desses conceitos. Pode-se ter como referências as definições contidas no item Perguntas e Respostas ao final dessa atividade.

2. A importância da Vigilância Alimentar e Nutricional (15-30min)

Metodologia

Eleger um voluntário para ajudá-lo a registrar as falas dos participantes durante essa atividade.

Explicar que nesse momento irão refletir sobre a importância da VAN. Utilizar as perguntas abaixo de forma a estimular a reflexão do grupo.

- **Por que é importante realizar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?**
- **Para que são utilizados os dados gerados pelo Sisvan?**
- **Como vocês utilizam esses dados na rotina da UBS?**

Conforme os participantes forem respondendo, o tutor, com a ajuda do voluntário, irá registrar a síntese das falas numa folha de flip chart ou cartolina.

Ao terminar de registrar os comentários dos participantes o tutor sintetiza o que foi registrado e complementa se necessário.

Realizar um fechamento parabenizando a equipe por identificar as potencialidades da VAN e a importância de inserir as ações de VAN no processo de trabalho da equipe.

Por que é importante realizar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?

- Prover informações sobre a situação alimentar e nutricional da população;
- Conhecer os problemas referentes à situação alimentar e nutricional que possuam relevância em termos de saúde pública num determinado território, identificando territórios e grupos populacionais sob risco; e
- Realizar o planejamento e o desenvolvimento de ações a partir de dados fidedignos sobre a situação alimentar e nutricional da população focadas na melhoria do perfil epidemiológico e de saúde da população.

Para que são utilizados os dados gerados pelo Sisvan?

- Auxiliar os gestores na formulação, planejamento e monitoramento de medidas voltadas para melhoria da situação alimentar e nutricional da população;
- Monitorar as ações de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;
- Monitorar o estado nutricional e consumo alimentar de indivíduos em todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, atendidos na rotina dos serviços de Atenção Básica, o que inclui os atendimentos realizados no âmbito do Programa Saúde na Escola, Programa Bolsa Família e Programa Academia da Saúde.

3. Exercitando a Vigilância Alimentar e Nutricional (1h20)

Metodologia

1ª etapa (45 min): *Estudo de caso*

Dividir a equipe em grupos de aproximadamente 6 participantes e orientar que terão 40 minutos para leitura e discussão da proposta do estudo de caso (Apêndice F). Cada grupo deverá receber o estudo de caso, formulários do Sisvan/e-SUS (Ficha de Cadastro e formulário de Marcadores de Consumo Alimentar) e folhas de papel para rascunho.

2ª etapa (20min): *Apresentação do estudo de caso*

Para apresentar a discussão do caso o tutor enumera os grupos em 1, 2 e 3 ou sorteia 3 grupos caso tenham sido formados mais que 3 grupos. O 1º grupo fará a apresentação das discussões e respostas para questões 1 a 3 do estudo de caso, o 2º grupo apresentará as questões 4 e 5 e o 3º grupo fará a dramatização proposta

na questão 6. À medida que um grupo for apresentando os demais serão convidados a complementar a apresentação, caso tenham discussões ou propostas diferentes das que foram apresentadas.

3ª etapa (15 min): *Síntese*

O tutor faz uma síntese sobre a importância de se estabelecer um fluxo para os procedimentos de Vigilância Alimentar e Nutricional enfatizando que o mesmo deverá ser inserido no instrumento da linha de cuidado de alimentação infantil construído na Atividade Complementar II.

IMPORTANTE: caso a equipe não conheça, apresentar as publicações de referência citadas na bibliografia de apoio e recomendar que estas fiquem disponíveis com fácil acesso a todos os profissionais da equipe de Atenção Básica.

VIGILÂNCIA NUTRICIONAL: os passos para a antropometria e o diagnóstico nutricional da criança são:

1º PASSO: Calcular a idade em anos completos e meses, fazendo as aproximações necessárias.
2º PASSO: Pesar e medir a criança, utilizando as técnicas e os instrumentos adequados.
3º PASSO: Anotar os dados no formulário da Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan.
4º PASSO: Calcular o IMC da criança.
5º PASSO: Marcar nos gráficos de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança o ponto de interseção entre o peso e a idade, entre a estatura e a idade, e entre o Índice de Massa Corporal e a idade da criança.
6º PASSO: Fazer o diagnóstico nutricional da criança, interpretando cada índice avaliado.
7º PASSO: Verificar a inclinação das curvas de crescimento para complementar o diagnóstico nutricional.
8º PASSO: Compartilhar com a mãe/responsável o diagnóstico nutricional da criança.
9º PASSO: Fazer a intervenção adequada para cada situação.
10º PASSO: Realizar ações de promoção da saúde. Valorizar o diagnóstico nutricional é ter atitude de vigilância!

VIGILÂNCIA ALIMENTAR: realizada por meio da avaliação dos MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR.

Orientações quanto ao preenchimento: As questões do formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para a faixa etária MENORES DE 6 MESES têm como objetivo avaliar a prática de aleitamento materno e a introdução precoce de alimentos. Deve-se enfatizar que o período que está sendo avaliado corresponde ao consumo alimentar do dia anterior. Para a faixa etária de 6 A 23 MESES, o conjunto de questões visa à caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno, à identificação de marcadores de risco ou proteção para as carências de micronutrientes e à ocorrência de excesso de peso.

Avaliação do Consumo Alimentar das Crianças: A aplicação do instrumento pode ser realizada por qualquer profissional de saúde e a partir das repostas obtidas deve ser realizada a orientação de práticas alimentares saudáveis tendo como base o Guia alimentar para crianças menores de dois anos - Dez Passos para Alimentação Saudável, bem como a publicação “Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica”.

Quando fazer?

A periodicidade recomendada de registro de dados antropométricos e marcadores do consumo alimentar é dividida para crianças de até dois anos de idade e indivíduos maiores de dois anos, como mostrado no Quadro abaixo.

Quadro – Periodicidade recomendada de registro de dados antropométricos e marcadores do consumo alimentar no sistema de informação em saúde

Faixa etária	Periodicidade de registro
Crianças até 2 anos	Aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses
Indivíduos a partir de 2 anos	No mínimo, 1 registro por ano

Fonte: Brasil, 2015.

4. Fechamento (10min)

- O tutor apresenta os indicadores de aleitamento materno e de alimentação complementar gerados pelo Sisvan Web e enfatiza a importância dos mesmos não só para o conhecimento e monitoramento da situação alimentar e nutricional da população do território com também para avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde (possíveis mudanças nas práticas alimentares das crianças).
- Verificar com a equipe se todas as questões levantadas previamente e durante a oficina foram respondidas. Se não foram respondidas, o tutor pode checar as “Perguntas e Respostas” sobre o tema.
- Caso a questão não consiga ser respondida imediatamente, o tutor pode consultar nas referências/ cadernos de Atenção Básica, material teórico para reflexão com a equipe.
- Verificar com a equipe a necessidade de capacitações ou atualizações específicas sobre Antropometria, Avaliação do Estado Nutricional, Utilização do SISVAN Web.

Perguntas e Respostas

Quais são os princípios que compõem as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?

Atitude de vigilância

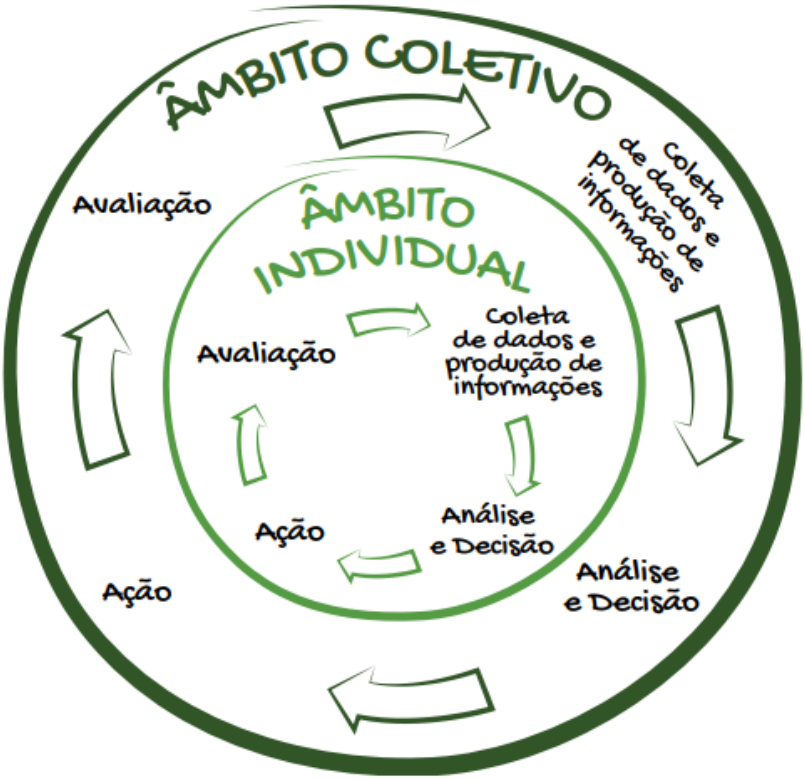
Atitude de vigilância é ter um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do curso da vida. Realizar a VAN significa a utilização efetiva dos dados individuais e coletivos na organização e na avaliação da oferta do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. É usar a informação gerada rotineiramente para subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, mas também usá-la de forma imediata para repensar a prática e qualificar a assistência prestada àqueles indivíduos, família e comunidade que diariamente são atendidos na UBS Visando a promoção de sua saúde, na prevenção e no tratamento de agravos e doenças relacionados à alimentação e nutrição.
O Sistema da Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) consiste numa ferramenta de gestão das informações da VAN.

Como fazer a VAN?

O exercício da vigilância em saúde deve ser contínuo e sistemático, englobando tanto a produção e gestão do cuidado no âmbito dos serviços de saúde, quanto o processo de construção e gestão de uma política pública. Estas etapas podem ser empregadas tanto no nível individual quanto no coletivo, lembrando-se dos diferentes espaços e momentos onde a VAN pode ser realizada, como nos atendimentos realizados na própria UBS ou em domicílio, e outros espaços do território, como as escolas, as creches, entre outros.
O Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, ilustrado na Figura 1, apresenta etapas de coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de ação e de avaliação que podem ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, tanto no

âmbito individual como nos atendimentos de rotina na UBS ou em domicílio, quanto no coletivo, quando se analisam as informações consolidadas por território (Brasil, 2015).

Figura 1 – Ciclo de gestão e produção do cuidado



Fonte: DAB/SAS/MS.

Como realizar a avaliação antropométrica de crianças de 0 a 2 anos?

Quadro 2 – Parâmetros para a avaliação antropométrica segundo a fase do curso da vida

Fase do curso da vida	Índices e parâmetros
Crianças menores de 5 anos	IMC para Idade; Estatura para Idade; Peso para Estatura; Peso para Idade.

Peso para Idade: expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade. Este índice é amplamente utilizado para avaliar a desnutrição, porém o déficit de peso para a idade observado pontualmente não determina se o quadro é recente

ou de longo prazo. Por desconsiderar o comprimento/altura, é necessário que a avaliação seja complementada por outro índice antropométrico.

Estatura para Idade: indica o crescimento linear, apresentando-se como o índice que reflete os efeitos cumulativos da situação de saúde e nutrição em longo prazo, ou seja, o déficit neste índice deve ser interpretado como uma condição crônica.

Peso para Estatura: expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura/comprimento. Mostra tanto o excesso quanto o déficit de peso para determinada estatura, sendo sensível às alterações nas variáveis que o compõem. É um índice muito útil quando não se sabe a idade da criança.

Índice de massa corporal (IMC) para Idade: expressa a relação entre a massa corporal (em quilos) e o comprimento/altura (em metros), sendo utilizado, principalmente, para identificar o excesso de peso. Os índices IMC para a Idade e Peso para a Estatura tendem a mostrar resultados muito semelhantes.

A classificação do estado nutricional pode ser realizada individualmente por meio da utilização das referências disponíveis na Norma Técnica do Sisvan e dos gráficos disponíveis nas cadernetas da criança ou pela inserção no sistema de informação vigente. A classificação do estado nutricional por meio dos índices antropométricos durante o atendimento na UBS ou no domicílio, por exemplo, é um dos subsídios para o diagnóstico do estado de saúde do indivíduo, que, além da análise de outros aspectos (clínicos, sociais, ambientais, entre outros), permite aos profissionais tomar a decisão quanto ao cuidado a ser ofertado (como a solicitação de exames complementares, o agendamento de uma visita domiciliar para melhor avaliação de aspectos relativos às condições de vida e às relações intrafamiliares, o compartilhamento do caso com outros profissionais, as orientações básicas sobre alimentação adequada e saudável, entre outros).

Como realizar a avaliação do consumo alimentar de crianças de 0 a 2 anos?

Os formulários para avaliação de marcadores de consumo alimentar propõem a

avaliação de alimentos consumidos no dia anterior, o que ameniza possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimento em relação à alimentação realizada. Além disso, as questões permitem que qualquer profissional da equipe de Atenção Básica realize continuamente avaliação dos marcadores e recomende práticas alimentares adequadas e saudáveis.

O grupo de indicadores que compõe as diretrizes para consumo alimentar de crianças de 0 a 2 anos está organizado em dois blocos de questões, conforme detalhado a seguir.

- Crianças de até 5 meses e 29 dias: as questões permitem avaliar a prática de aleitamento materno e introdução precoce de alimentos.
- Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias: o conjunto de questões visa à caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno, à identificação de marcadores de risco ou proteção para as carências de micronutrientes e à ocorrência de excesso de peso.

Todos as informações para interpretação dos indicadores de de consumo alimentar estão disponíveis no documento “Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica”.

Referências

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

2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Apêndice F

Estudo de caso da Atividade Complementar III

A família do Caetano, hoje com 9 meses, se mudou para a cidade há 1 mês. Alice, mãe de Caetano o leva a UBS do bairro pela 1º vez. Os dados referentes à Vigilância Alimentar e Nutricional coletados do Caetano são apresentados a seguir:

Data da consulta: 15/02/2015
Motivo da consulta: rotina
DN: 30/04/2014
Peso ao nascer: ?
Peso atual: 11,0 kg
Estatura: 70 cm
Consumo alimentar do dia anterior:

- Café da manhã: leite materno e pão com manteiga.
- Lanche da manhã: banana
- Almoço: arroz, feijão, frango e abóbora
- Lanche da tarde: iogurte
- Jantar: sopa com macarrão instantâneo, batata e cenoura
- Ceia: leite materno

Considerando os dados apresentados façam a discussão no grupo seguindo o proposto abaixo:

1º - Façam o preenchimento dos 2 instrumentos do SISVAN: formulário de Cadastro e Acompanhamento Nutricional e formulário de Marcadores de Consumo Alimentar.

2º - Discutam sobre a etapa de Avaliação do Estado Nutricional das crianças: está sendo realizada? por quem? quais instrumentos vocês utilizam ou seriam necessários? quais materiais de referências são ou podem ser utilizados? a mãe é informada sobre o diagnóstico nutricional da criança? está sendo registrado nos formulários do SISVAN? está sendo registrado na Caderneta de Saúde da Criança?

3º - Discutam e pontuem quais instrumentos ou materiais podem ser utilizados para direcionar/padronizar as orientações sobre o consumo alimentar da criança que vocês farão a Alice.

4º - Apresentem uma proposta do passo a passo dos procedimentos que devem ser feitos desde a coleta de dados antropométricos até a finalização da consulta.

5º - Apresentem uma proposta para viabilizar a digitação dos dados da VAN no SISVAN Web (quem é o responsável, onde, periodicidade).

6º - Preparem uma dramatização sobre a aplicação do formulário de consumo alimentar (SISVAN). Se organizem em pares, onde uma pessoa fará o papel do profissional e a outra da mãe/pai do Caetano. Se atentem para: forma de abordagem da mãe/responsável? Quais informações são importantes passar para a mãe antes de iniciar o questionário? Quais os cuidados o profissional deve ter ao aplicar o instrumento?

7. Atividade Complementar IV - Manejo clínico do aleitamento materno na atenção básica

Tempo: 2h35 – 3h25

Objetivo:

- Discutir conteúdos do manejo clínico do aleitamento materno com foco na atenção básica visando uniformizar o conhecimento da equipe.

Preparação pré-oficina:

- Lista das principais dúvidas: O tutor deve solicitar com uma semana de antecedência à atividade que a equipe liste as principais dúvidas e dificuldades que enfrentam em relação ao manejo do aleitamento materno.
- Organizar bibliografia de apoio:
  - Caderno de Atenção Básica nº 23
  - Caderno de Atenção Básica nº 33
  - Manual Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.

Material necessário:

- Folha de flipchart/Cartolina/Papel sulfite; Pincel atômico, Fita adesiva.
- Cópias do estudo de caso (Apêndice G).

Esquema da atividade:

1. Introdução (40min).
2. Leitura e discussão dos casos (20-40min).
3. Apresentação dos casos e discussão (90-120min).
4. Fechamento (5 min).

1. Introdução (40min)

Metodologia

1ª etapa (10min)

Para iniciar a atividade e verificar a expectativa do grupo o tutor poderá conduzir a seguinte pergunta aos participantes: ***Porque estamos aqui hoje?***

Sugere-se ao tutor que anote as expectativas do grupo para que ao final da atividade possa checar se alguma das expectativas não foi atendida ou alguma questão levantada não foi abordada.

2ª etapa (30min)

Dinâmica para levantamento dos conhecimentos prévios dos participantes. Cada participante deverá receber dois a três pedaços pequenos de papeis (post it). O tutor deverá conduzir a seguinte pergunta aos participantes e solicitar que escrevam: ***Quais são as vantagens do Aleitamento Materno (AM): para o bebê, para a mãe, para a família, para o serviço de saúde?*** Numa folha do tipo flipchart dividida em 4 colunas (para o bebê, para a mãe, para a família, para o serviço de saúde) o tutor deve solicitar que cada participante cole o seu papel na respectiva coluna.

Para finalizar a dinâmica, sugere-se ao tutor que solicite a ajuda de alguns participantes para lerem os papeis colocados em cada coluna e acrescentar o que for pertinente.

Tutor, agradeça a participação de todos e elogie a equipe quanto ao conhecimento que já possuem.

Para encerrar a parte introdutória, sugere-se ao tutor perguntar ao grupo sobre a recomendação atual do Ministério da Saúde do AM exclusivo e AM, caso a recomendação não tenha ficado clara durante a atividade.

2. Leitura e discussão dos casos (20-40min)

Metodologia

Os participantes deverão ser divididos em 4 grupos para leitura e discussão dos 4 casos (Apêndice G). Cada grupo receberá um caso com a mesma criança em fases diferentes da amamentação.

Enquanto a equipe está em grupo lendo os casos, o tutor deve permanecer à disposição dos participantes para interagir e tirar dúvidas. Pode ser nesse momento também que o tutor leia as principais dúvidas levantadas pela equipe na pré-oficina e se prepare para direcionar o conteúdo da discussão dos casos, otimizando o aprendizado.

Tutor, ao final de cada caso estão listadas questões do manejo da amamentação bem como da abordagem e aconselhamento que poderiam ser discutidas. Isso servirá de guia para que você conduza o alinhamento técnico da equipe, mas sinta-se confortável em não abordar alguma questão que foi facilmente abordada e resolvida pela equipe. Busque com a equipe os conteúdos teóricos que você notar que não existe consenso ou que geram polêmica na equipe ou que não foram abordados.

3. Apresentação dos casos e discussão (90 - 120min)

Metodologia:

Após a discussão de casos pelos pequenos grupos, sugere-se que os grupos formem uma grande roda para apresentação dos casos e das soluções pensadas por cada grupo nas diferentes situações-problemas. A ordem de apresentação dos grupos deve seguir a ordem numérica dos casos, uma vez que se trata da mesma mãe/bebê em diferentes fases da amamentação. Sendo assim sugere-se iniciar a apresentação pelo caso 1, em seguida caso 2 e assim por diante.

Durante a apresentação de cada grupo, sugere-se ao tutor checar se todos os temas listados ao final de cada caso foram discutidos ou apresentados com clareza para toda equipe.

Finalizada a apresentação de cada grupo, sugere-se que o tutor sintetize em tópicos aos participantes os principais temas que foram discutidos no caso apresentado pelo grupo e pergunte se existe alguma questão técnica ou de aconselhamento que deva ser aprofundada, e se necessário use o material de apoio disponível para ilustrar alguma situação ou para alinhar as condutas.

Sugere-se que neste momento, para ilustrar, guiar a discussão e afinar as condutas seja utilizado o material disponibilizado no site do Ministério da Saúde, bem como os outros materiais listados nas referências de apoio.

4. Fechamento (5 min)

Sugere-se que o tutor verifique com a equipe se todas as questões levantadas na pré-oficina e durante a oficina foram respondidas. Em caso negativo, o tutor pode checar as perguntas e respostas sobre do tema em questão. Caso a questão não consiga ser respondida imediatamente, o tutor e a equipe podem consultar nas referências/cadernos de Atenção Básica.

Perguntas e respostas

<u>Pré-Natal</u>

Quais orientações são importantes que a equipe aborde durante pré-natal para a gestante que se prepara para amamentar?

A amamentação é mais fácil e duradoura quando as mães estão motivadas a amamentar e o papel do profissional da saúde é fundamental nesse processo. É importante que pessoas significativas para a gestante, como companheiro e mãe, sejam incluídas no aconselhamento. É importante dialogar com as mulheres, abordando os seguintes aspectos:

- Planos da gestante com relação à alimentação da criança, assim como experiências prévias, mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno;

- Importância do aleitamento materno, especialmente do aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida;
- Vantagens e desvantagens do uso de leite não humano;
- Importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à lactação;
- Possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las. Muitas mulheres "idealizam" a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade;
- Comportamento normal do recém-nascido (choro, temperamento, necessidades, sono). Muitas mulheres idealizam que o bebê dorme o dia todo e que todo choro significa dor ou fome;
- Desvantagens do uso da chupeta, incluindo a interferência deste hábito na amamentação;
- Importância do apoio social (familiar, amigos e equipe de saúde).

A combinação de aconselhamento individual (consulta) e aconselhamento em grupos (Grupos de Gestantes, Maternagem, Cuidado com Bebês) ajudará com que as mães se empoderem e no futuro façam escolhas conscientes.

Existe alguma técnica de preparação dos mamilos?

Não. A "preparação" das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas, pois na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo inclusive induzir o trabalho de parto prematuro. O uso de conchas ou sutiãs com um orifício central para alongar os mamilos também não tem se mostrado eficaz. A maioria dos mamilos curtos apresenta melhora com o avançar da gravidez, sem nenhum tratamento. Os mamilos costumam ganhar elasticidade durante a gravidez e o grau de inversão dos mamilos invertidos tende a diminuir em

gravidezes subsequentes.

O exame das mamas é fundamental, pois por meio dele é possível detectar situações que poderão exigir uma maior assistência à mulher logo após o nascimento do bebê, como, por exemplo, a presença de mamilos muito planos ou invertidos e cicatriz de cirurgia de redução de mamas. O uso de sutiã adequado ajuda na sustentação das mamas, pois na gestação elas apresentam o primeiro aumento de volume.

Como incentivar uma rede de apoio social à mãe que amamenta?

A amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância. Na família todos podem ajudar a mãe a amamentar: dando apoio, reconhecendo que a amamentação é importante para a saúde de todos, ajudando nos afazeres domésticos para que ela possa se dedicar mais ao RN e entendendo que amamentar é um momento de muita sensibilidade. Também é papel da família não adquirir produtos que podem prejudicar a amamentação, como fórmulas lácteas infantis, bicos, mamadeiras e chupetas.

Primeiro trimestre da amamentação

Técnica da amamentação: Como amamentar o bebê?

O profissional pode abordar dois pontos chaves: posicionamento (da mãe e do bebê) e pega. Use os pontos-chaves descritos nos CAB 23 e 33 para orientar as mães. A mãe deve estar confortável. Se achar necessário poderá apoiar os pés, os braços e as costas. O uso de travesseiros costuma ajudar. A posição do bebê também é importante, ele precisa estar de frente para o peito, bem encostado no corpo da mãe, com o bumbum apoiado pela mão da mãe. Quando o bebê abocanha uma grande parte da aréola, fica mais fácil extrair o leite de dentro do peito para a boca. Isso mantém uma boa produção de leite e protege o peito das rachaduras.

Produção do leite: o que é Livre Demanda? Qual duração e número de mamadas por dia?

Muitas mães têm dúvidas relacionadas ao que fazer para ter bastante leite, portanto é importante que esse seja um tema abordado desde a gestação. Conversar sobre a importância da livre demanda, o inicio da amamentação (ainda na primeira hora de vida) na descida e produção do leite são aspectos fundamentais. Quanto mais o bebê mamar, mais leite será produzido (fisiologia da lactação). É importante que a mãe saiba que a produção do leite acontece quando o bebê suga. Como os bebês são diferentes, também a duração das mamadas pode diferir de bebê para bebê. A duração da mamada pode variar entre 4 e 30 minutos, ou mais (quando o leite é maduro - após o 15º dia), mas a situação deve ser avaliada. Para manter boa produção de leite, a mãe deve oferecer o peito ao bebê sempre que ele quiser e amamentar durante a noite. Descansar, manter a hidratação e se alimentar bem também ajudará. Para o bebê mamar mais, é importante que a mãe seja informada da importância de não dar chás, água, sucos ou outro tipo de leite nos primeiros meses de vida. É importante informar às mães que estiverem afastadas de seu filho por alguma circunstância, que quanto mais ela esvaziar a sua mama, mais a produção de leite será mantida.

Quais são os sinais de uma amamentação bem estabelecida e quais são os sinais de que a mãe pode precisar de ajuda?

O crescimento, ganho de peso e interação do bebê com a mãe podem ser sinais positivos de que a amamentação está bem estabelecida. Algumas questões norteadoras poderão ajudar o profissional e a mãe a identificarem essa situação:

- O bebê parece satisfeito após a mamada?
- O bebê parece saudável e atento?
- Quantas vezes ao dia o bebê urina? E as fezes como são? O parâmetro seria o bebê apresentar diurese mais de seis vezes ao dia e o xixi deve ser amarelo claro, sem cheiro. Após as primeiras fezes (mecônio) que são verdes e escuras e podem durar até os 4 dias de vida, as fezes são soltas e amareladas nas primeiras seis semanas.

- O bebê aumenta de peso? O parâmetro deve ser a curva de crescimento e o ganho de peso diário da criança que devem ser acompanhados através da caderneta de saúde da criança. Essa situação deve ser avaliada considerando individualidade de cada bebê.

Alguns sinais podem ser considerados para avaliação de que a amamentação não está bem estabelecida:
- Mãe refere dor ao amamentar ou está desconfortável com a amamentação.
- Mamilos excessivamente vermelhos, rachados ou feridos.
- Mãe queixa-se em relação ao comportamento agitado, cólicas ou choro constante do bebê.
- Bebê fazendo pouco xixi e cocô (<6 fraldas/dia). Bebês amamentados exclusivamente no peito podem ficar até 15 dias sem fazer cocô.
- Bebê irritado após as mamadas.

Para abordagem da prevenção e manejo das **Dificuldades no Aleitamento Materno** *o tutor pode recomendar a consulta ao Caderno de Atenção Básica nº 23 a* partir da página 53 o tópico "Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação" e, na página 69 o item "Como manejar o aleitamento materno em situações especiais".

Bebê que não suga ou tem sucção fraca.

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 53;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 133;

Demora na "descida do leite"

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 54;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 135;

Mamilos planos ou invertidos

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 54;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página

135;

Ingurgitamento mamário.

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 55;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 136;

Dor nos mamilos/mamilos machucados// Trauma mamilar

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 56;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 136-137.

Candidíase (monilíase)

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 59;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 139;

Fenômeno de Raynaud.

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 60;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 139;

Bloqueio de ductos lactíferos

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 60;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 140;

Mastite

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 61;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 141;

Abscesso mamário

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 63;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 142;

Galactocele

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 64;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 143;

Reflexo anormal de ejeção do leite

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 65;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 143;

Pouco leite, leite fraco

1.Caderno de Atenção Básica nº 23 - página 65;

2. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – página 143.

Composição do Leite Materno: existe leite fraco? Porque o leite muda de cor?

Muitas mães podem perguntar ao profissional se existem diferenças no leite do começo da mamada e no final da mamada. Muitas vezes é a diferença na coloração do leite que leva as mulheres a acreditarem que seu leite é fraco ou pouco. Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, e contém mais proteínas e menos gorduras que o leite maduro. Já o leite de mães de RN prematuros contém mais proteínas, lipídeos e calorias que o de mães de bebês a termo. A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Por isso é importante que o profissional observe a mamada em todas as consultas e junto com a mãe avalie o comportamento do bebê após as mamadas para definir condutas clinicas adequadas e empoderar a mulher a acreditar que não existe leite fraco.

Aconselhamento sobre uso de bicos, chupetas e mamadeiras: marcadores de dificuldades na amamentação? Por que não usar?

O uso da chupeta é considerado um marcador de dificuldades na amamentação e dessa forma deve ser um fator de atenção dos profissionais de saúde, especialmente entre as mães mais queixosas. Quando o bebê experimenta outro

bico dentro da boca, ele pode ficar confuso e começar a atrapalhar-se na hora de mamar - às vezes isso o leva a abandonar o peito, por isso seu uso está relacionado a quase todas as dificuldades de amamentação. Além disso, o bicos, mamadeiras e chupetas são difíceis de limpar e esterilizar, podendo causar infecções. Quando o hábito já está instalado sugere-se que o profissional aconselhe a mãe em relação ao padrão de uso da chupeta (intensidade e frequência) haja vista que são fatores que poderão impactar em alterações do desenvolvimento orofacial e dento-oclusal.

Medicamentos e Amamentação: a mulher que amamenta pode ingerir qualquer medicamento?

A maioria dos medicamentos é compatível com a amamentação. Poucos são os fármacos formalmente contraindicados e alguns requerem cautela ao serem prescritos durante a amamentação, devido aos riscos de efeitos adversos nos lactentes e/ou na lactação. No entanto, com frequência os profissionais de saúde recomendam a interrupção do aleitamento materno quando as mães são medicadas, muitas vezes porque desconhecem o grau de segurança do uso das diversas drogas (também referidas como medicamentos ou fármacos) durante o período de lactação. Por isso, cabe ao profissional de saúde, antes de tomar qualquer decisão, buscar informações atualizadas para avaliar adequadamente os riscos e os benefícios do uso de uma determinada droga em uma mulher que está amamentando. Visando auxiliar os profissionais de saúde nas suas avaliações quanto ao uso de drogas durante a amamentação o Ministério da Saúde disponibiliza o Manual “AMAMENTAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS 2ª edição” que contém informações básicas sobre o uso de drogas durante o período da lactação. A mãe só deve tomar remédios quando orientada pelo médico ou por um profissional habilitado.

Alimentação da Mãe e Amamentação: algum alimento faz mal durante a fase de amamentação?

A maioria dos alimentos não afeta a amamentação. Comer um pouco mais que o habitual é suficiente para essa fase em que o corpo está produzindo leite. Os

alimentos ácidos não “talham” o leite. Não é necessário tomar mais leite de vaca para produzir leite. Não há alimento que aumente a produção do leite. A produção é conforme a demanda, quanto mais o bebê mamar ou a mãe retirar o leite do peito, mais leite ela produzirá. Café, chá preto ou mate e refrigerantes em grande quantidade podem provocar cólicas no bebê. Parar temporariamente com eles vai mostrar se são os causadores das cólicas. As bebidas alcoólicas e o cigarro são desaconselháveis porque podem afetar a saúde do bebê. Mães com **anemia podem amamentar**, mas devem procurar um tratamento. O médico poderá receitar a medicação adequada, orientar uma dieta e a mãe continua amamentando.

Mitos e Amamentação: quais os mitos relacionados a amamentação?

É importante que a mãe saiba que existem alguns mitos relacionados à amamentação. Por exemplo: o bebê arrotar no peito, o leite pingar no chão, a menstruação, nada disso altera a qualidade ou a quantidade do leite. A relação sexual pode ser retomada sem preocupações, pois não atrapalha a amamentação. Aliás, se o bebê estiver mamando só no peito (sem receber água, chás ou outros alimentos), se o bebê tem menos de 6 meses e se a menstruação ainda não voltou, a amamentação ajuda a espaçar uma nova gravidez.

Apoio dos serviços de saúde: onde encontrar ajuda?

É importante que a equipe tenha o mapeamento dos serviços voltados a amamentação em seu território, tais como os grupos de apoio na Atenção Básica (Unidades de Saúde ou equipes de saúde da família em visita domiciliar) , bem como outros serviços como Bancos de Leite Humano, Postos de Coleta de Leite Humano e os “Hospitais Amigos da Criança” que sempre têm equipes que podem ajudar as mães na amamentação.

Segundo trimestre da amamentação

Quando a mãe precisar sair, o que fazer: Uso do copo é seguro?

O uso do copo para alimentação de bebês é mais seguro que o uso da mamadeira

se realizado com a técnica correta. É importante que os pais/cuidadores recebam orientação e treinem sob supervisão profissional para que fiquem confiantes com essa prática. A manutenção da amamentação exclusiva está entre as vantagens em se alimentar um bebê com copo, assim como:

- É prazerosa para o bebê – não há tubos invasivos;
- Permite que o bebê use a língua para conhecer os gostos;
- Estimula a digestão do bebê;
- Encoraja a coordenação de sucção/deglutição/respiração;
- O bebê precisa ser segurado e é possível haver troca de olhar;
- Permite que o bebê controle a quantidade e a velocidade da alimentação;
- Um copo é mais fácil de manter limpo do que uma mamadeira e um bico;
- Não há risco de confusão de bicos como no uso da mamadeira.

Técnica – Passo a passo:

- Acomodar o bebê desperto e tranquilo no colo, na posição sentado ou semi-sentado, para que a cabeça forme um ângulo de 90º com o pescoço (pontos-chaves: Bebê elevado, Posição semi-inclinado e Alerta);
- Encostar a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixar o leite materno tocar o lábio. O bebê fará movimentos de lambida do leite, seguidos de deglutição (pontos-chaves: estimular o lábio inferior, esperar reflexo da sucção; deixar o bebê retirar o leite (lambidas); não despejar o leite na boca do bebê);
- Converse para acalmar o bebê, observe sinais de stress e interrompa mediante fadiga.

Apoiando Mães que trabalham

Quais as leis que protegem a amamentação?

É importante que o profissional tenha conhecimento sobre as leis que apoiam a amamentação e possa orientar a mãe-trabalhadora que amamenta. São elas:

As trabalhadoras formais têm direito à licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Para as mães que trabalham em empresas que

aderiram ao Programa Empresa Cidadão há a possibilidade de prorrogar a licença por mais 60 dias, totalizando 180 dias de licença maternidade; Dois descansos remunerados por dia, até 6 meses de idade do bebê, além dos intervalos normais para repouso e alimentação; Berçário, creche ou um ambiente apropriado para amamentação, dentro ou fora do local de trabalho, sempre que a empresa tiver 30 ou mais mulheres maiores de 16 anos trabalhando, no entanto, caso a empresa não possa ofertar esse serviço deverá pagar o auxílio creche; Licença-paternidade de 5 dias a contar do dia do nascimento do bebê, com possibilidade de prorrogação por mais 15 dias se a empresa onde o pai trabalha tiver aderido ao Programa Empresa Cidadã; As mães que adotarem crianças também possuem 120 dias de licença maternidade, independentemente da idade do filho (**LEI Nº 12.873, DE 24 DE OUTUBRO DE 2013**). A licença-maternidade só será concedida mediante a apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

Como fazer para trabalhar e amamentar? Quais alternativas?

O profissional deve orientar para que durante a licença-maternidade a mãe dê somente o peito, sem qualquer outro líquido ou alimento. Depois desse período, dependendo do local de trabalho da mãe, pode sugerir que ela peça para levar o bebê consigo no trabalho, para continuar a amamentação. Se não for possível, ela pode pedir à pessoa que vai cuidar do bebê para levá-lo ao seu trabalho para que ela mesma possa amamentá-lo. Se o trabalho for perto de sua casa, ela pode aproveitar a “pausa amamentação” para ir amamentar.

Caso essas medidas não sejam possíveis, a mãe pode:

- Uma ou duas semanas antes de voltar ao trabalho, começar a tirar o seu leite do peito e a guardá-lo no congelador ou freezer para fazer um estoque;
- Amamentar antes de sair de casa para o trabalho e imediatamente após regressar;
- Amamentar durante a noite;
- No trabalho, se possível, retirar o leite tantas vezes quanto o bebê mamaria se estivesse com a mãe para aliviar as mamas e manter a produção de leite. Armazenar o leite materno no trabalho, caso esse possua sala de apoio à

amamentação. Para saber mais sobre as salas de apoio á amamentação, consulte o Guia para Implantação de Salas de Apoio à Amamentação para a Mulher Trabalhadora (link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implantacao_salas_apoio_amamentacao.pdf)

- Nos dias de folga, oferecer o peito à vontade;
- Na ausência da mãe, o leite estocado deve ser dado em xícara ou copinho;
- Evitar mamadeiras e chupetas.

Como fazer para conservar o leite estocado?

No trabalho, se a mãe dispor de uma sala de apoio à amamentação, ela deve seguir os passos a seguir para fazer a coleta e estoque do leite materno:

A retirada do leite do peito deve ser conduzida com rigor higiênico sanitário capaz de impedir a contaminação do leite e o prejuízo à sua qualidade. A mulher deve estar orientada sobre a finalidade e importância dos seguintes procedimentos:

Recomendações antes de iniciar a coleta:

a) proteger a boca e as narinas com máscara, fralda de tecido ou um pedaço de pano limpo;
b) prender os cabelos com gorro, touca ou pano limpo;
c) despir blusa e sutiã;
d) lavar as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão – as unhas devem estar limpas e de preferência curtas;
e) limpar as mamas apenas com água;
f) secar as mãos e as mamas com toalha individual ou papel toalha.

Recomendações durante a retirada do leite do peito:

a) abrir o frasco e colocar a tampa sobre a mesa com a abertura para cima;
b) massagear as mamas com as mãos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo;
c) com a mão em “c” colocar os dedos polegar e indicador acima e abaixo da aréola,

respectivamente;

d) aproximar as pontas dos dedos sem deslizar na pele até sair o leite; e) desprezar os primeiros jatos ou gotas;

f) colher o leite no frasco, colocando-o abaixo da aréola;

g) quando já houver leite congelado de outras retiradas do leite do peito, colher o leite utilizando um copo de vidro previamente fervido por 15 minutos ou esterilizado;

h) completar o volume de leite do frasco sob congelamento, colocando o leite recém-retirada do leite do peitodo do copo sobre o que já estava congelado, até o limite máximo de dois dedos da boca do frasco;

i) fechar bem o frasco após terminar a retirada do leite do peito;

j) rotular o frasco com o nome da nutriz, data e hora da primeira coleta.

k) quando for utilizada bomba extratora, observar também as recomendações do fabricante.

Recomendações para o transporte do leite retirado:

a) guardar imediatamente o frasco no freezer ou congelador, em posição vertical. A temperatura do freezer deverá estar abaixo de -3°C (três graus Celsius negativos);

b) ao final da jornada de trabalho o frasco com leite deverá ser transportado pela mulher para a sua residência em embalagens térmicas;

c) o leite extraído pode ser mantido congelado por, no máximo, 15 dias (se for para uso do seu bebê) e 10 dias (se for para doação à um Banco de Leite Humano).

O leite materno deverá ficar o menor tempo possível à temperatura ambiente. Caso a mãe decida doar o excesso do seu leite a um Banco de Leite Humano (BLH), deve congelá-lo imediatamente após a retirada do leite do peito. Para ser dado ao bebê, o leite deve ser descongelado e aquecido no próprio frasco, em banho-maria. O leite materno não pode ser descongelado em forno de micro-ondas e não deve ser fervido. O uso de mamadeira deve ser evitado por poder causar confusão de bicos e desmame precoce. Os bebês podem tomar leite em xícara ou copinho. O leite aquecido que não foi usado deve ser descartado.

Conservação e validade do leite materno:

Na geladeira: leite cru - 12 horas

No freezer: leite cru - até 15 dias (para uso doméstico)

Leite cru – até 10 dias (para doação para Banco de Leite Humano)

(Fonte: RDC 171/2006 – ANVISA)

Amamentação após 6 meses

Quando o bebê pode comer outros alimentos, além do leite materno?

A partir dos 6 meses a criança já está pronta para receber novos alimentos e a mãe deve oferece-los, inclusive água tratada, filtrada ou fervida e continuar amamentando. Por volta dos 8 meses, a criança poderá receber os alimentos preparados para a família, sem excesso de sal ou gordura. Para temperar devem ser usados temperos naturais como alho, cebola, ervas e um fio de óleo.

Qual é a idade de parar de amamentar?

A amamentação é recomendada até 2 anos ou mais. O leite acompanha o crescimento do bebê e no segundo ano de vida ainda é uma ótima fonte de proteínas, vitaminas, energia e anticorpos para a melhor proteção da criança. Não há um período pré-estabelecido para o desmame. Ele deve acontecer naturalmente, sem pressões tanto para a mãe quanto para o bebê. Criança e mãe decidem juntos qual o melhor momento.

Quando a mãe engravida novamente pode continuar a amamentar?

Sim. Uma nova gestação não prejudica o leite, mesmo que mude um pouquinho o seu gosto. A bebê às vezes estranha, mas logo se acostuma. A amamentação não prejudica o bebê que está se formando. O médico ou profissional que acompanha o pré-natal deve orientar essa nova gravidez. A amamentação só deverá ser interrompida, excepcionalmente, quando há risco de um parto prematuro.

Referências

1. BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada. **RDC Nº. 171, de 4 de setembro de 2006**. Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d02994804745973f9fa1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+DE+171-2006.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 15 abr. 2015.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias** / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
3. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html >. Acesso em: 30 jun. 2015.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. _____. 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.

8. BUENO, L.G.S.; TERUYA K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80 (5 Supl), p. S126-S130, 2004.

9. BRASIL. LEI Nº 12.873, DE 24 DE OUTUBRO DE 2013. Disponivel em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12873.htm>. Acesso em: 07 fev. 2018

Apêndice G

Estudos de caso da Atividade Complementar IV

Caso 1:

Contexto: estória da família de Alice e Bruno. Alice, 25 anos, casada com Bruno, 29 anos. Eles moram em uma casa muito próxima aos familiares. A mãe de Alice chama-se D. Maria e mora ao lado do casal. Alice trabalha como secretária de uma grande empresa e cumpre 8 horas diárias de trabalho, e gasta 2 horas para ir e voltar do trabalho. Bruno trabalha como pedreiro, 8 horas diárias e estuda à noite.

Alice frequentava a UBS e tinha muito vínculo com a equipe de saúde, que conhecia toda sua família. Nos últimos meses realizou 4 testes de gravidez e expressava seu desejo de engravidar de seu 1º filho.

Agora, gestante com 28 semanas, está com muitos medos. Notou mudanças no seu corpo, especialmente nas mamas. Relatou para um membro da equipe que acredita que não conseguirá amamentar, pois todas as mulheres de sua família tiveram pouco leite, além disso, ela tem o mamilo virado para dentro (invertido).

Na UBS, Alice relatou para a auxiliar de enfermagem que está saindo um líquido claro das mamas e acredita que seu leite vai ser bem ralo, aguado e que provavelmente irá precisar dar outro leite ao bebê pois não irá sustentar e engordar o bebê. Na consulta de enfermagem perguntou se poderá dar de mamar logo que o bebê nascer, pois ouviu dizer que deverá esperar 12h, principalmente se o nascimento for via cesárea. Também questionou sobre o que é um Hospital Amigo da Criança e se poderia comprar leite materno do banco de leite, pois sabia que não conseguiria amamentar.

Quais orientações poderiam ser dadas a essa gestante? Qual a importância do início precoce da amamentação? O que é Hospital Amigo da Criança? A equipe tem conhecimento de algum próximo ao seu território?

Temas que podem ser abordados pelo tutor
- anatomia da mama/ tipos de mamilos
- como funcionam os hormônios
- como o leite vai do peito para o bebê
- colostro e leite maduro
- importância do início precoce do AM
- IHAC (10 passos para o sucesso do AM)

Conduta do Caso:

Alice está bastante preocupada com as transformações de seu corpo, especialmente em relação à mudança nas mamas e em relação à anatomia de seu mamilo. É comum que gestantes primíparas tenham mais dúvidas em relação às transformações do corpo e sobre a amamentação e também sejam mais influenciadas por medos, mitos e pela opinião de outras mulheres e familiares. Nesse sentido, a equipe utilizando as habilidades de aconselhamento pode acolher as dúvidas e orientar Alice. O uso do aconselhamento de amamentação no pré-natal tem como principal objetivo compartilhar com a mãe os conhecimentos baseados em evidências científicas sobre amamentação numa linguagem simples e clara para a gestante sinta-se empoderada para fazer suas próprias escolhas (Bueno & Teruya, 2004). Para mais informações sobre o aconselhamento no pré-natal consulte o CAB 23.

O exemplo de Alice traz a importância da coerência entre as informações dadas por cada membro da equipe, por isso é extremamente relevante que toda equipe tenha discutido previamente e esteja preparada para acolher as dúvidas e os mitos em relação à amamentação desde a gestação e também elabore estratégias para a inclusão dos familiares nessa abordagem.

Durante o acompanhamento pré-natal, além de seguir o protocolo de orientações por consulta é importante estar atento ao conteúdo sobre o qual a gestante está interessada em dialogar. No caso de Alice, ela traz conteúdos repletos de mitos e ansiedades relacionados à amamentação e abordar isso torna-se fundamental para que ela esteja motivada para amamentar seu bebê.

A seguir alguns aspectos que poderiam ser abordados na consulta de gestantes com vistas a desenvolver a confiança e motivação para amamentação:

- Planos da gestante com relação à alimentação da criança, assim como experiências prévias (incluindo as vivências familiares), mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionados com o aleitamento materno.

- Conversar e orientar sobre as mudanças nas mamas, mamilo e sobre a fisiologia da lactação. Durante o exame das mamas nas consultas de pré-natal o profissional pode fornecer informações sobre as mudanças nas mamas (crescimento acelerado/ aumento do volume) como um processo fisiológico esperado e que a mama, na gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios, mas ainda não secreta o leite devido à inibição pelo lactogênio placentário. Em relação à preocupação da Alice com seu mamilo, a equipe pode orientar que não é necessária nenhuma manobra para aumentar e fortalecer os mamilos e que a maioria dos mamilos curtos apresenta melhora com o avançar da gravidez, sem nenhum tratamento; além disso contar para Alice que os mamilos costumam ganhar elasticidade durante a gravidez e o grau de inversão dos mamilos invertidos tende a diminuir em gravidezes subsequentes.
- Importância do aleitamento materno, fisiologia da lactação e tipos de leite. Conversar sobre os benefícios da amamentação e sobre a fisiologia da lactação e maneiras de estimular a produção de leite após o nascimento do bebê. Informar sobre os tipos de leite: colostro (leite dos primeiros dias - contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro) e leite maduro (o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto). Assim como Alice, muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite e acham que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante oferecer a informação de que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe.
- Importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à amamentação. É importante que a Alice seja informada que independentemente do tipo de parto, a amamentação e o contato pele-a-pele podem acontecer na primeira hora de vida do bebê. O início precoce da amamentação aumenta a duração do aleitamento materno; o contato pele-a-pele mantém o calor e permite a colonização do recém-nascido com a flora materna, acalma ambos, reduz o choro; o bebê aprende a mamar de maneira mais eficiente; ajuda na prevenção da hemorragia pós-parto. Os primeiros dias após o parto são

fundamentais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para a mãe e para o bebê.

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Os hospitais com esse título têm como objetivo mobilizar os funcionários do estabelecimento de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos como critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para lactentes e Crianças de primeira Infância, do Cuidado Amigo da Mulher e da garantia de acesso livre 24 horas por dia dos pais, ou responsável legal na ausência desses, ao bebê internado. Assim como Alice, muitas mães podem desconhecer o significado desse título, portanto ter essa informação pode ser muito valioso no momento da escolha do hospital de nascimento do bebê.

10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno				
1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço	2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma	3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação	4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto	5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos
6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica	7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia	8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda	9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas	10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar

Caso 2:

Contexto: estória da família de Alice e Bruno. Alice, 25 anos, casada com Bruno, 29 anos. Eles moram em uma casa, muito próxima aos familiares. A mãe de Alice, chama-se D. Maria e mora ao lado do casal. Alice trabalha como secretária de uma grande empresa e cumpre 8 horas diárias de trabalho, e gasta 2 horas para ir e voltar do trabalho. Bruno trabalha como pedreiro, 8 horas diárias e estuda à noite.

Alice teve seu bebê, Caetano, há três dias. D.Maria está ajudando o casal nos cuidados da casa e do bebê. Alice procurou a UBS relatando dificuldades para amamentar o bebê.

Ela relata sentir muita dor ao amamentar, além disso, está com a mama "empedrada". Segundo Alice, o leite não está descendo; como o leite não está fluindo com facilidade, ela concluiu que está com pouco leite e pensou em oferecer a mamadeira, pois Caetano está chorando de fome. Além do grande desconforto nas mamas, Alice referiu que sentiu mal-estar na última noite.

Bruno e D. Maria querem muito ajudar e falam que farão o melhor para o bebê. Alice depois das participações no grupo de gestantes e consultas pré-natais ficou muito confiante de que poderia amamentar, mas no momento não via saídas, no entanto buscou ajuda na UBS.

Quais orientações e intervenções que vocês fariam para essa dupla/família?

Temas que podem ser abordados pelo tutor

- composição do LM
- pega adequada x inadequada
- posições para amamentar
- avaliação da mamada
- retirada do leite do peitoretirada do leite do peito
- exame das mamas da mãe com queixa de dor
- problemas precoces e tardios nas mamas
- motivos que levam aos problemas nas mamas

Conduta do Caso:

O acolhimento e a intervenção rápida no caso de Alice e Caetano podem ser cruciais para o desfecho positivo sobre a amamentação da dupla. Nesse caso, a equipe deve ter um plano de ação (fluxograma de atendimento em alimentação infantil) para acolhimento de situações de emergência em amamentação para que tanto as primeiras avaliações/intervenções sejam realizadas imediatamente bem como flexibilidade para que o acompanhamento possa ser realizado com a frequência adequada ou que o caso seja encaminhado para o serviço de apoio a amamentação do território. A seguir algumas condutas/intervenções que a equipe e o profissional poderiam tomar:

- Avaliação da mamada e exame das mamas da mãe com queixa de dor: é importante que a primeira intervenção do profissional seja a realização do exame das mamas e avaliação da mamada completa, observando o posicionamento, pega e reflexos do bebê. Verifique se o ciclo sucção-deglutição-respiração está presente. É importante que o profissional oriente e conduza a intervenção para ajustar os aspectos de posicionamento-pega-reflexos conduzindo para uma mamada mais confortável e efetiva. Após realizada a avaliação da mamada o profissional estará apto a diferenciar o ingurgitamento fisiológico do patológico e fazer o diagnóstico diferencial entre "bebê com sucção fraca", "ingurgitamento mamário", “mastite” e "mamilos machucados"; podendo dessa forma estabelecer a melhor conduta para cada situação encontrada. (item 9 do CAB 23 existem informações sobre o manejo e prevenção dos principais problemas da amamentação).

Avaliação da mamada	
Sinais da pega incorreta	**Sinais da pega correta**
Queixo do bebê não toca o seio	A boca do bebê está bem aberta
A boca não está bem aberta	Os lábios estão virados para fora
O lábio inferior está apontando para frente ou virado para dentro	A língua do bebê está acoplada em torno da região aréolo-mamilar
Vê-se a mesma quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebê	As bochechas permanecem arredondadas
Nota-se esforço das bochechas durante a mamada	Pode-se observar mais aréola acima do que abaixo da boca do bebê
Pode-se ouvir estalidos agudos durante a mamada	Pode-se ouvir a deglutição do bebê

- Observe os aspectos gerais, saúde, nutrição e estado de alerta do bebê: a avaliação clínica do bebê é fundamental, o profissional pode procurar sinais que possam interferir na amamentação; observar as respostas do bebê antes e após a mamada pode indicar se está ocorrendo algum problema na extração do leite e a necessidade de agendar um retorno.

Caso 3:

Contexto: estória da família de Alice e Bruno. Alice, 25 anos, casada com Bruno, 29 anos. Eles moram em uma casa, muito próxima aos familiares. A mãe de Alice, chama-se D. Maria e mora ao lado do casal. Alice trabalha como secretária de uma grande empresa e cumpre 8 horas diárias de trabalho, e gasta 2 horas para ir e voltar do trabalho. Bruno trabalha como pedreiro, 8 horas diárias e estuda à noite.

Alice veio à UBS dar vacina de 15 dias em Caetano. Estava chorosa e relatava uma tristeza muito grande após o nascimento do bebê. Contou que nas últimas semanas tem apresentado: choro, tristeza, insegurança, sem vontade de cuidar do bebê. Relatou estar preocupada, pois sua irmã apresentou os mesmos sintomas e precisou de tratamento psiquiátrico para depressão "pós-parto". Contudo, relata que naquele momento o que ajudou sua irmã a restabelecer a confiança foi a amamentação.

Alice contou que as dificuldades na amamentação melhoraram, mas o bebê chora muito, o que a deixa ainda mais ansiosa. Bruno viu uma promoção na farmácia do bairro de leite em pó e sugeriu a Alice que comprassem, D.Maria apoiou e sugeriu também que comprassem a chupeta para ajudar a acalmar o Caetano. Alice está confusa, pois tem medo de dar chupeta e mamadeira e o bebê não querer mais o peito.

Como você, na sua função, abordaria essa mãe? Quais habilidades de aconselhamento você usaria para elogiar, orientar e advertir?

Temas que podem ser abordados pelo tutor:
- habilidades de aconselhamento
- Ações de proteção ao AM - NBCAL
- Riscos da alimentação artificial e uso de bicos artificiais

Conduta do Caso:

Nesse momento a família de Alice precisa de acolhimento e apoio para lidar e entender o comportamento do bebê que em tão poucos dias mudou a rotina da família. Por isso, para qualquer intervenção que seja realizada com essa família faz-se necessário o uso das habilidades de aconselhamento. "Aconselhamento é uma forma de atuação do profissional com a mãe onde ele a escuta, procura compreendê-la e, com seus conhecimentos, oferece ajuda para propiciar que a mãe planeje, tome decisões e se fortaleça para lidar com pressões, aumentando sua autoconfiança e autoestima" (Bueno & Teruya, 2004). As habilidades de aconselhamento estão apresentadas a seguir:

Habilidades de ouvir e aprender	Habilidades para aumentar a confiança e dar apoio
Use comunicação não-verbal útil. Mantenha a cabeça no mesmo nível. Preste atenção. Remova barreiras. Dedique tempo. Toque de forma apropriada. Faça perguntas abertas. Repita o que a mãe diz com suas palavras. Use expressões e gestos que demonstrem interesse. Demonstre empatia mostre que você entende como a mãe se sente. Evite palavras que demonstrem julgamento.	Aceite o que a mãe pensa e sente. Reconheça e elogie o que a mãe estiver fazendo certo. Dê ajuda prática. Dê poucas informações, selecionando aquelas que são relevantes. Use linguagem simples. Dê sugestões e não ordens.

Envolver a avó e o marido (rede social de apoio) e orientar sobre os aspectos emocionais no pós-parto e a importância da divisão das tarefas no cuidado ao bebê e outras atividades domésticas. Esclarecer a família sobre a importância do apoio emocional nas decisões e escolhas da mãe. Consultar o Manual do Método Canguru para discutir questões relacionadas aos aspectos emocionais da amamentação.

Utilizando-se das habilidades de aconselhamento abordar os riscos da alimentação artificial e uso de bicos artificiais e da "confusão de bicos". Alertar a mãe que após sugar um bico artificial o bebê pode: ter dificuldades para fazer uma boa pega; fazer pressão negativa com as bochechas; confiar que o leite saia por ação da gravidade; colocar a língua na região posterior da boca. Esses aspectos podem prejudicar a amamentação e conduzir ao desmame precoce. Consultar o CAB 23 para maiores informações sobre os prós e contras ao uso de mamadeiras e chupetas.

Caso 4:

Contexto: estória da família de Alice e Bruno. Alice, 25 anos, casada com Bruno, 29 anos. Eles moram em uma casa, muito próxima aos familiares. A mãe de Alice, chama-se D. Maria e mora ao lado do casal. Alice trabalha como secretária de uma grande empresa e cumpre 8 horas diárias de trabalho, e gasta 2 horas para ir e voltar do trabalho. Bruno trabalha como pedreiro, 8 horas diárias e estuda à noite.

Alice retorna à UBS, na consulta de enfermagem, com Caetano com 3 meses. D.Maria começou a pressioná-la para introduzir a mamadeira para o bebê já ir acostumando, pois Alice voltará a trabalhar daqui a 1 mês e será a avó quem cuidará de Caetano. D. Maria sugeriu também oferecer suco de fruta para complementar as mamadas enquanto Alice estiver no trabalho.

Contudo, Alice está muito preocupada em como será quando retornar ao trabalho, porque deseja amamentar Caetano exclusivamente até os seis meses.

Quais seriam as ações e orientações dessa equipe para esta mãe trabalhadora e para a avó cuidadora?

Temas que podem ser abordados pelo tutor:
- ações de proteção ao AM- leis trabalhistas
- rede social e familiar de apoio (trabalho com as famílias)
- conservação do LM
- mamadeira X uso do copo
- técnica de retirada do leite do peito e armazenamento

Conduta do Caso:

Para muitas mães manter a lactação após retornarem ao trabalho é um grande desafio, por isso 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.

Nesse sentido, a equipe pode elogiar a atitude de Alice em desejar amamentar exclusivamente até o 6º mês e acolher sua preocupação em como dar continuidade. É importante enfatizar que a duração total da licença maternidade pode ser usada para amamentar exclusivamente; e que nos últimos 15 dias da licença, Alice pode começar a retirar o seu leite e estocá-lo no freezer ou congelador, de preferência em pequenas quantidades, para que haja um estoque pronto a ser dado ao bebê quando ela começar a trabalhar. Algumas informações técnicas para antes do retorno ao trabalho e para após o retorno ao trabalho também poderão fortalecer o desejo da mãe em continuar amamentando:

Antes do retorno ao trabalho

- A produção de leite se dá de acordo com a demanda da criança, ou seja, quanto mais o bebê suga, mais leite será produzido, por isso é importante manter o aleitamento materno exclusivo;
- Conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, freezer, horários);
- Iniciar o estoque de leite 15 dias antes do retorno ao trabalho;
- Praticar a retirada do leite do peito (de preferência manualmente) e congelar o leite para usar no futuro;
- Na ausência de sucção é essencial que a mulher esvazie as mamas extraindo o seu leite em intervalos regulares. Assim como é importante dar o peito sempre que a mãe estiver com o bebê;
- Planejar a forma com o que o leite será oferecido ao bebê. Alimentar o bebê

com xícara, copinho ou colher é fácil, mas é preciso que a pessoa que vai cuidar do bebê aprenda a fazer isso. Recomenda-se que ela pratique dar o seu leite ao bebê com um desses utensílios durante alguns dias antes do final da licença maternidade.

Após o retorno ao trabalho

- Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas, retirando o leite do peito e guardando-o em freezer ou geladeira. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar. Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e, no freezer ou congelador, por 15 dias.
- Para alimentar o bebê com o leite que foi congelado, este deve ser descongelado em banho-maria fora do fogo, agitando o vidro suavemente. para homogeneizar a gordura. Após totalmente descongelado o leite materno poderá ser oferecido ao bebê. Não é recomendado o uso de micro-ondas para descongelar o leite materno.
- A prolactina, hormônio responsável pela produção de leite, é liberada mais à noite. Então, se a mãe puder manter a amamentação durante a noite ajudará a manter uma boa produção de leite.

Com relação à oferta do suco de fruta, o profissional deve reforçar que até os seis meses o leite materno é o melhor alimento para o bebê fornecendo todos os nutrientes e substâncias importantes para ele. Para a criança amamentada exclusivamente, oferecer suco de fruta ou qualquer outro alimento antes dos seis meses pode aumentar o risco de doenças infecciosas além reduzir o número de mamadas, podendo impactar na fisiologia da lactação.

Sobre os benefícios trabalhistas, o profissional da saúde pode conversar com a mãe para ajudá-la a entender seus direitos para que possa reivindicá-los junto à empresa. A cartilha da Mulher Trabalhadora que Amamenta, do Ministério da Saúde, pode ser uma referência para ajudar nessas orientações. Outra estratégia para ilustrar a viabilidade de manter a amamentação após o retorno ao trabalho pode ser convidar mães que tiveram sucesso nesse processo para compartilhar sua experiência (dificuldades e lições aprendidas) com outras mulheres.

8. Atividade Complementar V - Promoção da alimentação complementar saudável

Tempo: 2h20

Objetivo

- Retomar conteúdos sobre alimentação complementar visando consolidar e uniformizar o conhecimento da equipe.

Preparação pré-oficina:

- Lista das principais dúvidas: O tutor deve solicitar com antecedência que a equipe liste as principais dúvidas e dificuldades que enfrentam em relação ao manejo da alimentação complementar saudável.
- Organizar bibliografia de apoio:
  - Guia Alimentar para crianças menores de dois anos: Dez passos para uma alimentação saudável.
  - Caderno de Atenção Básica nº 23.
  - Caderno de Atenção Básica nº 33.

Material necessário:

- Folha de flipchart/Cartolina/Papel sulfite, Pincel atômico, Fita adesiva.
- Cópias do estudo de caso. (Apêndice H)
- Álbum Seriado Dez Passos para Alimentação Saudável.

Esquema da atividade:

1. Introdução (10min).
2. Revendo Conhecimentos sobre Alimentação Complementar (60min).
3. Discussão de casos (60min).
4. Fechamento (10min).

1. **Introdução (10min)**

Metodologia

O tutor expõe o objetivo da atividade, acrescentando que este é o momento de discutirem e juntos encontrarem respostas para as dúvidas com relação a alimentação complementar. Sugere-se iniciar com a pergunta: *Por que estamos aqui hoje?*

2. Revendo conhecimentos sobre Alimentação Complementar (60min)

Metodologia

Exibir o vídeo "Dez Passos para alimentação saudável para crianças menores de dois anos"

Após o vídeo, o tutor estimula uma discussão no grupo sobre os pontos do filme que merecem destaque e que remetem a realidade que encontram nos atendimentos de mãe-bebê.

3. Discussão de casos (60min)

Metodologia

1ª etapa (30min): *Leitura e discussão dos casos em grupos*

Os participantes serão divididos em 4 grupos para ler e discutir os casos abaixo. Grupos 1 e 2 receberão o Caso 1 e Grupos 3 e 4 receberão o Caso 2. (Apêndice H).

Enquanto a equipe está em grupo lendo os casos, o tutor deve permanecer à disposição dos participantes para interagir e tirar dúvidas. Sugere-se que nesse momento o tutor leia as principais dúvidas levantadas pela equipe na pré-oficina e se prepare para direcionar o conteúdo da discussão dos casos, otimizando o aprendizado.

2ª etapa (30min): *Apresentação e discussão dos casos*

Após a leitura e discussão nos grupos o tutor poderá sortear um grupo para fazer

a apresentação do Caso 1 e outro para apresentar o Caso 2. Após a apresentação de cada grupo, deverá convidar os demais grupos a complementarem a apresentação com questões que não tenham sido comentadas. Para encerrar a discussão do caso o tutor deve checar nos temas e condutas sugeridos no Apêndice H se é necessário fazer alguma complementação para garantir que todos os tópicos sejam abordados. Sugere-se que neste momento para ilustrar, guiar a discussão e afinar as condutas seja utilizado o álbum seriado Dez Passos para Alimentação Saudável bem como os outros materiais listados nas referências de apoio.

4. Fechamento (10min)

Sugere-se que o tutor verifique com a equipe se todas as questões levantadas previamente e durante a oficina foram respondidas. Em caso negativo, o tutor pode checar as perguntas e respostas sobre do tema em questão. Caso a questão não consiga ser respondida imediatamente, o tutor e a equipe podem consultar nas referências/ cadernos de Atenção Básica.

Perguntas e Respostas

Qual a importância da alimentação complementar para a criança menor de 2 anos?

A introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar as numerosas qualidades e funções do leite materno, que deve ser mantido preferencialmente até os dois anos de vida ou mais. A criança é muito vulnerável nos primeiros dois anos de vida, assim a alimentação complementar de qualidade e no tempo oportuno pode protegê-la de diversas doenças prevalentes nessa fase da vida e prevenir de problemas de saúde na vida adulta, especialmente excesso de peso e obesidade. Práticas alimentares inadequadas podem levar a prejuízos imediatos na saúde da criança bem como deixar sequelas futuras como retardo de crescimento, atraso no desenvolvimento escolar e predisposição a doenças crônicas não transmissíveis. A garantia do suprimento adequado de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento da criança após os seis meses

de vida depende da disponibilidade de nutrientes proveniente do leite materno e da alimentação complementar. Ao orientar o planejamento da alimentação da criança, deve-se procurar respeitar os hábitos alimentares e as características socioeconômicas e culturais da família, bem como priorizar a oferta de alimentos regionais, levando em consideração a disponibilidade local de alimentos.

Porque não oferecer água, chá ou suco de fruta antes dos 6 meses de vida?

Até os 6 meses de vida o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança e também é suficiente para saciar a sede do bebê uma vez que parte do leite materno é composta de água. Oferecer à criança amamentada água ou chás pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses. Além disso, qualquer outro alimento, mesmo que seja líquido, interfere no volume de leite materno que a criança poderia mamar, o que pode prejudicar tanto o estado de nutrição da criança quanto a produção de leite materno, fator que está associado ao desmame precoce. A partir da introdução dos alimentos complementares é importante oferecer água à criança nos intervalos das refeições, a água deve ser tratada, filtrada e fervida.

Riscos da introdução alimentos antes do 4º mês (para crianças amamentadas)
Diarreias
Infeções respiratórias
Reações alérgicas
Desnutrição
Menor duração da amamentação
Diminuição na absorção de nutrientes do leite materno, como o ferro

Por que se recomenda a introdução da alimentação complementar aos seis meses?

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. Por volta dos seis meses de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem um nível satisfatório e a criança vai se adaptando física e fisiologicamente para uma alimentação mais variada quanto à consistência e textura. A partir deste período somente o leite materno não é suficiente para atender todas as necessidades nutricionais da criança, especialmente em relação aos micronutrientes. Além disso, a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, já manifesta excitação à visão do alimento, já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação.

Riscos da introdução tardia (após os 6 meses)
Desaceleração do crescimento Risco de desnutrição Deficiências nutricionais, em especial de energia e de ferro

Após os 6 meses, se a criança não aceitar a alimentação complementar, a mãe pode continuar oferecendo somente leite materno?

O início da introdução dos alimentos compreende um período de adaptação aos novos alimentos, há crianças que se adaptam facilmente e outras precisam de mais tempo para essa adaptação. Esse fato deve esclarecido para que não seja motivo de ansiedade e angústia para a mãe. Nesse período se a quantidade de alimento ingerido for pequena e após a refeição a criança apresentar sinais de fome a mãe poderá amamentá-la.

O que fazer quando a criança não aceita a alimentação oferecida?

Observar se o intervalo entre as refeições está adequado, é importante um intervalo de pelo menos duas horas entre as refeições. Observar o ambiente onde a criança está se alimentando, que não deve ter sons e estímulos que desviem a atenção da

criança. Importante observar também os sinais de fome e saciedade da criança. Por exemplo, uma criança que está brincando alegremente provavelmente ainda não estará com fome.

Como deve ser o esquema alimentar da criança a partir dos 6 meses?

Ao completar 6 meses de idade os alimentos complementares devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa de fruta, almoço e papa de fruta), pois contribuem com o fornecimento de energia, proteína e micronutrientes. O leite materno deve ser oferecido nos intervalos e à noite. Ao completar 7 meses deve ser acrescentado o jantar ao esquema alimentar. As refeições, almoço e jantar, devem conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos, um do grupo legumes e verduras, um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, ovo) e um das leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão de bico). O esquema alimentar para crianças amamentadas pode ser consultado no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (Brasil, 2010) e no Caderno da Atenção Básica nº23 - 2ª edição (Brasil, 2015). É importante que o profissional de saúde sempre procure as edições mais recentes do Ministério da Saúde, pois novas edições podem ter sido elaboradas após as sugeridas aqui.

Quais as recomendações de introdução alimentar para criança não amamentada?

Quando o desmame não pôde ser revertido após orientações e acompanhamento dos profissionais ou em situações em que a amamentação não está recomendada, como no caso da mãe soropositiva para o vírus HIV e HTLV-1 e HTLV-2, o profissional de saúde deve estar apto a apoiar essas famílias de forma individualizada, buscando minimizar os riscos por meio de avaliação de cada caso. Como alternativa ao leite materno, deve-se buscar uma alimentação láctea adequada à situação clínica, social e cultural da família. O uso de qualquer outro tipo de leite deve ter indicação de médico ou nutricionista, pois o uso de leite de vaca e/ou fórmula infantil deve ser avaliado por esses profissionais. A introdução alimentar de crianças não amamentadas podem ser consultados no Guia Alimentar

para Crianças Menores de Dois Anos (Brasil, 2010) e no Caderno da Atenção Básica nº23 - 2ª edição (Brasil, 2015). Importante lembrar que a amamentação deve ser protegida, para tanto, a orientação sobre preparo de leites artificiais nunca deve ser feita de forma coletiva. Nos casos em que há necessidade de orientar sobre o preparo de leites artificiais (por exemplo, mães HIV positivo) essa orientação deve ser realizada de maneira individualizada e por profissional qualificado.

Qual tempero utilizar na preparação das refeições? Posso utilizar temperos industrializados?

A alimentação do bebê deve preparada com temperos naturais (ex.: alho, cebola, ervas naturais) e pouca quantidade de sal. Os temperos prontos, assim como outros alimentos industrializados, enlatados, embutidos e frituras não devem ser utilizados na alimentação da criança, pois contém sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais.

Por que as refeições, almoço e jantar, devem ter consistência pastosa e não devemos misturar os alimentos oferecidos à criança?

As refeições, quanto mais espessas e consistentes, apresentam maior densidade energética (caloria/grama de alimento), comparadas com as sopas ralas. Como a criança tem capacidade gástrica pequena e consome poucas colheradas no início da introdução dos alimentos complementares, é necessário garantir o aporte calórico com preparações de alta densidade energética. Nesta fase os alimentos devem ser amassados com o garfo. A consistência terá o aspecto pastoso (papa/purê). A introdução da alimentação complementar espessa vai estimular a criança nas funções de lateralização da língua, jogando os alimentos para os dentes trituradores e no reflexo de mastigação. Assim, a partir de 8 meses ela aceitará, gradativamente, com mais facilidade a comida da família. Não misturar os alimentos possibilita à criança conhecer e se adaptar mais facilmente aos diferentes sabores e texturas dos alimentos, nesse sentido liquidificar ou passar os alimentos na peneira é contraindicado, adicionado ao fato de que os alimentos liquidificados não estimulam a mastigação.

A criança que ainda não tem dentes tem capacidade de mastigar o alimento apenas amassado com o garfo?

Sim. Aos 6 meses, a trituração complementar dos alimentos é realizada com as gengivas que já se encontram suficientemente endurecidas, devido a aproximação dos dentes da superfície da gengiva.

Por que é importante oferecer alimentação variada e colorida?

O consumo de vários tipos de alimentos fornece os diferentes nutrientes necessários para atender a uma alimentação adequada, evitando a monotonia alimentar. A oferta de alimentos variados também é essencial na formação dos hábitos alimentares que ocorre principalmente nos dois primeiros anos de vida da criança. Os hábitos e costumes adquiridos nessa fase irão repercutir por toda a vida. Sabores vivenciados nos primeiros meses de vida podem influenciar as preferências alimentares subsequentes. Uma vez que o alimento se torna familiar nessa fase, parece que a preferência se perpetua, por isso é tão importante que a criança conheça alimentos saudáveis de variados diferentes sabores e texturas nesta fase da vida. Quanto à cor, sabe-se que quanto mais colorida é a alimentação, mais rica é em termos de vitaminas e minerais. Essa variedade de coloração torna a refeição atrativa, o que agrada aos sentidos e estimula o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras, grãos e tubérculos em geral.

Quais os tipos de fruta podem ser oferecidos? Existe alguma fruta não indicada na alimentação da criança?

As frutas devem ser oferecidas preferencialmente sob a forma de papas, sempre em colheradas. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada. É importante que a criança receba duas frutas diferentes por dia. As frutas e os sucos naturais especialmente os ricos em vitamina C podem ser oferecidos após as refeições principais em uma dose pequena para facilitar a absorção do ferro presente nos vegetais. Não se recomenda oferecer o suco em

substituição a uma refeição, como lanche por exemplo, por conter menor densidade energética do que a fruta in natura.

No início da introdução alimentar é comum as mães acreditarem que não devem oferecer certos alimentos para seus filhos, como por exemplo a clara de ovo, o feijão inteiro e carnes. Qual a recomendação?

Tanto as carnes, os feijões (grão e caldo) e ovos devem fazer parte das refeições da criança desde os seis meses de idade. As carnes, vísceras e miúdos são especialmente importantes na prevenção da anemia por serem fontes de ferro de alta biodisponibilidade, assim é muito importante que sejam oferecidos à criança mesmo que em pequena quantidade. O profissional deve orientar a utilização de vísceras e miúdos (ex. fígado, coração, moela) pelo menos uma vez por semana. Tanto o ovo quanto os miúdos e vísceras são ótimas fontes proteicas e de baixo custo. Desde o início da alimentação complementar a criança já pode receber o ovo cozido, clara e gema, no entanto o profissional de saúde deve considerar a história familiar de alergias alimentares. Importante lembrar que não existe nenhuma contraindicação para a oferta de peixes à criança a partir dos 6 meses de idade.

Quando a criança rejeita determinado alimento a mãe deve forçar a aceitação?

Não. No entanto é importante entender que as crianças tendem a rejeitar alimentos que não lhe são familiares e esse tipo de comportamento manifesta-se precocemente. Porém, em geral com exposições frequentes os alimentos antes rejeitados passam a ser aceitos, podendo ser incorporados à alimentação da criança. Em média são necessárias de oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança. Muitos pais não entendem esse comportamento como sendo normal e interpretam a rejeição inicial pelo alimento como uma aversão permanente, desistindo de oferecê-lo à criança. Reapresentar o mesmo alimento diversas vezes e de diferentes formas de preparação é importante para a aceitação dos novos alimentos, no entanto não se deve forçar a criança a aceitar a alimentação.

Como deve ser o uso de açúcar e sal na alimentação da criança?

O uso do açúcar, melado e outros alimentos açucarados não deve ser oferecido para crianças menores de dois anos e a sua introdução na alimentação deve acontecer o mais tardiamente possível. O sal deve ser usado com moderação. As preferências alimentares também são desenvolvidas nessa fase, se a criança tem contato precoce com alimentos muito açucarados e salgados provavelmente irá desenvolver uma preferência por esses alimentos na vida futura, sendo um hábito alimentar relacionado a muitas doenças.

O mel é considerado uma opção saudável para adoçar as preparações para a criança?

O mel é contraindicado para crianças até 12 meses de vida. O mel é uma fonte potencial de transmissão do botulismo, que é causado por uma bactéria chamada *Clostridium botulinum*, risco que existe principalmente devido à deficiência de fiscalização nas propriedades produtoras do mel in natura. Por isso, oriente os pais e responsáveis a não oferecer o mel de abelha para crianças até os dois anos de idade.

Quais alimentos não devem ser oferecidos às crianças?

Alimentos industrializados como refrigerantes, café, salgadinhos, açúcar, frituras, doces, gelatinas, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados e outras guloseimas contém grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes e devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida. O consumo desses alimentos está associado com a carência de micronutrientes, alergias alimentares, excesso de pessoa ainda na infância e essas condições podem perdurar até a idade adulta, além de provocarem dislipidemias e alteração da pressão arterial.

Quais os cuidados para o preparo da alimentação da criança?

Boas práticas de higiene no preparo dos alimentos 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. Os

principais cuidados são:

- A água deve ser tratada, fervida ou filtrada;
- Lavar as mãos em água corrente e com sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;
- Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa;
- As frutas, legumes e verduras (cruas ou cozidas) devem ser lavados em água corrente e colocados de molho por dez minutos em água clorada utilizando produto adequado para esse fim (ler rótulo da embalagem) na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois enxaguar em água corrente, antes de serem descascados, mesmo aqueles que não sejam consumidos com casca;
- Os alimentos devem ser bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados;
- Preparar a porção (quantidade de alimento) que normalmente a criança ingere. Se, após a refeição, sobrar alimentos no prato (restos), eles não podem ser oferecidos posteriormente;
- Para evitar contaminação orienta-se que os alimentos sejam preparados em quantidade suficiente para o momento do consumo;
- A mamadeira, além de causar confusão de bico e desmame precoce, é o maior veículo de contaminação pela dificuldade para limpeza e adequada higienização. A recomendação é de utilizar copos ou xícaras.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

3. _____. 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.

Apêndice H

Estudos de caso da Atividade Complementar V

Caso 1:

Alice e D. Maria levam Caetano à UBS para consulta e vacinação dos 6 meses. O médico explica que Caetano está com o crescimento e desenvolvimento normais para a idade. Alice relata que conseguiu acordo na empresa e reduziu seu horário de trabalho para 6 horas diárias nos últimos 2 meses. Como aprendeu nas atividades do Grupo de AM e AC ela tem conseguido retiradar o leite do peito e deixar para D. Maria oferecer a Caetano enquanto está no trabalho. D. Maria também participou dos grupos e sabe como armazenar o leite. Elas estão muito felizes por D. Maria conseguir oferecê-lo no copinho a Caetano, já que inicialmente não acreditavam que seria possível. Agora D. Maria se sente confiante com as orientações que recebe na UBS e diz acreditar que está fazendo o melhor para o seu neto. Alice se sente muito realizada por ter conseguido amamentar Caetano exclusivamente até os seis meses. As duas estão com algumas dúvidas quanto à alimentação do Caetano de agora em diante. Alice relata que Caetano demonstra vontade de comer o que a família está comendo, “ele fica pedindo”. Ela se mostra preocupada porque Caetano quer “comer coisas” que ela acha que não fariam bem para o bebê.

Contexto: estória da família de Alice e Bruno. Alice, 25 anos, casada com Bruno, 29 anos. Eles moram em uma casa, muito próxima aos familiares. A mãe de Alice, chama-se D. Maria e mora ao lado do casal. Alice trabalha como secretária de uma grande empresa e gasta 2 horas para ir e voltar do trabalho. Bruno trabalha como pedreiro por 8 horas diárias e estuda à noite. Nos primeiros seis meses de Caetano, Alice procurou por diversas vezes a unidade básica de saúde com queixas variadas com relação à amamentação e ao desenvolvimento, que foram acolhidas pela equipe e fortaleceram Alice que conseguiu amamentar exclusivamente Caetano até hoje.

Quais seriam as ações e orientações da equipe para a mãe e para a avó?

Temas que podem ser abordados na discussão dos casos:

- Habilidades de comunicação
- Introdução dos alimentos complementares (grupos de alimentos, quantidade, consistência);
- Importância da continuidade do AM;
- Inicio da oferta de água
- Estimulo ao consumo de frutas, legumes e verduras;
- Importância de estimular a mastigação;
- Sinais de fome e saciedade do bebê;
- Ambiente no momento da alimentação;
- Horário e intervalo das refeições;
- Cuidados com a higiene, armazenamento e conservação dos alimentos;
- Alimentos que não devem ser oferecidos a criança;
- Hábitos alimentares da família;
- Esquema alimentar para criança não amamentada X criança amamentada

Conduta do Caso:

O profissional pode elogiar a família pelo sucesso que vem obtendo nos cuidados com a alimentação e saúde do Caetano. Reforçar o quanto são capazes de mudar hábitos/comportamentos que inicialmente não acreditavam que conseguiriam como retiradar o leite do peito, armazenar e oferecer o LM no copinho a Caetano. Destacar que da mesma forma serão capazes de oferecer a alimentação complementar adequada e saudável para o Caetano.

Elogie o fato de terem vindo esclarecer as dúvidas sobre AC no momento certo, pois a partir de agora o Caetano deverá começar a receber novos alimentos além do leite materno, que deve ser continuado.

Oriente sobre o esquema alimentar a partir dos 6 meses (conteúdo do Passo 3 do Guia “ Dez passos para uma alimentação saudável”):

- Mostre para a mãe e avó o Esquema alimentar para crianças amamentadas, focando no esquema após 6 meses e informar que ao completar 7 meses já pode ser introduzido o jantar.

- Explique sobre os grupos de alimentos informando que as preparações do almoço e jantar devem conter um alimento de cada grupo.

- Informe que a partir de agora é muito importante oferecer água no intervalo das refeições.

Explique a importância de distinguir os sinais de fome e saciedade da criança, nem sempre quando a criança “pede” algo que a família está comendo é porque ela está com fome, nesta fase do desenvolvimento é natural que a criança queira levar à boca tudo que é novo para ela.

Explique sobre a importância dos primeiros anos de vida na formação do hábito alimentar da criança e as repercussões não só na prevenção de doenças na infância assim como na vida adulta. Enfatize que o hábito alimentar da família é determinante nesse processo, uma vez que a criança tende a repetir o comportamento e hábitos dos pais. Conclua, destacando que, para que Caetano não coma alimentos que ela sabe que não fariam bem a ele, a família deve evitar adquirir e consumir tais alimentos, como: refrigerantes, café, salgadinhos, açúcar, frituras, doces, gelatinas, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados e outras guloseimas.

Se possível forneça à mãe um exemplar do material que foi elaborado para auxiliar a família “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos” (Cartilha pequena capa roxa).

Caso 2:

Contexto: estória da família de Alice e Bruno. Alice, 25 anos, casada com Bruno, 29 anos. Eles moram em uma casa, muito próxima aos familiares. A mãe de Alice, chama-se D. Maria e mora ao lado do casal. Alice trabalha como secretária de uma grande empresa e gasta 2 horas para ir e voltar do trabalho. Bruno trabalha como pedreiro por 8 horas diárias e estuda à noite. Nos primeiros seis meses de Caetano, Alice procurou por diversas vezes a unidade básica de saúde com queixas variadas com relação a amamentação e ao desenvolvimento, que foram acolhidas pela equipe e fortaleceram Alice que conseguiu amamentar exclusivamente Caetano até hoje.

Alice e D.Maria retornam à UBS com Caetano, agora com 7 meses, e estão com muitas dúvidas em relação à introdução e aceitação da alimentação. Algumas dúvidas: devem oferecer a comida em forma de sopa? o bebê já pode comer a fruta inteira? Pode comer peixe e camarão? Pode comer ovo inteiro ou não? Pode comer alface ou verdura crua? Pode comer papinha pronta? A comida tem que ser feita só para o bebê? E se sobrar pode congelar e como acondicionar? Quais temperos devem usar? Caetano já pode comer alimentos integrais? E macarrão e macarrão instantâneo, pode? Também relatou dúvidas em relação à oferta de sobremesa (doce, iogurte, etc) após a refeição. Uma preocupação grande tanto de Alice como de D. Maria é que acham que Caetano come pouco e às vezes rejeita alguns alimentos e elas não sabem se devem insistir. Além dessas dúvidas D. Maria pergunta por que o filho da vizinha que não mama no peito desde recém-nascido mas tem a mesma idade que Caetano já está recebendo almoço e jantar.

Quais seriam as orientações da equipe para essa mãe e avó?

Conduta do Caso:

Diante de tantas dúvidas e ansiedade o profissional de saúde deve tranquilizar a família explicando que essa é uma fase de transição e que é normal surgirem dúvidas e algumas dificuldades, mas que aos poucos o Caetano vai se adaptando aos novos alimentos e sua alimentação vai se aproximando da alimentação da família. Procurar responder as dúvidas de forma bem objetiva, informando:

- Como esta é uma fase de adaptação é muito comum a criança rejeitar alguns alimentos, pois ainda está se acostumando com os sabores e texturas diferentes, por isso em média são necessárias de oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança. Esclarecer que a capacidade gástrica do bebê é pequena e que gradativamente ele vai aumentando o volume de aceitação. Lembrar que é importante manter um intervalo regular entre as refeições para que a criança possa estar com fome.
- A consistência dos alimentos deve ser de papa e não de sopa para que Caetano receba uma quantidade maior de nutrientes e energia.
- Pode ser oferecido qualquer tipo de fruta, preferencialmente oferecer a fruta e não o suco, mas a quantidade será de acordo com a aceitação da criança.
- Quanto ao peixe, crustáceos e ovo inteiro o profissional deve perguntar se há história familiar de alergia alimentar, caso não tenha, informar à mãe/avó que são raros os casos de alergia alimentar, mas que elas devem observar e caso ocorra algum tipo de reação diferente procurar a Unidade de Saúde.
- É importante Caetano receber verduras cruas, devidamente higienizadas e também cereais integrais como arroz integral, macarrão integral e aveia, por exemplo.
- Orientar que a oferta de sobremesa é desnecessária e lembrar que a criança não deve receber doce, iogurte, macarrão instantâneo, papinhas prontas, temperos artificiais e outros alimentos industrializados.
- Explicar que somente nos primeiros meses da introdução alimentar algumas preparações para o Caetano precisarão ser feitas separadamente das preparações

da família em razão da consistência, que deve ser mais macia. A partir de 8-9 meses ele já poderá receber as preparações da família apenas amassadas. Lembrar que ele poderá receber as mesmas preparações da família desde que sejam saudáveis para ele.

- Quanto à conservação orientar que de preferência os alimentos devem ser preparados em quantidade suficiente para a consumo naquele momento, mas caso precise guardar, logo após o preparo acondicionar em recipientes limpos e secos e não deixar em temperatura ambiente, guardar imediatamente no refrigerador e utilizar na próxima refeição. Lembrar da importância do funcionamento adequado do refrigerador e não abrí-lo com frequência.

- Quanto a diferença em relação à alimentação do filho da vizinha explicar que a criança não amamentada deve iniciar mais cedo a introdução de alimentos para não ter anemia e outras doenças, já que não estará recebendo todos os nutrientes contidos no leite materno.

9. ATIVIDADE COMPLEMENTAR VI – Proteção Legal da Alimentação Infantil

Tempo: 2h00

Objetivos:

- Conhecer a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, a NBCAL – compreendendo-a uma ferramenta para a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar.
- Discutir o papel da equipe de saúde na proteção legal da alimentação infantil, estimulando o olhar crítico sobre situações do dia a dia.
- Refletir sobre a postura do profissional de saúde diante do cumprimento da Lei nº 11.265/2006 em relação às doações de amostras, patrocínios, promoção comercial e material educativo.

Preparação pré-oficina:

- Organizar bibliografia de apoio:
    - o Lei nº 11.265 de 3 de janeiro de 2006. (Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm)
    - o Decreto Nº 8.552 de 3 de Novembro de 2015.(Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm)
    - o Resoluções RDC 221 e 222 de 05 de agosto de 2002. (Acesso em http://www.aladi.org/nsfaladi/normasTecnicas.nsf/09267198f1324b6403257496006234 3c/31231d4e58d151d1032579e4004c7b51/$FILE/Resoluci%C3%B3n%20N%C2%B0%20221-2002.pdf e http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388704/RDC_222.pdf/7cc1b110-bd6c-4918-b210-5c891b623eef)
    - o Cartilha Promoção Comercial dos Produtos Abrangidos pela NBCAL.

http://www.anvisa.gov.br/propaganda/cartilha_nbcal.pdf

Materiais necessários:

- Cópias do Decreto nº 8.552, de 3 de Novembro de 2015
- Cópias da foto "The Baby Killer" (Anexo 1)
- Cópias das imagens do Apêndice I
- Cópias dos casos Apêndice J
- Cópias do quadro Apêndice K
- Cópias da Cartilha NBCAL: o que você precisa saber!
  http://www.ibfan.org.br/parceiros/pdf/2.pdf

Esquema da atividade:

1. Introdução (15 min)
2. Refletindo sobre situações reais (30 mim)
3. Discussão de casos (45 min)
4. Como podemos cumprir / apoiar a concretização da NBCAL (30 min)

1. Introdução (15 min)

Metodologia

Apresente brevemente aos participantes o objetivo desta atividade complementar. Para que os participantes possam entender a importância da NBCAL neste momento será abordado sobre a origem e o que justificou a sua criação. Para tanto sugere-se apresentar ao grupo a foto conhecida como "The Baby Killer" (Anexo 1) e para estimular a reflexão utilizar as seguintes perguntas disparadoras:

"O que esta imagem representa para você?"

" Qual a mensagem você acha que o autor tentou transmitir com essa imagem?"

" Quais as razões vocês acham que levaram a mamadeira a ser chamada de 'matadora de bebês'? "

Com base no conteúdo do item Perguntas e Respostas ao final dessa atividade e/ou em leituras complementares, à medida que os participantes forem expressando suas percepções complemente a informação acerca da origem dos instrumentos de proteção legal que temos no Brasil e qual a importância deles.

Tutor, não se esqueça de incentivar a participação, elogiando e demonstrando interesse pela opinião de cada participante do grupo.

2. Refletindo sobre situações reais (30 mim)

Metodologia

1ª etapa (10 min): *Discussão em grupos*

Divida os participantes em grupos (duplas ou trios) e entregue uma ou duas imagens (Apendice I) para cada grupo. Oriente que terão 10 minutos para discutir o que pensam sobre a situação apresentada na imagem, refletindo se a mesma estaria de acordo ou se representa uma violação a NBCAL, levando em conta o que foi discutido na etapa anterior.

2ª parte (20 min): *Apresentação e Discussão Geral*

Organize todos os participantes em círculo e solicite que cada grupo mostre a imagem que recebeu e expresse sua opinião sobre a mesma. À medida em que os participantes forem expondo sugere-se uma problematização, estimulando a reflexão e discussão. Para problematizar as imagens o tutor poderá perguntar:

"Esse tipo de abordagem viola a NBCAL? Em que parte?"

"Vocês já se depararam com uma situação desta natureza?"

Nesse momento é importante oferecer informações gerais sobre o que é permitido e proibido pela NBCAL.

Pode-se destacar o importante avanço que já foi obtido com a inserção das advertências obrigatórias nas promoções comerciais e rotulagens, pontuando que esta é uma conquista obtida a partir da NBCAL.

IMPORTANTE: Tutor, é importante se preparar previamente fazendo a leitura detalhada da NBCAL e das perguntas e respostas oferecidas ao final desta atividade.

É muito provável que os participantes perguntem o que pode ser feito frente a uma violação da NBCAL, caso isso ocorra responda que ao final desta atividade irão conversar sobre os canais para se denunciar infrações à NBCAL.

IMPORTANTE: Alertar os participantes para estarem sempre atentos ao conteúdo que acessam e analisarem criticamente as informações.

Notas para o tutor:

Imagens 1 a 3.

· As imagens retratam infrações ao artigo 4º da NBCAL que diz que é **vedada** a promoção comercial dos produtos: fórmulas de nutrientes para recém-nascidos de alto risco; fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis de seguimento para lactentes e mamadeiras, bicos e chupetas; em quaisquer meios de comunicação, incluídas a publicidade indireta ou oculta e a divulgação por meios eletrônicos, escritos, auditivos e visuais.

Parágrafo único. A vedação à promoção comercial referida no caput aplica-se a estratégias promocionais, como **exposições especiais e de descontos de preço**, cupons de descontos, prêmios, brindes, vendas vinculadas a produtos não sujeitos ao disposto neste Decreto, apresentações especiais ou outras estratégias estabelecidas em regulamentação da Anvisa.

Imagens 4 a 10.

· As imagens remetem ao artigo 5º que diz que a promoção comercial dos alimentos de transição e alimentos à base de cereais; fórmulas infantis de seguimento e leites fluidos ou em pó deverá incluir, com destaque visual ou auditivo, dependendo do meio de divulgação, os seguintes dizeres:

I – para as fórmulas infantis de seguimento e leites fluidos ou em pó: “O Ministério

da Saúde informa: o aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os 2 (dois) anos de idade ou mais"; e

II - para os alimentos de transição e alimentos à base de cereais: "O Ministério da Saúde informa: após os 6 (seis) meses de idade, continue amamentando seu filho e ofereça novos alimentos".

§ 1º Os dizeres veiculados **por escrito serão legíveis e apresentados em moldura, próximos aos produtos, no mesmo sentido espacial de outros textos** informativos, quando presentes.

§ 2º Os caracteres de que trata o § 1º deverão ser apresentados em caixa alta, em negrito e ter, no mínimo, vinte por cento do tamanho do maior caractere presente na promoção comercial, com tamanho mínimo de dois milímetros.

3. Discussão de casos (45 min)

Metodologia

1ª etapa (20 min): *Leitura dos casos em grupos*

Divida os participantes em grupos para análise e discussão dos estudos de casos listados no Apêndice J e oriente que cada grupo deverá ler e preparar uma apresentação de um estudo de caso com base nos artigos 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 18, 19, 21 da Lei nº 11.265/2006. Cada grupo deverá receber um caso, cópia da Lei e folhas de papel para rascunho.

2ª parte (25 min): *Apresentação e Discussão*

Cada grupo apresenta o estudo de caso analisado e, posteriormente, os demais grupos poderão complementar a discussão caso tenham alguma experiência para relatar. Ao final, o tutor faz uma breve síntese sobre a importância da postura ética do profissional de saúde no que tange ao cumprimento dos dispositivos legais.

CASO 1

O médico, coordenador do Programa de Saúde da Família do município, foi procurado por um representante da indústria de alimentos infantis para

apresentação de fórmulas infantis para lactentes e alimentos à base de cereais. Após sua explanação sobre a composição nutricional dos produtos, informa que estes foram modificados e trouxe uma amostra para que o profissional conheça melhor o produto e solicita que ele assine o protocolo de entrega.

1. Que análise o grupo faz desse procedimento?
2. O que a lei determina sobre amostras e qual a diferença entre amostra e doação?

Notas para o tutor

• A infração refere-se ao artigo 7º do Decreto 8.552/2015;
• a Lei nº 11.265/2006 e o Decreto determinam que é proibido oferecer amostra por ocasião do relançamento do produto ou da mudança de marca do produto, sem modificação significativa na sua composição nutricional. Porém, não define parâmetros que determine o que é uma mudança significativa na composição. As indústrias costumam se beneficiar dessa fragilidade da lei, para promover seus produtos periodicamente aos profissionais.

Artigos do Decreto nº 8.552/2015 relacionados:

Art. 7º Os fabricantes, distribuidores e importadores somente poderão fornecer amostras dos produtos referidos nos incisos I, III, IV e VI do caput do art. 2º aos médicos pediatras e aos nutricionistas por ocasião do lançamento do produto, observado o disposto no art. 17.

§ 1º Para os efeitos deste Decreto, o lançamento nacional, em todo o território brasileiro, será feito no prazo máximo de dezoito meses.
§ 2º O marco inicial para a contagem do prazo referido no §1º será disciplinado em regulamentação especifica da Anvisa.
§ 3º É vedada a distribuição de amostra por ocasião de relançamento do produto ou de mudança de marca do produto sem modificação significativa em sua composição nutricional.
§ 4º Para afastar a vedação prevista no § 3º, o fabricante, distribuidor ou importador comprovará a modificação significativa na composição nutricional à autoridade fiscalizadora competente.
§ 5º É vedada a distribuição de amostras de mamadeiras, bicos, chupetas e fórmula de nutrientes para recém-nascido de alto risco.
§ 6º A amostra de fórmula infantil para lactentes somente será ofertada mediante prévia solicitação de médico pediatra ou de nutricionista e será acompanhada de protocolo de entrega da empresa, com cópia para o profissional de saúde solicitante.

CASO 2

A Área Técnica de Saúde da Criança do município planeja fazer capacitação com equipes de atenção básica, em comemoração à Semana Mundial de Aleitamento Materno, porém estão com dificuldades para viabilizar recursos materiais e financeiros para o evento. Um profissional de saúde que costuma participar de congressos com passagens financiadas pela empresa X sugere pedir ajuda para ela, pois é a mesma indústria que ganhou a licitação para fornecimento de fórmulas infantis para os bebês de mães HIV+. O representante desta indústria ofereceu apoio, incluindo *coffee break*, aluguel de espaço, materiais de divulgação, transporte para os participantes e facilitadores, entre outras despesas necessárias para o sucesso do evento.

1. O que o grupo pensa sobre a realização de eventos custeados pelas indústrias de alimentos?
2. O que a lei determina sobre patrocínio de eventos e ajuda para pessoas físicas?

Notas para o tutor

• A infração refere-se ao artigo 8º;
• os artigos 18 e 21 referem-se às obrigações de instituições e profissionais de saúde em promover o aleitamento materno exclusivo (AME) e continuado, assim é importante que o facilitador reflita com o grupo que aceitar o patrocínio de uma empresa de produtos que substituem o aleitamento materno se configura num conflito de interesses.

Artigos do Decreto nº 8.552/2015 relacionados:

Art. 8º Os fabricantes, importadores e distribuidores dos produtos abrangidos por este Decreto somente poderão conceder patrocínios às entidades científicas de ensino e pesquisa ou às entidades associativas reconhecidas nacionalmente, vedado o patrocínio a pessoas físicas.

§ 1º As associações filiadas às entidades associativas reconhecidas nacionalmente poderão receber os patrocínios de que trata o caput somente após a prévia aprovação das entidades associativas reconhecidas nacionalmente.
§ 2º As entidades beneficiadas não permitirão que as empresas a que se refere o caput realizem promoção comercial de seus produtos em eventos patrocinados.
§ 3º As empresas patrocinadoras se limitarão à distribuição de material técnico-científico durante o evento patrocinado.
§ 4º Os eventos patrocinados incluirão nos materiais de divulgação o seguinte destaque: “Este evento recebeu patrocínio de empresas privadas, em

conformidade com a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006".
Art. 18. Os órgãos públicos da área de saúde, de educação e de pesquisa e as entidades associativas de médicos pediatras e nutricionistas participarão do processo de divulgação das informações sobre a alimentação de lactentes e de crianças de primeira infância, inclusive quanto à formação e à capacitação de pessoas.
Art. 21. Os profissionais de saúde devem estimular e divulgar a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos de idade ou mais.

CASO 3
Uma equipe de saúde decidiu, durante o planejamento de ações da UBS, criar um material educativo sobre alimentação de lactentes, para entregar às gestantes e às mães. Pensaram em incluir informações para famílias de crianças que são e não são amamentadas. Para tanto, resolveram pedir apoio para um pediatra sobre o conteúdo da alimentação artificial e solicitaram que ele assumisse a autoria de um texto sobre o preparo adequado da mamadeira.

1. O que o grupo pensa sobre o conteúdo do material educativo?
2. O que a lei determina para os materiais educativos sobre alimentação de lactentes?

Notas para o tutor
• A infração refere-se ao § 1º do artigo 19, pois traz informações sobre alimentação artificial incluindo texto do profissional de saúde recomendando o uso de mamadeira;
• os materiais educativos e técnico-científicos que tratam da alimentação de crianças de primeira infância devem explicitar os itens I a V do artigo 19.

Artigos do Decreto nº 8.552/2015 relacionados:
Art. 19 Os materiais educativos e técnico-científicos sobre alimentação de lactentes e de crianças de primeira infância e sobre os produtos referidos no art. 2º atenderão ao disposto neste Decreto e incluirão informações explícitas, de forma clara, legível e compreensível sobre:
I - os benefícios e a superioridade da amamentação quando comparada aos seus substitutos;
II - a orientação sobre a alimentação adequada da gestante e da nutriz, com ênfase no preparo para o início e a manutenção do aleitamento materno até 2 (dois) anos de idade ou mais;

III - os efeitos negativos do uso de mamadeira, bico ou chupeta sobre o aleitamento natural, particularmente no que se refere às dificuldades para o retorno à amamentação e aos inconvenientes inerentes ao preparo dos alimentos e à higienização desses produtos;
IV - as implicações econômicas da opção pelos alimentos usados em substituição ao leite materno ou humano, ademais dos prejuízos causados à saúde do lactente pelo uso desnecessário ou inadequado de alimentos artificiais;
V - a relevância do desenvolvimento de hábitos educativos e culturais reforçadores da utilização dos alimentos constitutivos da dieta familiar.
§ 1º Os materiais educativos e técnico-científicos não conterão imagens ou textos, incluídos os de profissionais e autoridades de saúde, que recomendem ou possam induzir o uso de chupetas, bicos ou mamadeiras ou o uso de outros alimentos substitutivos do leite materno.
§ 2º Os materiais educativos que tratam da alimentação de lactentes não poderão ser produzidos ou patrocinados por distribuidores, fornecedores, importadores ou fabricantes de produtos abrangidos por esta Lei.

4. Como podemos cumprir / apoiar a concretização da NBCAL (30 min)

Metodologia

Nesta etapa da atividade faça a seguinte proposição:

"Vamos pensar quais as possibilidades/ que ações estão ao nosso alcance para concretamente cumprirmos e apoiarmos a NBCAL?"

Estimule uma construção conjunta pelo grupo. Para isto apresente (em recurso didático que tiver disponível) o quadro do Apêndice K e entregue cópias individuais aos participantes. Explique que o objetivo é fazer a leitura por eixo e em seguida tentarem imaginar de que forma eles podem atuar para favorecer a NBCAL sob aquele aspecto. Sugere-se solicitar que um ou mais participantes realizem a leitura em voz alta para todos ou dar um tempo para que todos individualmente leiam e depois discutam.

Tutor, se necessário dê exemplos de ações que podem ser realizadas pela equipe da Atenção Básica, como: cartazes informativos na UBS e na comunidade; campanha de conscientização junto aos comerciantes da comunidade; atividades educativas em escolas e ONGs do território; gincanas e concursos com a comunidade.
Enfatizar que orientar a mãe e protegê-la contra propagandas indevidas é uma forma de proteger o aleitamento e aumentar as chances da mulher amamentar por mais tempo.

Ao final para informar sobre as penalidades previstas pelo descumprimento da NBCAL e os meios existentes para realizar uma denúncia entregue para o grupo algumas cópias da cartilha “NBCAL: o que você precisa saber!” (Se não for possível disponibilizar o material completo, pode-se copiar apenas das páginas 29 a 34). Com base nos capítulos 5 “Penalidade” e 6 “Denuncie” pontue as penalidades previstas e as providências que podem ser tomadas quando uma infração à NBCAL é identificada.

IMPORTANTE: Apresentar à equipe as publicações citadas na bibliografia de apoio e recomendar que estas fiquem disponíveis com fácil acesso a todos os profissionais da equipe de Atenção Básica.

Perguntas e Respostas

Como surgiu o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno o qual originou a NBCAL?

A preocupação com a comercialização de substitutos do leite humano existe há muito tempo no cenário internacional. Em 1939, a pediatra Cicely Williams proferiu uma palestra intitulada "Leite e assassinato", destacando o impacto do uso do leite condensado e da propaganda enganosa na saúde infantil. Na década de 1960, surgiu o termo desnutrição comerciogênica, explicitando a influência exercida pela propaganda comercial nos hábitos maternos no que diz respeito à alimentação da criança, principalmente nos países em desenvolvimento. Influenciada por esses trabalhos a Organização das Nações Unidas (ONU) discutiu, pela primeira vez, em 1970, a relação da prática comercial de alimentos infantis com o declínio na

amamentação, culminando, em 1972, em uma declaração de que a promoção de fórmulas infantis para nutrizes ainda no ambiente hospitalar era imprópria. Motivada por esse destaque dado ao tema, uma organização não-governamental britânica publicou em 1974 um relatório intitulado “The baby killer”, (foto Anexo 1) que denunciava as estratégias das indústrias de leites artificiais e mamadeiras que levavam ao desmame precoce, adoecimento e morte de crianças, principalmente na África. No mesmo ano, durante a 27ª Assembleia Mundial da Saúde, foi demonstrado o declínio geral da amamentação em muitas partes do mundo. Entre os determinantes de tal declínio foi identificada a promoção de substitutos do leite materno. Esse fato incentivou os países-membros a reverem as medidas de promoção de vendas de alimentos infantis e a alterarem as práticas de regulação, incluindo a elaboração de legislação que pautasse a publicidade.

A 37º Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 1980, recomendou que “deveria existir um código internacional de marketing de fórmulas infantis e outros produtos usados como substitutos do leite materno”. Para desenvolver um código internacional de marketing de substitutos do leite materno, foram realizadas numerosas e prolongadas consultas com todas as partes interessadas. Em maio de 1981, a Assembleia de Saúde adotou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, sendo que nesta ocasião o Brasil, conjuntamente com outros 118 países, assumiu o compromisso de implementá-lo.

O que é a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)?

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) é uma das estratégias de proteção do Aleitamento Materno e faz parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

A NBCAL se baseou no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e reúne um conjunto de normas que regula a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de primeira infância, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras. A legislação brasileira atual é fundamentada pelo Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015 que regulamenta a Lei nº 11 265 de 3 de janeiro de 2006. Além disso fazem parte da NBCAL as Resoluções RDC 221 e 222 de 2002.

Qual o objetivo e a importância da NBCAL?

O seu objetivo é assegurar o uso apropriado de fórmulas infantis, leites e outros alimentos e produtos destinados a lactentes e crianças de primeira infância, de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno e na saúde das crianças.

Respeitar o regulamento não é apenas cumprir a legislação, mas contribuir para a promoção do aleitamento materno, ajudar a reduzir os índices de desnutrição e mortalidade infantil e garantir crianças mais saudáveis para o nosso país.

Os instrumentos que compõem a NBCAL são importantes para regular e monitorar a atuação comercial abusiva e salvaguardar a amamentação da propaganda indiscriminada desses alimentos e produtos, estabelecendo as normas para sua comercialização.

As exigências da NBCAL fazem parte de um grupo de estratégias que visam promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Referências

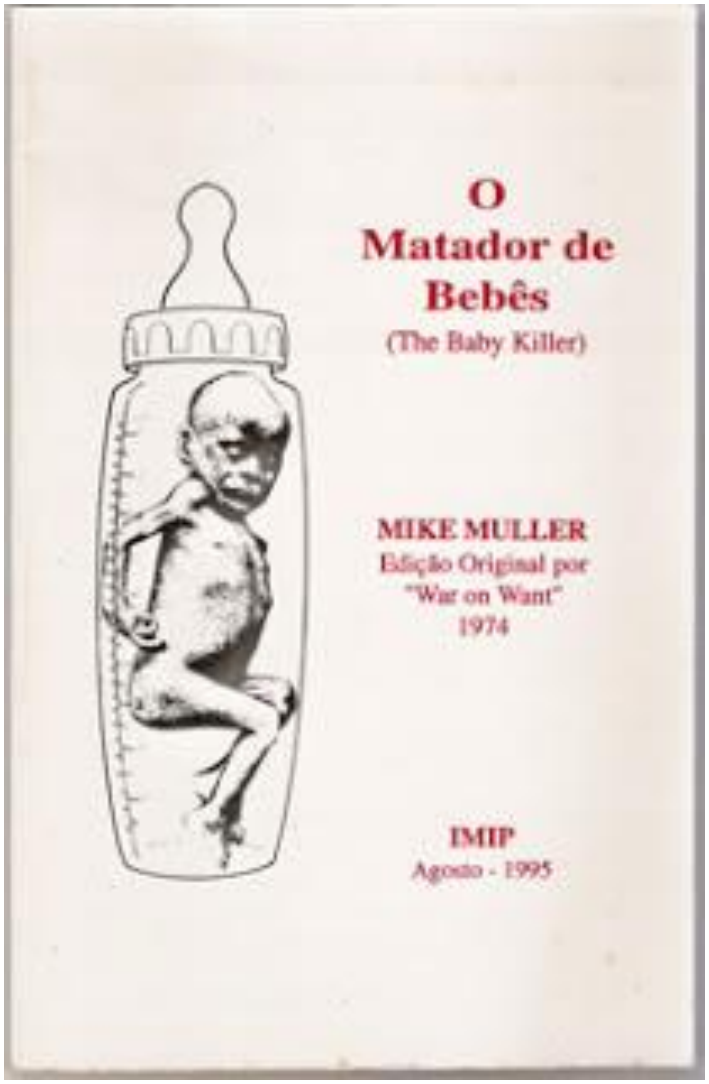
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Cartilha Promoção Comercial dos Produtos Abrangidos pela NBCAL.

2. Renata Monteiro. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 19(5), 2006.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 114p.

4. MULLER, M. O Matador de bebês (The Baby Killer). Recife: IMIP, agosto 1995. 84p.

ANEXO 1 - Capa do livro "The Baby Killer"



APÊNDICE I - Imagens de promoção comercial de produtos abrangidos pela NBCAL.

IMAGEM 1

IMAGEM 2

PROMOÇÃO COMERCIAL
Conjunto de atividades informativas e de persuasão procedente de empresas responsáveis pela produção ou manipulação, distribuição e comercialização com o objetivo de induzir a aquisição ou venda de um determinado produto
Chupeta nuk 2,99
OFERTA
10,99
fiona
R$ 3,50
Desenhos
Ofertas / Descontos

IMAGEM 3

Promoção Comercial em revistas...
KUKA baby
carinho que o seu bebê merece
KUKA PRODUTOS INFANTIS LTDA
Criança levada à sério
E-mail:com@kukababy.com.br - Site:www.kukababy.com.br
Telefone: (11) 6914-8000 - Fax (11) 6914-2061
KUKA baby
BIG MAMADEIRA 150 ml
Revista ALÔ BEBÊ distribuída ao consumidor no balcão da loja.
Campinas, SP
(exemplar gratuito nº 14, Novembro 2002)

IMAGEM 4

IMAGEM 5

IMAGEM 6

QUEIMA ESTOQUE
EM TODAS AS LOJAS!
MAIS DE 1000 ITENS!
SOMENTE À VISTA
LEITE NINHO (400G)
R$8,49
FARINHA DE TRIGO MONA (5KG)
R$5,89
AÇUCAR CRISTAL ESTRELA (5KG)
R$5,98
CAFÉ CABOCLO (500G)
R$5,49

IMAGEM 7

Leite em Pó
"O MINISTÉRIO DA SAÚDE INFORMA:
O ALEITAMENTO MATERNO EVITA INFECÇÕES E ALERGIAS E É RECOMENDADO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS."
DESCONTÃO
4.98
4.98
NINHO
itambé

IMAGEM 8

Arraiá Premiado
Tudo por você!
Pif Paf
Rei do Sul
Nestlé
Ninho
Molico
Aurora
Leve
Nescau
Neston
Elegê
Qualy
Nuggets
Lasanha
Tang
Dafruta
Pepsi
Guaraná Antarctica
Bono
Q-Pão
Wickbold
Creme de Leite
Moça
Piracanjuba
Soya
Parmesa
Flor
Pantene
Nivea
Personal
Dualette
Colgate
Ype
Limpol
Tixan
Ariel
Omo
BEBA COM MODERAÇÃO
sorteio de mais de 1 Milhão em Prêmios
sorteio de 1 Carrão toda semana

IMAGEM 9

MAIS ECONÔMICO
1kg
NINHO
NESTA EMBALAGEM 400G SAEM POR:
6,98
MAIS ECONÔMICO
1kg
NINHO
FORTIFICADO
Leite em Pó Inst. Integral Ninho kg
17,45 cada
OFERTAS VÁLIDAS NESTA 6ªF DIA 24/10/14
ENQUANTO DURAREM NOSSOS ESTOQUES

IMAGEM 10

7,98
OS 100 DIAS
QUE VOCÊ JÁ VIU
Papinha Baby SABORES 120g
3,68
Agora é
3,28
3,28
3,28
3,28
3,28
MUCILON

APENDICE J - Estudos de caso da Atividade Complementar VI

CASO 1

O médico, coordenador do Programa de Saúde da Família do município, foi procurado por um representante da indústria de alimentos infantis para apresentação de fórmulas infantis para lactentes e alimentos à base de cereais. Após sua explanação sobre a composição nutricional dos produtos, informa que estes foram modificados e trouxe uma amostra para que o profissional conheça melhor o produto e solicita que ele assine o protocolo de entrega.

1. Que análise o grupo faz desse procedimento?
2. O que a lei determina sobre amostras e qual a diferença entre amostra e doação?

CASO 2

A Área Técnica de Saúde da Criança do município planeja fazer capacitação com equipes de atenção básica, em comemoração à Semana Mundial de Aleitamento Materno, porém estão com dificuldades para viabilizar recursos materiais e financeiros para o evento. Um profissional de saúde que costuma participar de congressos com passagens financiadas pela empresa X sugere pedir ajuda para ela, pois é a mesma indústria que ganhou a licitação para fornecimento de fórmulas infantis para os bebês de mães HIV+. O representante desta indústria ofereceu apoio, incluindo *coffee break*, aluguel de espaço, materiais de divulgação, transporte para os participantes e facilitadores, entre outras despesas necessárias para o sucesso do evento.

1. O que o grupo pensa sobre a realização de eventos custeados pelas indústrias de alimentos?
2. O que a lei determina sobre patrocínio de eventos e ajuda para pessoas físicas?

CASO 3

Uma equipe de saúde decidiu, durante o planejamento de ações da UBS, criar um material educativo sobre alimentação de lactentes, para entregar às gestantes e às mães. Pensaram em incluir informações para famílias de crianças que são e não são amamentadas. Para tanto, resolveram pedir apoio para um pediatra sobre o conteúdo da alimentação artificial e solicitaram que ele assumisse a autoria de um texto sobre o preparo adequado da mamadeira.

1. O que o grupo pensa sobre o conteúdo do material educativo?
2. O que a lei determina para os materiais educativos sobre alimentação de lactentes?

APÊNDICE K - Quadro de ações/estratégias para apoiar a NBCAL.

EIXOS ABORDADOS PELA NBCAL - Decreto Nº 8.552 de 3 de Novembro de 2015.	**O QUE QUE PODEMOS FAZER PARA FAVORECER O CUMPRIMENTO DA NBCAL?**
1. Promoção comercial: a) A vedação à promoção comercial de fórmulas infantis ou de nutrientes para lactentes, mamadeiras, bicos e chupetas aplica-se a estratégias promocionais, como exposições especiais e de descontos de preço, cupons de descontos, prêmios, brindes, vendas vinculadas a outros produtos, apresentações especiais ou outras estratégias estabelecidas em regulamentação da Anvisa (Art. 4º). b) A promoção comercial de alimentos de transição e à base de cereais, fórmulas de seguimento para crianças de primeira infância e leites fluidos ou em pó, devem incluir destaque visual ou auditivo com advertência educativa específica conforme Artigo 5º.	
2. Atuação de representantes e amostras de produtos: a) **É vedada a atuação de representantes comerciais nas unidades de saúde**, exceto para a comunicação de aspectos técnico-científicos dos produtos a médicos, pediatras e nutricionistas (Art. 6º). b) Os fabricantes, distribuidores e importadores somente poderão fornecer amostras dos produtos aos médicos, pediatras e aos nutricionistas **por ocasião do lançamento do produto**. A amostra de fórmula infantil para lactentes somente poderá ser ofertada mediante prévia solicitação do profissional (Art. 7º). c) É **vedada a distribuição de amostras de mamadeiras, bicos, chupetas e fórmula de nutrientes para recém-nascido de alto risco**. d) Todos os rótulos de amostras devem conter o destaque: “Amostra grátis para avaliação profissional. Proibida a distribuição a mães, gestantes e familiares” (Art. 17º).	

3. *Patrocínio e doações:* a) Os fabricantes, importadores e distribuidores dos produtos abrangidos pela NBCAL somente poderão conceder patrocínios às entidades científicas de ensino e pesquisa ou às entidades associativas reconhecidas nacionalmente, **vedado o patrocínio a pessoas físicas** (Art. 8º). b) **São proibidas doações** ou vendas a preços reduzidos dos produtos abrangidos pela NBCAL **às maternidades e às instituições que prestem assistência a crianças** (Art. 9º).	
4. *Embalagens e Rótulos:* a) A NBCAL determina o que é proibido aos fabricantes apresentarem nas embalagens e rótulos e quais as advertências obrigatórias para cada tipo de alimento ou produto de puericultura correlato (Art 10º a 16º).	
5. *Materiais educativos:* a) Os materiais educativos e técnico-científicos sobre alimentação de lactentes e de crianças de primeira infância incluirão informações explícitas, de forma clara, legível e compreensível sobre os benefícios da amamentação, implicações da opção pelos alimentos substitutivos do leite materno, orientação sobre alimentação saudável, entre outras informações importantes para a promoção da amamentação e alimentação complementar saudável (Art. 19º). b) Os materiais educativos e técnico-científicos, incluídos os de profissionais e de autoridades de saúde, não deverão conter imagens ou textos que recomendem ou possam induzir o uso de chupetas, bicos, mamadeiras ou o uso de alimentos substitutivos do leite materno (Art. 19º § 1º). c) Os materiais educativos sobre alimentação de lactentes não poderão ser produzidos ou patrocinados por distribuidores, fornecedores, importadores ou fabricantes de produtos abrangidos pela NBCAL (Art. 19º § 2º).	

10. ATIVIDADE COMPLEMENTAR VII - Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA)

Tempo: 2h00

Objetivo:

- Discutir como a equipe da Atenção Básica pode ajudar uma mulher a manter a lactação no processo de retorno ao trabalho.
- Discutir estratégias de formação de redes de apoio à mulher trabalhadora que amamenta em escolas, empresas e UBS.

Preparação pré-oficina:

- Organizar bibliografia de apoio:
  - Cartilha para a Mulher Trabalhadora que Amamenta (2ª edição)
  - Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora
  - Caderno de Atenção Básica nº 23
  - Caderno de Atenção Básica nº 33
  - Video: Retirada do leite do peito manual - Aleitamento materno

Material necessário:

- Folha de flipchart/Cartolina/Papel sulfite; Pincel atômico, Fita adesiva.
- Cópias do estudo de caso 4 e conduta (Apêndice G).

Esquema da atividade:

1. Introdução (30min)
2. Como construir uma rede de apoio (1h)
3. Pactuação das ações para construir uma rede de apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta na comunidade (30 min)

1.Introdução (30 min)

Metodologia

1ª etapa (15min)

Para iniciar a atividade o tutor poderá reler o caso 4 (Apêndice G) da atividade complementar IV em que Alice está preocupada com o retorno ao trabalho. Sugere-se ao tutor tente relembrar com o grupo quais foram as orientações que eles deram para a mãe naquele momento.

2ª etapa (15 min)

No flipchart listar todas as orientações que os profissionais se lembraram. Ao final solicitar que a equipe classifique cada em orientação em:

- Manejo do aleitamento materno e alimentação complementar: inclui as orientações de manejo da lactação durante o processo de retorno ao trabalho ex: retiradas frequentes do leite do peito, como armazenar o leite durante o trabalho, etc.
- Apoio Familiar: inclui as orientações dadas à família, ex: como ofertar o leite no copinho, como aquecer o leite congelado, etc.
- Direitos Trabalhistas: inclui as orientações relacionadas as leis trabalhistas, ex: pausas para amamentar, ect.
- Rede de apoio no Trabalho: inclui orientações relacionadas a empresa ou local de trabalho da mulher ex: salas de apoio a amamentação, creche no local de trabalho, etc.
- Rede de apoio na Comunidade: inclui orientações relacionadas a locais na comunidade que podem contribuir com a continuidade na amamentação, ex: espaço para amamentar na creche, oferta do leite materno nas escolinhas, ações em igrejas, ONGs, sensibilização das empresas dentro da área de abrangência etc.

2. Como construir uma rede de apoio (1h)

Metodologia

1ª etapa (30min): *Construção das propostas*

Os participantes deverão ser divididos em grupos (duplas, trio, etc.). Cada grupo será responsável pela reflexão de uma temática abaixo e construção de propostas de: (1) orientação à mulher, (2) potenciais parcerias na comunidade e (3) disseminação das informações:

1. Manejo do aleitamento materno para a Mulher Trabalhadora que amamenta
2. Apoio Familiar
3. Direitos Trabalhistas
4. Rede de apoio no Trabalho
5. Rede de apoio na Comunidade

Para essa atividade é imprescindível que os materiais de apoio sejam disponibilizados aos grupos. Enquanto a equipe está elaborando sua proposta sugere-se que o tutor permaneça à disposição dos participantes para interagir e tirar dúvidas.

Tutor, no processo de classificação não há certo e errado, uma orientação pode ser classificada em mais de uma categoria. A ideia central do exercício é que todos participem e se sintam contemplados, uma vez que na 2ª etapa vamos focar no desenvolvimento das ações em cada uma dessas categorias.

2ª etapa (30min): *Apresentação das propostas*

Sugere-se que os grupos formem uma grande roda para apresentação das propostas pensadas para cada temática. Não há ordem de apresentação das propostas.

Sugere-se que neste momento, para complementar as informações e afinar as condutas seja utilizado o material disponibilizado no site do Ministério da Saúde, bem como os outros materiais listados nas referências de apoio.

Finalizada a apresentação das propostas, pergunte se existe alguma questão técnica ou de aconselhamento que deva ser aprofundada, e se necessário use o material de apoio disponível para ilustrar alguma situação ou para alinhar as condutas.

3. Pactuação das ações para construir uma rede de apoio a Mulher Trabalhadora que Amamenta na comunidade (30min)

Metodologia

O momento final desta atividade é destinado à discussão das propostas que poderiam ser implementadas pela equipe. A equipe deverá elaborar um plano de ação com definição de prazo para sua efetivação e responsável pela coordenação de cada ação, bem como prazo de reavaliação das propostas.

Sugere-se que a equipe escolha ao menos duas ações:

(1) Voltada para melhoria nas orientações no nível individual que impacte a Mulher Trabalhadora que Amamenta

(2) Voltada para o estabelecimento de parcerias na comunidade que possa contribuir com a Mulher Trabalhadora que Amamenta

É importante que a escolha das ações seja feita coletivamente e que reflita ações que a equipe considera importantes e que sejam possíveis de serem implementadas.

Perguntas e respostas

O que são salas de apoio à amamentação?

É um local simples, dentro da empresa, destinado às mulheres trabalhadoras que retornam da licença-maternidade e desejam continuar amamentando seus filhos. Nessa sala, a mulher pode retirar e armazenar o seu leite em condições higiênico-sanitárias adequadas durante a jornada de trabalho. Fonte: Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta. Ministério da Saúde, 2015.

Como levar a oficina da MTA para seu município/empresa?

O Estado, Município ou empresa que tiver interesse em realizar oficina da ação de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta deve entrar primeiramente em contato

com a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde por meio do endereço de e-mail. O Ministério da Saúde, por sua vez, auxiliará o estado/município a realizar a primeira oficina formando multiplicadores da estratégia no território. Ficará sob responsabilidade do Estado/Município coordenar as demais oficinas com o apoio didático do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria local.

Quais são os direitos da mãe trabalhadora que amamenta? (direitos na gestação e pós-parto)

Somente a mulher empregada com contrato de trabalho formal (carteira assinada) tem direito aos benefícios da legislação. As demais devem provar a relação permanente de trabalho na Justiça para tentar conseguir os benefícios. No nosso País, desde a Constituição Federal de 1988, diversos benefícios são garantidos às mulheres com contrato de trabalho. Além disso, cada relação de trabalho – quer seja mediante a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), quer seja pelo funcionalismo público, por profissional autônomo ou empregada doméstica – pode ter benefícios próprios.

GESTANTE: pela Constituição Federal, fica proibida a demissão sem justa causa ou arbitrária da trabalhadora gestante, dando estabilidade no emprego desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

CRECHE OU BERÇÁRIO: os estabelecimentos em que trabalham pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverão ter local apropriado onde seja permitido às empregadas deixar, sob vigilância e assistência, os seus filhos durante a amamentação. Ficam as empresas e os empregadores autorizados a adotar o sistema de reembolso-creche, em substituição à exigência de creche no local de trabalho. A exigência também pode ser suprida por meio de creches distritais mantidas por convênios com a empresa ou com outras entidades públicas e privadas ou a cargo do SESI, do SESC e das entidades sindicais.

PAUSAS PARA AMAMENTAR: para amamentar o filho, a mulher tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, até o 6º mês de vida do bebê, além dos intervalos normais para repouso e alimentação. A mulher pode tentar um acordo com o seu chefe para flexibilizar o horário; assim, ela poderia juntar os dois intervalos de meia hora e entrar ou sair uma hora mais cedo ou mais tarde do trabalho. Quando a saúde do filho exigir, o período de 6 meses com as pausas para amamentar poderá ser ampliado, a critério do médico.

LICENÇA-MATERNIDADE: a Constituição de 1988 garante para todas as mulheres trabalhadoras sob o regime CLT o direito a 120 dias de licença.

Outras situações também foram contempladas por leis de proteção ao período da maternidade, como o caso das mães estudantes, das mães adotivas, das mulheres privadas de liberdade e das trabalhadoras rurais. Nas últimas páginas da Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta produzida pelo Ministério da Saúde os profissionais de saúde podem encontrar informações complementares, leis e decretos que amparam mulheres nessas situações.

LICENCA-PATERNIDADE: A licença-paternidade de 5 (cinco) dias também foi concedida pela Constituição Federal de 1988. O afastamento do homem do trabalho tem por objetivo a assistência do pai ao recém-nascido, nos seus primeiros dias de vida, e à mãe da criança.

Quem tem direito à licença-maternidade de 6 meses?

Têm direito à licença-maternidade de 6 meses as mães trabalhadoras de empresas que optarem pela Lei nº 11.770/2008 (Programa Empresa Cidadã) e os funcionários estaduais e federais. Essa lei, publicada em 9 de setembro de 2008, estimula as empresas a ampliarem a licença-maternidade das suas trabalhadoras para 6 meses, mediante incentivo fiscal. A citada lei já está regulamentada, é obrigatória para funcionários federais e é muito importante no País, já que vem ao encontro da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde de "aleitamento materno exclusivo por 6 meses e continuidade da amamentação com a introdução de alimentos complementares até os 2 anos ou mais". Todos os estados e vários municípios já estão concedendo tal licença às suas funcionárias. Procure saber, no departamento de pessoal ou de recursos humanos, se a sua empresa ou se o seu município já aderiu à licença-maternidade de 6 meses.

Quem tem direito à licença-paternidade de 20 dias?

Terá direito a licença paternidade de 20 dias o empregado que trabalha em empresa que aderiu ao Programa Empresa Cidadã, conforme a Lei nº 11.770/2008, art. 38, e que requeira a prorrogação da licença no prazo de 2 (dois) dias úteis após o parto. Além disso o funcionário precisa comprovar participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade ativa. Para saber mais sobre como comprovar essa participação consulte a Nota Técnica Informativa do Ministério da Saúde que traz as recomendações para regulamentar a participação do homem em programa ou atividade de orientação sobre paternidade em relação ao Marco Legal da Primeira Infância, (Lei Nº 13.257 de 08 de março de 2016).

A prorrogação de licença maternidade ou parternidade deve ser garantida, na mesma proporção, à empregada e ao empregado que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.

Quais ações podem ser realizadas na comunidade para promover a amamentação entre as MTA?

Produção de material informativo para mulheres trabalhadoras. A produção de materiais informativos com orientações, estratégias e linguagem específicas para essa população. Esse material pode ser usado tanto como um guia facilitador nas consultas de abordagem individual, como ser um guia com pontos para uma roda de conversa, numa abordagem coletiva (em grupo).

Divulgação de materiais informativos na comunidade. As equipes podem estabelecer parcerias com comércio local e instituições dentro da comunidade onde possam ser divulgados materiais informativos sobre, por exemplo, (1) os direitos trabalhistas da mulher trabalhadora formal e (2) como ajudar a mulher trabalhadora a manter a amamentação. Outros materiais informativos sobre a importância da amamentação exclusiva para a comunidade, a importância da rede de apoio para a mulher trabalhadora e como toda comunidade pode se envolver, ajudar e ser beneficiada pelo ato de amamentar pode ser fundamental na sensibilização da comunidade.

Parcerias com instituições empregadoras. Parcerias com instituições que empregam mulheres formalmente (escolas, ONGs, mercados, indústrias, etc.) e informalmente também podem ser estabelecidas para que possam ser elaboradas estratégias de ação para promover a amamentação exclusiva até os seis meses e amamentação continuada entre as mulheres trabalhadoras desses locais.

A equipe pode se utilizar de múltiplas estratégias para conscientizar a comunidade sobre a importância da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais e informais.

Importante: Para essa atividade complementar o tutor pode utilizar as perguntas e respostas da atividade complementar sobre manejo do aleitamento materno bem como informações contidas nas referências de apoio.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

2. _____. Ministério da Saúde. **Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

3. _____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta Informativa**. Apresenta as recomendações do Ministério da Saúde para regulamentar a participação do homem em programa ou atividade de orientação sobre paternidade em relação ao Marco Legal da Primeira Infância. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/10/Nota-tecnica-conjunta-consolidada-marco-legal-portal.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2018.

11. ATIVIDADE COMPLEMENTAR VIII - Formação de Grupos e Aconselhamento em Alimentação Infantil na Atenção Básica

Tempo: 2h00

Objetivo:

- Discutir como a equipe da Atenção Básica pode usar o trabalho em grupo para potencializar as ações de amamentação (AM) e alimentação complementar saudável (AC).
- Discutir estratégias de formação e manejo de grupos considerando a abordagem do aconselhamento em AM e AC.

Preparação pré-oficina:

- Organizar bibliografia de apoio:
  - Caderno de Atenção Básica nº 23
  - Relato de caso sobre um grupo de promoção e prevenção na Atenção Básica: DOI: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(20)257
  - Caderno de Atenção Básica nº34. Secção 7, Instrumentos de intervenção psicossocial, página 120.
  - Cadernos HumanizaSUS. Os Grupos na Atenção Básica à Saúde, página 105.

Material necessário:

- Cópias do Apêndice L e Apêndice M para cada dupla ou cada participante.

Esquema da atividade:

1. O trabalho de grupos na UBS: revisitando conceitos (45 minutos)
2. Comunicação: habilidades de aconselhamento (25 minutos)
3. Grupos de Alimentação infantil: o que fazemos e o que podemos aprimorar? (50minutos)

1. O trabalho de grupos na UBS: revisitando conceitos (45 min)

Metodologia

1ª etapa (5-10min)

Solicite aos participantes que escrevam em uma folha de papel uma resposta curta para as seguintes perguntas:

(1) Você participaria de uma atividade em grupo na sua UBS? Sim/Não, por quê?
(2) O que faria você participar de uma atividade educativa em grupo?

2ª etapa (05min)

Apresente os objetivos da atividade e organize os participantes em um circulo ou semicírculo. Se houver mais de 8 participantes considere a divisão em grupos menores para essa etapa.

3ª etapa (25-30min)

Proponha uma reflexão sobre os conceitos de grupo que as equipes conhecem e porque utilizar essa estratégia na Atenção Básica. Para estimular a reflexão utilizar as seguintes perguntas disparadoras:

- O que é um grupo?
- Porque e quando utilizar o grupo como estratégia de intervenção?
- Quais objetivos podemos alcançar através de um grupo?
- Existe diferença de um grupo e um atendimento individual? Qual(is)?
- Quem deve conduzir a atividade em grupo?
- Os grupos devem ter objetivo pré-definidos? temas pré-definidos?
- Porque a população não adere ao grupo? Como podemos aumentar a adesão aos grupos?
- Você acredita no grupo como uma estratégia de intervenção viável?
- Quais as formas de se avaliar um grupo?

Não esqueça de elogiar os participantes em relação ao conhecimento que eles demostraram sobre o tema.

De acordo com as respostas obtidas, auxilie o grupo no alinhamento desses

conceitos. Pode-se ter como referências as definições contidas no item Perguntas e Respostas ao final dessa atividade.

2. Comunicação: habilidades de aconselhamento (25 minutos)

Metodologia

Introduza o tema aos participantes: "Um dos mais importantes instrumentos para a condução do grupo é a **Comunicação**, o Ministério da Saúde tem recomendado que os profissionais de saúde conheçam e apliquem as habilidades de aconselhamento em suas abordagens educativas em grupo e individuais voltadas à alimentação e desenvolvimento infantil como forma de ajudar os pais na tomada de decisões sobre seus próprios problemas, abrangendo informações objetivas que possibilitem uma melhor utilização dos recursos pessoais."

Reflexão com o grupo: Existe diferença entre dar conselhos e aconselhamento? Deixe um ou dois participantes opinarem e alinhe ao final com a definição retirada de Bueno e Teruya (2004): "É importante entender a diferença entre o simples ato de aconselhar e aconselhamento. Aconselhar ou dar conselho é dizer à pessoa o que ela deve fazer; aconselhamento é uma forma de atuação do profissional com a mãe em que ele a escuta, procura compreendê-la e, com seus conhecimentos, oferece ajuda para propiciar que a mãe planeje, tome decisões e se fortaleça para lidar com pressões, aumentando sua autoconfiança e autoestima".

Distribua o quadro (Apêndice L) com as habilidades de aconselhamento a cada profissional ou a cada dupla para leitura compartilhada. Solicite que cada participante leia uma habilidade listada. Quando adequado, solicite exemplos que possam ser utilizados na condução de grupos para ilustrar a habilidade que foi lida. Caso o participante tenha dificuldade, o tutor pode ajudar utilizando exemplos contidos no quadro no item de Perguntas e Respostas.

3. Grupos de Alimentação infantil: o que fazemos e o que podemos aprimorar? (50minutos)

1ª etapa (35min): *Exercício: construção de propostas*

Os participantes deverão ser divididos em grupos (duplas, trio, etc.). Cada grupo será responsável pela construção de uma proposta seguindo o seguinte roteiro do Apêndice M. É importante que os participantes saibam que essas propostas podem ou não ser implementadas, mas esse é um exercício importante para reflexão de como planejar um grupo educativo. Para esse exercício pode ser utilizado algum grupo que já esteja implementado pela equipe.

Enquanto a equipe está elaborando sua proposta sugere-se que o tutor permaneça à disposição dos participantes para interagir e tirar dúvidas. Caso o participante tenha dificuldade, o tutor pode ajudar utilizando exemplos contidos no quadro no item de Perguntas e Respostas.

2ª etapa (15min): *Apresentação das propostas*

Sugere-se que os grupos formem uma grande roda para apresentação das propostas pensadas. Não há ordem de apresentação das propostas.

Fechamento

Finalizada a apresentação das propostas, pergunte se existe alguma questão técnica na formação e condução do grupo ou na abordagem de aconselhamento que deva ser aprofundada, e se necessário use o material de apoio disponível para ilustrar alguma situação ou para alinhar as condutas.

Perguntas e respostas

Para que fazer grupo?
Cinco razões do para que fazer grupo (Furlan & Campos, 2010):

1) Os grupos podem facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários, tanto na compreensão do interesse do usuário e no porque ele buscou o serviço, quanto na explicação de decisões anteriores sobre o tratamento de saúde;
2) O grupo pode trazer bons resultados para o manejo clínico da condição em saúde e para atingir os objetivos do profissional e do paciente no seguimento. A possibilidade de os encontros serem continuados potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado, de tratamento, de terapêutica. Tanto paciente quanto profissional visualizam o processo ao longo do tempo;
3) Os usuários podem sentir maior abertura num grupo para expor e dividir com os demais a experiência que têm no manejo da sua condição de saúde, trazendo dúvidas e curiosidades que somente o compartilhar (troca e participação) poderia propiciar. Os grupos oferecem mais tempo que uma consulta individual para essa exposição pessoal;
4) A prática grupal possibilita também que tenhamos agregadas várias pessoas que são da mesma comunidade, que têm pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida com fatos e valores parecidos;
5) Outras duas razões não menos importantes de se fazer grupo, que geralmente andam juntas, é a alta demanda numérica populacional que chega à Atenção Básica e a escassez de recursos e de tempo no cotidiano do trabalho;

Grupo ou agrupamento?
É importante distinguirmos se queremos a formação de um grupo, ou se um agrupamento já é suficiente.

Agrupamento ou série de pessoas juntas é uma forma de coletivo que recebe sua unidade do exterior, ou seja, não há uma necessidade interna dos presentes em comum. Exemplos:
- agrupamento de diabéticos reunidos para “ver o dextro”
- agrupamento de mães para medir e pesar as crianças menores de dois anos

Grupo se constitui a partir da unidade em comum, uma necessidade conjunta. Exemplo:
- Grupo de mães em que elas poderiam ter o atendimento clínico em grupo, conversar sobre dúvidas do crescimento dos filhos, angústias, alimentação ou outras questões que poderiam ser a unidade comum do encontro.

Por isso, antes de reunir as pessoas, os profissionais deveriam se perguntar: por que queremos colocar todas essas pessoas juntas? Quais são nossos objetivos? O que pode ter de interesse comum entre elas? O que queremos atingir? O resultado da

participação em um espaço de grupo só aparece se o grupo faz sentido para estar nele. E sempre que possível, perguntar aos possíveis participantes o que é que eles desejam e por que um espaço comum pode ser interessante. Essas reflexões também trarão elementos para planejar a quantidade de pessoas a serem participantes do espaço grupal, se o grupo vai ser aberto, fechado, esporádico, contínuo (ver Apêndice M).

Como começar o planejamento do grupo?
O grupo deve ser pensado, a priori, quanto à sua:
Finalidade – qual o objetivo do grupo? Seria um grupo com viés preventivo/educativo, terapêutico, operativo ou de acompanhamento?
Estrutura – grupo aberto ou fechado? Com um número de encontros previstos ou a depender da dinâmica de seus participantes? grupo misto ou delimitado por alguma característica específica? (Ex.: grupo de puérperas, grupo de pessoas com ansiedade, pessoas em uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas etc.).

Grupo aberto ou grupo fechado: qual a diferença?
Podemos trabalhar o mesmo tema em grupos abertos ou fechados, isso dependerá do nosso objetivo de acompanhamento dos casos, de acordo com o risco, com a importância da formação de vínculo entre as pessoas e dos resultados almejados para o autocuidado e autonomia.

Podemos dizer que, na Atenção Básica, os grupos abertos aconteceriam de forma mais frequente que os grupos fechados, dado o caráter das ações a serem desempenhadas de forma geral. Grupos fechados ficariam restritos às demandas, às necessidades de intervenção ou de populações específicas.

*Quadro - Características dos grupos aberto e fechado na Atenção Básica. Adaptado de Furlan & Campos, 2010.**

	Fechado	Aberto
Limite de participantes	Sim	Não. O número de pessoas poderá ser um pouco maior que nos demais grupos, pois os critérios de seleção são menos exigentes.
Temática, regularidade e limite de encontros	Sim. Uma proposta terapêutica definida para determinadas pessoas participantes/convocadas para reuniões com regularidade pré-estabelecida.	Não. Temática aberta aos interessados, com uma divulgação geral na unidade de saúde e com regularidade de reuniões não tão rígida.
Perfil dos usuários	Determinados usuários com indicação clínica para o grupo. Programação determinada do início ao fim para determinadas pessoas. Os mesmos participantes do início ao término do processo grupal ou novos participantes, mas com indicação, continuidade e frequência de participação.	Os usuários são convidados e não obrigados a comparecer e podem convidar seus conhecidos e familiares a participarem. Os participantes variam - não é o mesmo grupo de pessoas em todos os encontros.
Vinculo-confiança e Longitudinalidade	Um grupo fechado exige maior dedicação dos profissionais e traz maior possibilidade de vínculo e de construção de confiança entre as pessoas, visto que os pacientes e o profissional que os acompanham são os mesmos. Permite o acompanhamento de casos mais graves ou de maior vulnerabilidade, com continuidade ao longo do tempo, coesão grupal, criação de vínculo e suporte emocional entre as pessoas.	O vínculo e a confiança não estão excluídos, mas é mais frequente a emergência de espaços de convivência, educativos e informativos. O acompanhamento longitudinal se dá em geral por meio de consultas individual ou outros dispositivos de intervenção.
Exemplos	Grupos terapêuticos em saúde mental e de planejamento familiar para laqueadura/ vasectomia, pois iniciam com pessoas definidas. Para pessoas novas há que se ter novo contrato, e é preciso o seguimento para concluir o tratamento/orientação.	Dislipidemia, hipertensão, diabetes, terapia comunitária.
**Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS, Atenção Básica, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, v. 2, 2010.		

Como conduzir um grupo?
O grupo deve ser proposto de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes; se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo.

O grupo como espaço potencial! A **grupalidade** acontece com mais facilidade quando há a formação de vínculo. Portanto, num grupo, que possibilita a formação de vínculo, podemos compreender um pouco de cada participante, o modo como ele se relaciona e como se liga às pessoas e aos objetos no mundo, sua história, pois o fenômeno que se manifesta, naquele momento, tem sua história inscrita no sujeito que o manifesta, em seu papel e em suas identifi cações na vida.

O **grupo como espaço potencial** para a experimentação e para possibilitar uma continência, tanto para as transferências, ressignificações e experiências existenciais. Isso significa que o grupo precisa constituir-se como um espaço em que seja possível e seguro experimentar o viver, ser espontâneo, pensar sem limites, sem medo, sem vergonha (ou com vergonha e com medo, mas com acolhimento e permissão para esses sentimentos!) Uma exposição, mas com o setting – constituição de um espaço protegido – e o holding – atuação que objetiva apoiar as pessoas no manejo de sua angústias e dificuldades –, conceitos bem difundidos de Winnicott.
Quem deve conduzir o grupo?
O grupo deve sempre ter um ou mais coordenador e é importante que esse papel esteja definido previamente. O coordenador será aquele profissional de referência para o grupo, tanto para os profissionais de saúde que precisem tirar dúvidas sobre o enquadramento do grupo, ou queiram saber a evoulção de determinado usuário como também será o ponto central de vinculação dos participantes com o grupo.

O ideal é que os grupos sejam coordenados por mais de um membro da equipe, pois facilitam a continuidade ao longo do ano. No caso de férias e faltas, o acompanhamento, as discussões em reuniões sobre os acontecimentos, a percepção de fenômenos e ocorrências no grupo não seriam interrompidos. Além disso, o aprendizado dos profissionais sobre a atuação do outro e as estratégias de equipe com a problemática e a execução de projetos terapêuticos singulares e coletivos dentro do grupo poderão servir como uma formação permanente em manejo de grupos. Duas pessoas sempre conseguem captar mais acontecimentos do grupo do que somente uma. Cada um tem um olhar sobre o grupo e sobre o que está acontecendo. Pode haver um revezamento dos profissionais participantes ou convite a pessoas externas, sendo importante em todas essas situações, definir um profissional de referência fixo para a condução, organização do grupo, formação de vínculo e seguimento. Em alguns grupos, é possível que o profissional de referência inicie, e o outro chegue num momento pontual para conduzir outra atividade.

A participação de agentes de saúde nas equipes de coordenação de grupos pode facilitar o conhecimento dos usuários do grupo, a história daquela comunidade e o modo como eles lidam com as relações na vida. É preciso construir **entrosamento interno da equipe**, entre os coordenadores e os encaminhadores (demais membros

da(s) equipe(s)), de preferência é conveniente realizar-se reflexão conjunta sobre os encontros e dinâmica do grupo.

Onde e como conduzir a atividade em grupo?
O local para a realização do grupo deve ser acolhedor. Algumas perguntas podem guiar os coordenadores a localizarem na comunidade um local apropriado para realização do grupo:
- Tem tamanho apropriado para o número de pessoas participantes?
- Iluminação adequada?
- Móveis e materiais necessários para o tipo de atividade a ser desenvolvida?

O que importa é que o ambiente fornece o grau de sigilo exigido pelo determinado grupo e espaço para que todos se vejam e participem. Se a unidade não possui um espaço adequado para realização do tipo de grupo almejado; recomende que a equipe busque parcerias com locais da comunidade. A escolha do espaço para o grupo dependerá do tema a ser desenvolvido, do seu enfoque, da unidade de saúde que o planeja e da existência de locais comunitários nos bairros.

As habilidades de aconselhamento também podem ser adapatadas para utilização no contexto de grupos e podem favorecer a grupalidade, vinculo e confiança. O quadro abaixo apresenta alguns comentários e exemplos de como essa prática pode ser adotada de maneira potencial no contexto de condução de grupos.

Quadro - Habilidades para o aconselhamento em amamentação com comentários e exemplos de como podem ser aplicados ao contexto do grupo na Atenção Básica.

Habilidades de ouvir e aprender	**Comentários/Exemplos**
Use comunicação não verbal útil Mantenha a cabeça no mesmo nível Preste atenção Remova barreiras	Os grupos podem ser organizados de maneira a facilitar o diálogo e a comunicação entre as pessoas, por exemplo, um modo interessante de dispor as cadeiras, os colchonetes ou as pessoas em pé no grupo é em círculo. É importante que num grupo as pessoas se vejam, olhem para as expressões de cada um, ouçam as conversas paralelas. Para o coordenador também é importante olhar para essa interação. A posição das cadeiras é importante para saber da relação entre as pessoas, se próximas, distantes, frias no relacionamento, perto ou distante do profissional. Sendo isso um importante elemento de grupalidade.
Dedique tempo Toque de forma apropriada Faça perguntas abertas Repita o que a mãe diz com suas palavras Use expressões e gestos que demonstrem interesse Demonstre empatia- mostre que você entende como a mãe se sente Evite palavras que demonstrem julgamento	As habilidades de ouvir e aprender demonstradas pelo coordenador poderão influenciar a dinâmica do grupo, por isso, é importante que essas habilidades sejam exercitadas a todo momento pelos coordenadores do grupo, mesmo naqueles em que houverem tensões ou discordâncias. Dedique tempo – deixe claro o enquadramento do grupo: população alvo, duração, expectativas.
Habilidades para aumentar a confiança e dar apoio	**Comentários/Exemplos**
Aceite o que a mãe pensa e sente Reconheça e elogie o que a mãe estiver fazendo certo Dê ajuda prática Dê poucas informações, selecionando aquelas que são relevantes Use linguagem simples Dê sugestões, e não ordens	Tensões e discordâncias - demonstre empatia, repita em outras palavras o que a mãe disse e tente sempre trazer um valor positivo ao que foi dito. Socialize as dúvidas – conduza o grupo a ser empático e compartilhar suas vivências na resolução de situações vividas. Lembre-se o coordenador está lá para mediar a dinâmica do grupo, conduzir a construção de saberes e não para palestrar sobre seu saber.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34, Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS, Atenção Básica, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2010.

3. Buccini GS, Tulha MLPA. Maternagem: estratégia de prevenção em saúde para formação de sujeitos saudáveis. RBMFC 2011;6(20). DOI: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(20)257

4. BUENO, L.G.S.; TERUYA K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80 (5 Supl), p. S126-S130, 2004.

Apêndice L

Quadro - Habilidades para o aconselhamento em amamentação
Habilidades de ouvir e aprender
Use comunicação não-verbal útil Mantenha a cabeça no mesmo nível Preste atenção Remova barreiras Dedique tempo Toque de forma apropriada Faca perguntas abertas Repita o que a mãe diz com suas palavras Use expressões e gestos que demonstrem interesse Demonstre empatia- mostre que você entende como a mãe se sente Evite palavras que demonstrem julgamento
Habilidades para aumentar a confiança e dar apoio
Aceite o que a mãe pensa e sente Reconheça e elogie o que a mãe estiver fazendo certo Dê ajuda prática Dê poucas informações, selecionando aquelas que são relevantes Use linguagem simples Dê sugestões, e não ordens

Apêndice M

Projeto para planejamento de grupos educativos na Atenção Básica
Nome do Grupo *(Dê um nome inovador que chame atenção, mas que também traduza o objetivo central do grupo)*
Inicio das atividades *(Defina uma data prevista para iniciar o grupo, considere aqui todas as etapas necessárias de divulgação e organização dos materiais, bem como organização da agenda dos profissionais envolvidos)*
Cronograma *(Defina dia da semana/horário/local. Defina se o grupo irá ter uma frequência semanal, quinzenal ou mensal. Dica: manter o mesmo horário e local de realização ajuda a manutenção e adesão ao grupo).*
Coordenadores do grupo e equipe de apoio *(Defina quem serão os profissionais que serão responsáveis pelo grupo bem como os papéis que cada um deverá desempenhar)*
Justificativa e fundamentação *(Justifique com base em evidências – dados do E-SUS, por exemplo - a necessidade da realização desse grupo. Procure fundamentação teórica de como outros profissionais ou equipes conduziram grupos com o mesmo objetivo)*
Objetivos gerais e específicos do grupo *(Defina o objetivo geral do grupo e também os específicos, se houver)*
Público Alvo *(Defina a característica do público alvo, faixa etária, etc. - crianças menores de 1 ano, por exemplo)*
Tipo de grupo educativo *(Aberto/Fechado – aberto: demanda espontânea, ou seja, qualquer pessoa pode vir, sendo ou não convidada; fechado; somente pessoas convidadas).*
Metodologia/Estratégias de condução do grupo *(Defina quais abordagens serão aplicadas na condução do grupo: roda de conversa, roda de brincadeira, dramatização. Defina se o grupo terá temática definida ou não; no caso de ser temático, definam o ciclo de temas previamente)*
Recursos físicos e Materiais necessários *(Defina quais recursos são indispensáveis para realização da atividade, bem como a frequência de compra, se for o caso)*
Estratégias de divulgação do grupo *(Defina como o grupo será divulgado bem como locais de divulgação e como o público alvo receberá o convite)*
Estratégias de avaliação/efetividade/reavaliação do grupo *(Defina como o grupo será avaliado: índices, indicadores, devolutiva da população, adesão. Defina também a frequência de avaliação)*

ANEXO 2 - MATERIAL SUPLEMENTAR

Tabela 1. Modelo hierárquico múltiplo ajustado para idade da criança para identificar fatores associados a interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de 6 meses. Embu das Artes, São Paulo, Brasil, 2015.

	Interrupção do AME	
	$RP_{ajustada}$	p
Modelo 0[a]		
Proxy da situação socioeconômica		
Escolaridade materna (anos de estudo)		
>=8 anos	1	
< 8 anos	1,34 [1,01 – 1,76]	0,04
Modelo 1[b]		
Características do serviço de saúde		
Realizou pré-natal		
Sim	1	
Não	1,60 [1,42 – 1,79]	0,000
Modelo 2[c]		
Características da mãe e da família		
Idade materna (anos)		
20-34 anos	1	
<20 anos	1,25 [0,93 – 1,68]	0,14
>=35 anos	1,37 [1,00 – 1,87]	0,05
Primiparidade		
Não	1	
Sim	1,25 [0,97 – 1,63]	0,09
Trabalho Materno		
Não trabalha fora	1	
Licença	0,96 [0,64- 1,46]	0,86
Trabalha fora	1,26 [1,00 – 1,58]	0,05
Coabitação com o pai		
Sim	1	
Não	1,22 [0,96 – 1,56]	0,10
Modelo 3[d]		
Características da criança, da nutriz e relação mãe-bebê		
Chupeta		
Não	1	
Sim	1,65 [1,24 – 2,18]	0,001
Problema na amamentação		
Não	1	
Sim	1,39 [1,10 – 1,75]	0,005
Dedicação materna diária aos cuidados da criança		
Dia todo	1	
2 períodos	1,33 [0,99 – 1,81]	0,062
1 período	1,53 [1,00 – 2,32]	0,046

[a]Model 0- Proxy da situação socioeconômica + idade da criança.
[b]Model 1- Model 0+ pré-natal.
[c]Model 2- Model 1 + idade materna, primiparidade, trabalho materno e coabitação com o pai.
[d]Model 3- Model 2 + usa chupeta, teve problema na amamentação, dedicação materna diária aos cuidados da criança

Tabela 2. Modelo hierárquico múltiplo ajustado para idade da criança para identificar fatores associados a inadequação da Alimentação Complementar (AC) em crianças de 6 a 12 meses. Embu das Artes, São Paulo, Brasil, 2015.

	Inadequação da AC	
	$RP_{ajustada}$	p
Modelo 0[a]		
Proxy da situação socioeconômica		
Escolaridade materna (anos de estudo)		
>=8 anos	1	
< 8 anos	1,10 [0,89 – 1,36]	0,37
Modelo 1[b]		
Características do serviço de saúde		
UBS agenda consulta		
Sim	1	
Não	1,47 [10,85 – 2,56]	0,17
Última orientação sobre AC recebida		
Último mês	1	
Entre 2 e 3 meses	1,03 [0,80 – 1,31]	0,80
Entre 4 e 5 meses	0,64 [0,35 – 1,15]	0,13
Há mais de 6 meses	1,18 [0,92 – 1,51]	0,20
Modelo 2[c]		
Características da mãe e da família		
Idade da mãe (anos)		
20-34 anos	1	
<20 anos	1,03 [0,73 – 1,47]	0,83
>=35 anos	0,90 [0,48 – 1,68]	0,74
Trabalho Materno		
Não trabalha fora	1	
Licença	omitida	
Trabalha fora	1,02 [0,78 – 1,34]	0,86
Modelo 3[d]		
Características da criança, da nutriz e relação mãe-bebê		
Amamentação 1ª hora de vida		
Sim	1	
Não	1,31 [1,03 – 1,67]	0,028

[a]Model 0 – Proxy da situação socioeconômica + idade da criança.
[b]Model 1 – Model 0 + UBS agenda consulta e última orientação sobre AC recebida.
[c]Model 2– Model 1 + idade da mãe e trabalho materno.
[d]Model 3– Model 2 + amamentação 1ª hora.

Tabela 3. Número e proporção de UBS segundo cumprimento dos critérios de certificação na EAAB e fase da intervenção, Embu das Artes, 2015 -2016.

Variáveis	Pré intervenção (n=13)	Pós intervenção (n=13)
	n (%)	n (%)
Critério 1 – Realizar ações sistemáticas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.		
Sim	8 (61,54)	11 (84,62)
Não	5 (38,46)	2 (15,38)
Critério 2 - Monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar		
Sim	2 (15,38)	8 (61,54)
Não	11 (84,62)	5 (38,46)
Critério 3 - Dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança relacionado ao aleitamento materno e alimentação complementar		
Sim	7 (53,85)	11 (84,62)
Não	6 (46,15)	2 (15,38)
Critério 4 - Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL		
Sim	5 (38,46)	13 (100,00)
Não	8 (61,54)	0
Critério 5 - Contar com a participação de pelo menos 85% da equipe de atenção básica nas oficinas desenvolvidas		
Sim	11 (84,62)	13 (100,00)
Não	2 (15,38)	0
Critério 6 - Cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação.		
Sim	6 (46,15)	7 (58,33)
Não	7 (53,85)	5 (41,67)
Número de critérios alcançados*		
5-6	2 (15,38)	8 (61,54)
3-4	6 (46,15)	5 (38,46)
1-2	5 (38,46)	0

*Escore do número de critérios de certificação cumpridos pela UBS

Tabela 4. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde segundo critérios de certificação na EAAB na fase pré e pós intervenção, Embu das Artes, 2015 -2016.

	Critério 1 – Realizar ações sistemáticas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.		**Critério 2 -** Monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar		**Critério 3 -** Dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança relacionado ao aleitamento materno e alimentação complementar		**Critério 4 -** Cumprir a Norma Brasileira de Comercializaçã o de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL		**Critério 5 -** Contar com a participação de pelo menos 85% da equipe de atenção básica nas oficinas desenvolvidas		**Critério 6 -** Cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação		Número de **critérios de certificação** cumpridos pela UBS		Número de **Atividades Complementares** realizadas pela UBS
Unidade Básica de Saúde	**Pré**	**Pós**	**Pré**	**Pós**	**Pré**	**Pós**	**Pré**	**Pós**	**Pré**	**Pós**	**Pré**	**Pós**	**Pré**	**Pós**	**Pós**
1. Centro	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	4	6	0
2. Santo Eduardo	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	4	5	5
3. Eufrásio	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não		1	4	4
4. N. S. de Fátima	Sim	Sim	Não	Sim	Sim		Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	4	5	5
5. Independência	Sim		Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4	4	5
6. Pinheirinho	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	3	6	5
7. Santa Emília	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	1	6	2
8. Santa Tereza	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	1	5	5
9. Jardim Ângela	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	3	4	0
10. São Luiz	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	2	6	5
11. Vista Alegre	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	1	3	2
12. Valo Verde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6	6	5
13. São Marcos	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5	3	2

ANEXO 3 - TESTE DE CONHECIMENTOS

Fase da aplicação:	( ) Pré-intervenção ( ) Pós-intervenção	
Data:		
Nome da Unidade Básica de Saúde:		
Nome da Equipe de PSF:		
Seu nome:		
Sua função:	1.Agente de saúde ( )	2.Auxiliar /técnico de enfermagem ( )
	3.Enfermeiro(a) ( )	4.Médico(a) generalista PSF ( )
	5. Médico(a) pediatra PSF ( )	6.Médico(a) pediatra Não PSF ( )
Você já participou de curso sobre Manejo do Aleitamento Materno?	1. Sim ( )	2. Não ( )
Se sim, há quanto tempo?	1. Menos de 6 meses ( )	2. Entre 6 e 12 meses atrás ( )
	3. Há mais de 1 ano ( )	4. Não sabe/não lembra ( )

ASSINALE CERTO, ERRADO, NÃO SEI	**CERTO**	**ERRADO**	**NÃO SEI**
1. Durante os primeiros seis meses de vida das crianças devemos recomendar o aleitamento materno exclusivo.			
2. Aleitamento materno exclusivo é quando a criança recebe somente leite materno e água, chá ou suco.			
3. Depois dos quatro meses as crianças precisam receber outros alimentos para complementar o leite materno.			
4. Depois de iniciada a alimentação complementar é importante manter a amamentação até pelo menos os dois anos de idade.			
5. A amamentação protege as crianças contra diarreia, pneumonia, diabetes e alguns tipos de câncer.			
6. A amamentação ajuda a adiar uma nova gestação durante os seis primeiros meses de vida do bebê, somente quando a mãe ainda não menstruou e está amamentando de forma exclusiva.			
7. Uma desvantagem do leite de vaca é que ele contém muito mais proteína do que o leite humano.			
8. A amamentação durante o segundo ano de vida é importante porque fornece cerca de 75% das necessidades de vitamina A para a criança.			
9. A prolactina é o hormônio responsável pela ejeção do leite materno.			
10. A ocitocina é o hormônio responsável pela produção do leite materno.			
11. A ocitocina pode começar a funcionar antes do bebê mamar, quando a mãe sente que está na hora de amamentar.			

12. Quando a aréola é grande, um sinal de boa pega é a aréola mais visível na parte de cima da boca do bebê.			
13. Uma pega ineficaz pode causar dor e rachadura nos mamilos e levar à diminuição na produção do leite materno.			
14. Ao ajudar a mãe a colocar o bebê para mamar é recomendável empurrar levemente atrás da cabeça do bebê para facilitar a pega.			
15. Durante a consulta é importante que o profissional seja simpático, concordando com tudo o que a mãe diz.			
16. Aconselhar significa dar conselhos à mãe para que ela faça aquilo que é o recomendado para a alimentação adequada da criança.			
17. Entre as mães pobres é mais frequente a baixa produção de leite materno.			
18. Urinar menos do que 6 vezes ao dia é um indicador de que o bebê pode não estar recebendo leite materno suficiente.			
19. Alguns tipos de pílulas anticoncepcionais, álcool e fumo podem diminuir a produção do leite.			
20. Nos primeiros seis meses de vida, um ganho de peso satisfatório é pelo menos 500 gramas por mês.			
21. Nos primeiros dias após o parto, a ordenha das mamas pode ajudar o bebê a fazer uma boa pega.			
22. A alimentação com xícara ou copinho é mais segura do que com mamadeira porque evita diarreias, infecções de ouvido e cáries.			
23. A amamentação é contraindicada para mães HIV positivas.			
24. Toda criança que toma leite de vaca integral deveria receber suplementos de micronutrientes, tais como ferro, zinco e vitaminas.			
25. Mulheres com mamas pequenas podem produzir tanto leite quanto mulheres com mamas grandes.			
26. Não se recomenda a realização de exercícios nas mamas durante o pré-natal porque, em geral, não ajudam a melhorar os mamilos planos e invertidos.			
27. Uma diferença entre mamas cheias e ingurgitadas é que nas mamas cheias há um bom fluxo de leite.			
28. Uma sucção ineficaz pode levar ao desenvolvimento da mastite.			
29. O uso de sutiã apertado ou a forma como a mãe segura as mamas ao amamentar podem levar ao desenvolvimento de um ducto bloqueado.			
30. Na infecção da mama por Cândida, um sinal característico é a despigmentação do mamilo e da aréola.			
31. A diferença entre relactação e lactação induzida é que na relactação as mamas já foram estimuladas por uma gravidez ou amamentação.			
32. A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância proíbe a doação de leites a maternidades, mas permite que sejam doados leites infantis para instituições de caridade.			

33. A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância foi criada apenas para melhorar a rotulagem dos alimentos infantis, mamadeiras e chupetas.			
34. Com relação à alimentação complementar recomenda-se iniciar após os 6 meses na criança amamentada e aos 4 meses na criança em aleitamento artificial.			
35. Com relação à alimentação complementar recomenda-se iniciar com alimentos liquidificados para facilitar a ingestão da criança.			
36. Com relação à alimentação complementar recomenda-se insistir para que a criança coma tudo o que está no prato.			
37. Com relação à alimentação complementar existem frutas que não se recomenda oferecer para a criança.			
38. A maior consistência da alimentação da criança tem como principal objetivo aumentar o aporte proteico necessário para um crescimento adequado.			
39. Com relação à alimentação complementar pode-se afirmar que os alimentos de origem animal e os vegetais verde-escuros são importantes fontes de ferro para a criança.			
40. Com relação à alimentação complementar pode-se afirmar que frutas e legumes amarelados ou alaranjados ajudam a criança a desenvolver olhos saudáveis e menos infecções.			
41. Com relação à alimentação complementar pode-se afirmar que se a criança come devagar e suja-se muito, provavelmente não está recebendo o tipo de alimento adequado.			
42. Com relação à alimentação complementar pode-se afirmar que propiciar distrações variadas durante a refeição permite que a criança fique mais relaxada e coma melhor.			
43. É útil informar os pais que se a criança empurra a comida para fora da boca pode ser sinal de algum problema.			
44. Oferecer quantidades maiores de alimentos depois da doença ajuda na recuperação do ritmo de crescimento.			
45. Durante a doença da criança deve-se procurar diminuir o número de refeições, mas aumentar a quantidade oferecida em cada uma delas.			

ANEXO 4 - ENTREVISTA COM GERENTES DAS UBS – FASE PRÉ-INTERVENÇÃO

I - CARACTERIZAÇÃO DA UBS

1. Data da Entrevista: ___/___/___
2. Entrevistador: _____

3. Nome da UBS:_____
4. Endereço: _____
5. Telefone:_____

6. Tipo de UBS:
( ) UBS "tradicional"
( ) UBSF ---→ **6 a**. Quantas equipes de Saúde da família? _____
( ) Unidade Mista ---→ **6 a**. Quantas equipes de Saúde da família? _____
( ) Centro de Saúde
( ) Outros

7. A Unidade tem Agentes Comunitários de Saúde? ( ) Sim ( ) Não

8. Nome do entrevistado:_____

9. Profissão do entrevistado
( ) Médico
( ) Enfermeiro
( ) Outros _____

10. Função do entrevistado:
( ) Gerente --→ **10 a**. Há quanto tempo é gerente da UBS?_____
( ) Outros _____

11. Essa Unidade realiza ações de incentivo ao AM?
( ) SIM várias ( ) SIM algumas ( ) NÃO

Se sim, quais?
_____
_____

12. Essa Unidade realiza ações de incentivo à alimentação complementar saudável?
( ) SIM várias ( ) SIM algumas ( ) NÃO

Se sim, quais?
_____

II - ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

13. É realizado atendimento pré-natal nessa Unidade?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para a Q15)**

14. A gestante recebe orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal?
( ) SIM, sempre
( ) SIM, na maioria das vezes
( ) SIM, às vezes
( ) NÃO **(passe para Q.15)**
( ) NSA **(passe para Q.15)**

→ **Em que momentos as gestantes recebem as orientações?**
14 a. Em consultas ( ) SIM ( ) NÃO
14 b. Em grupos ( ) SIM ( ) NÃO
14 c. Na sala de espera ( ) SIM ( ) NÃO
14 d. Em atividades comunitárias ( ) SIM ( ) NÃO
14 e. Outros (especificar)_____ ( ) SIM ( ) NÃO

III - ATENDIMENTO À PUÉRPERA

15. Mãe e RN são atendidos na **primeira semana de vida**?
( ) SIM, sempre ( ) SIM, às vezes ( ) NÃO **(Passe para Q. 17)**

→ **De que forma recebem atendimento?**
15 a. Em consultas ( ) SIM ( ) NÃO
15 b. Em grupos ( ) SIM ( ) NÃO
15 c. Em visita domiciliar ( ) SIM ( ) NÃO
15 d. Outros (especificar)_____ ( ) SIM ( ) NÃO

16. Na primeira semana de vida as mães recebem orientações sobre amamentação?
( ) SIM, sempre ( ) SIM, às vezes ( ) NÃO

IV – ALEITAMENTO MATERNO

17. A Unidade desenvolve ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q19)**

18. Quais ações são desenvolvidas sistematicamente? (Descreva)

_____
_____
_____

19. A Unidade dispõe de algum instrumento de organização do cuidado à saúde da criança para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q22)**

→ Qual (is) instrumento a UBS possui?
19 a. Fluxograma ( ) SIM ( ) NÃO
19 b. Mapa ( ) SIM ( ) NÃO
19 c. Protocolo ( ) SIM ( ) NÃO
19 d. Linha de cuidado ( ) SIM ( ) NÃO
19 e. Outro (especificar)_____ ( ) SIM ( ) NÃO

20. O instrumento está sendo utilizado?
( ) SIM, sempre
( ) SIM, na maioria das vezes
( ) SIM, às vezes
( ) NÃO
( ) NSA

21. O gerente mostrou uma cópia do instrumento quando solicitado?
( ) SIM ( ) NÃO

22. Quando uma mãe procura a Unidade com queixa relacionada à amamentação e **não tem consulta agendada** ela:
( ) É atendida sempre
( ) É atendida na maioria das vezes
( ) É atendida às vezes
( ) É dispensada com consulta agendada
( ) É encaminhada a outros serviços
( ) Outros_____

23. Há um fluxo estabelecido de referência para demais níveis de atenção quando necessário?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q. 24)**

→Quais são esses locais?
23 a. Ambulatório de especialidades ( ) SIM ( ) NÃO
23 b. Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO
23 c. Banco de leite humano ( ) SIM ( ) NÃO
23 d. Hospital/Pronto Socorro ( ) SIM ( ) NÃO
23 e. Outros (especificar) _____ ( ) SIM ( ) NÃO

V – ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

24. A Unidade desenvolve ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção da alimentação complementar saudável?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q25)**

24 a. Quais ações são desenvolvidas sistematicamente? (Descreva)
_____
_____
_____

25. A Unidade dispõe de algum instrumento de organização do cuidado à saúde da criança para detectar problemas relacionados a alimentação complementar?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q28)**

→ **Qual (is) instrumento a UBS possui?**
25 a. Fluxograma ( ) SIM ( ) NÃO
25 b. Mapa ( ) SIM ( ) NÃO
25 c. Protocolo ( ) SIM ( ) NÃO
25 d. Linha de cuidado ( ) SIM ( ) NÃO
25 e. Outro (especificar)_____ ( ) SIM ( ) NÃO

26. O instrumento está sendo utilizado?
( ) SIM, sempre
( ) SIM, na maioria das vezes
( ) SIM, às vezes
( ) NÃO
( ) NSA

27. O gerente mostrou uma cópia do instrumento quando solicitado?
( ) SIM ( ) NÃO

28. A mãe recebe orientações para a introdução de novos alimentos após os seis meses de idade do bebê?
( ) SIM, sempre
( ) SIM, na maioria das vezes
( ) SIM, às vezes
( ) NÃO **(passe para Q.29)**
( ) NSA **(passe para Q.29)**

→ Em que momento as mães recebem as orientações?

28 a. No primeiro mês de vida da criança ( ) SIM ( ) NÃO
28 b. No segundo mês de vida da criança ( ) SIM ( ) NÃO
28 c. No terceiro ou quarto mês ( ) SIM ( ) NÃO
28 d. No quinto mês ( ) SIM ( ) NÃO
28 e. A partir do sexto mês da criança ( ) SIM ( ) NÃO
28 f. Outros (especificar)_____ ( ) SIM ( ) NÃO

→ Em que situações as mães recebem as orientações?

28 g. Em consultas ( ) SIM ( ) NÃO
28 h. Em grupos ( ) SIM ( ) NÃO
28 i. Na sala de espera ( ) SIM ( ) NÃO
28 j. Em atividades comunitárias ( ) SIM ( ) NÃO
28 k. Outros (especificar)_____ ( ) SIM ( ) NÃO

VI - NBCAL

29. A Unidade cumpre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL e Lei 11.265/06?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SABE

30. A Unidade distribui "substitutos" do leite materno?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q31)**

30 a. Qual (is) _____

VII - PLANO DE AÇÃO

31. A Unidade tem um planejamento voltado à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q34)**

32. Alguma ação proposta desse plano foi implantada?
( ) SIM ( ) NÃO

32 a. Qual (is) _____

33. O gerente mostrou uma cópia do plano de ação quando solicitado?
( ) SIM ( ) NÃO

VIII - MONITORAMENTO DOS INDICADORES

34. A UBS realiza o monitoramento dos indicadores de AM para crianças menores de dois anos?

( ) SIM, plenamente ( ) SIM, parcialmente ( ) NÃO **(passe para Q.35)**

34 a. Há quanto tempo? _____meses

34 b. Como? ( ) SISVAN web ( ) Planilha SMS ( ) Outros

35. A UBS realiza o monitoramento dos indicadores de AC para crianças menores de dois anos?

( ) SIM, plenamente ( ) SIM, parcialmente ( ) NÃO **(passe para Q.39)**

35 a. Há quanto tempo? _____meses

35 b. Como? ( ) SISVAN web ( ) Planilha SMS ( ) Outros

36. O resultado do monitoramento é compartilhado com a equipe?
( ) SIM ( ) NÃO

IX - PARTICIPAÇÃO EM CURSOS SOBRE AM E AC

39. Os profissionais da UBS participaram de cursos em AM?

( ) Sim, todos os profissionais que atendem mães e bebês
( ) Sim, a maioria dos profissionais que atendem mães e bebês
( ) Sim, alguns profissionais que atendem mães e bebês
( ) Não, nenhum **(passe para Q.41)**

40. Quando ocorreu o último curso em AM?

( ) No último mês ( ) Entre 2 e 5 meses atrás ( ) Entre 6 e 12 meses atrás
( ) Há mais de 1 ano ( ) Não sabe/ não lembra

41. Os profissionais da UBS participaram de cursos em alimentação complementar?

( ) Sim, todos os profissionais que atendem mães e bebês
( ) Sim, a maioria dos profissionais que atendem mães e bebês
( ) Sim, alguns profissionais que atendem mães e bebês
( ) Não, nenhum

42. Quando ocorreu o último curso em AC?
( ) No último mês ( ) Entre 2 e 5 meses atrás ( ) Entre 6 e 12 meses atrás
( ) Há mais de 1 ano ( ) Não sabe/ não lembra

ANEXO 5 - ENTREVISTA COM GERENTES DAS UBS – FASE PÓS-INTERVENÇÃO

Além dos blocos de questões contidos no questionário pré-intervenção, na fase pós foram acrescentados o bloco abaixo:

X - IMPLEMENTAÇÃO DA EAAB

43. A Unidade realizou oficina da EAAB?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q.51)**

43 a. Quantas? _____

43 b. Qual a data da primeira oficina? ____/____/____

44. Houve participação de no mínimo 85% dos funcionários/equipe na Oficina, com pelo menos um profissional de cada categoria funcional, incluindo administrativos e terceirizados?
( ) SIM ( ) NÃO

45. Houve mudança na equipe de profissionais que atendem mães e bebês após a realização da oficina?
( ) SIM ( ) NÃO **(passe para Q.46)**

45 a. Os novos profissionais participaram de alguma oficina da EAAB?
( ) SIM, todos ( ) SIM, alguns ( ) NÃO

45 b. Qual a porcentagem de profissionais que estão atuando atualmente que fizeram a oficina? _____%

46. O tutor faz reuniões regulares com a equipe?
( ) SIM ( ) NÃO (**passe para a Q.47**).

46 a. Com que frequência? ( ) mensal ( ) bimestral ( ) trimestral ( ) outros

47. ➔Quais os temas abordados nas atividades realizadas pelo tutor junto a essa equipe?

47 a. Pactuação do plano de ação e definição de plano de trabalho ( ) SIM ( ) NÃO
47 b. Processo de trabalho ( ) SIM ( ) NÃO
47 c. Manejo clínico do aleitamento materno ( ) SIM ( ) NÃO
47 d. Alimentação Complementar Saudável ( ) SIM ( ) NÃO
47 e SISVAN e outros Sistemas de Informação da AB ( ) SIM ( ) NÃO
47 f Outros (especificar)_____ ( ) SIM ( ) NÃO

48. Qual a data da última reunião? ____/ ___/___

49. Houve alguma mudança nas práticas de incentivo ao AM e AC na Unidade após a implementação da EAAB?

( ) SIM, muitas ( ) SIM, algumas ( ) NÃO **(passe para a Q.50)**

49 a. Descreva_____

50. A Unidade já solicitou certificação na EAAB junto ao Ministério da Saúde?

( ) SIM ( ) NÃO **(passe para a Q.51)**

50 a. Você encontrou dificuldade no processo de certificação?

( ) SIM, muitas ( ) SIM, algumas ( ) NÃO

50 b. Descreva_____

51. Os profissionais da UBS participaram de OUTROS cursos em AM e AC nos últimos 6 meses **(não considerar nessa questão as oficinas e atividades complementares da EAAB)**?

( ) Sim, todos os profissionais que atendem mães e bebês
( ) Sim, a maioria dos profissionais que atendem mães e bebês
( ) Sim, alguns profissionais que atendem mães e bebês
( ) Não, nenhum

ANEXO 6 - ENTREVISTA COM AS MÃES

PESQUISA: AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA UTILIZAÇÃO DO MANUAL DE APOIO AO TUTOR NO CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

OBS: Realizar a entrevista somente com a MÃE da criança e se a criança estiver fazendo ou tenha feito acompanhamento de puericultura na UBS.

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO

1. Data da Entrevista:_____/_____/_____ N°__ __ __ __ **(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO DIGITADOR)**			
2. Entrevistador: _____			
3. UBS: _____			
4. A criança faz acompanhamento nesta UBS? Se **NÃO**, agradeça a mãe e encerre a entrevista.	**1. SIM, sempre ( )**	**2. SIM, na maioria das vezes ( )**	**3. NÃO ( )**
5. Telefone: **(Além do telefone da mãe, anote telefone fixo e de recado, se houver)**	( )_____ ( )_____	( ) _____	
6. Qual o nome da criança? _____			
7. Qual o número do cartão SUS? _____		**9. Sem informação ( )**	
8. Qual a data de nascimento da criança: _____/_____/_____ **(Anote da Caderneta da Criança, se estiver com a mãe)**			
9. Qual o sexo da criança:	**1. Masculino ( )**	**2. Feminino ( )**	

PARTE II - DADOS SOBRE A MÃE

10. Qual é a idade da Sra.? _____ (Anos completos)								
11. Esta criança é o seu primeiro filho? **(Considere apenas filhos nascidos vivos)**				**1. SIM ( )**			**2. NÃO ( )**	
12. A Sra. sabe ler e escrever?				**1. SIM ( )**			**2. NÃO ( )**	
13. A Sra. frequentou a escola?				**1. SIM ( )**			**2. NÃO ( )**	
Qual o último ano a Sra. cursou com **aprovação**?								
1.1º ( )	**2. 2º ( )**	**3. 3º ( )**	**4. 4º ( )**	**5. 5º ( )**	**6. 6º ( )**	**7. 7º ( )**	**8. 8º ( )**	**9. 9º ( )**
14 a. De que nível?								

1.Ensino Fundamental ( )	**2.Ensino Médio ( )**	**3.Superior Incompleto ( )**	**4.Superior Completo ( )**

14. A Sra. está estudando?	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**

15. Em relação ao trabalho, a Sra.:	
1.Está trabalhando fora e é registrada ( )	**2.Está trabalhando fora e não é registrada ( )**
3.Não está trabalhando fora (dona-de-casa) ( )	**4.Está em Licença Maternidade e não está trabalhando ( )**
5.Está em Licença Maternidade e está trabalhando (fazendo "bico") ( )	

16. Atualmente a Sra. está morando com quem?		
17 a. Com o pai da criança	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
17 b. Com o companheiro (que não o pai da criança)	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
17 c. Com a sua mãe	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
17 d. Com a sua sogra	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
17 e. Sozinha (somente com esse filho)	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
17 f. Sozinha (com esse e outros filhos)	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**

17. A Sra. cuida da criança em que períodos do dia:		
1.somente de manhã ( )	**2.somente à tarde ( )**	**3.somente à noite ( )**
4.de manhã e à tarde ( )	**5.de manhã e à noite ( )**	**6.de tarde e à noite ( )**
7.em todos os períodos ( )		

PARTE III - PRÉ-NATAL E PARTO

18. A Sra. fez pré-natal? **1. SIM ( )** **2. NÃO ( ) (PASSE para Q 21)**
19. Conversaram com a Sra. sobre amamentação durante o pré-natal? **1. SIM, bastante ( )** **2. SIM, às vezes ( )** **3.NÃO ( )**
20. Qual foi o tipo de parto? **1.Normal ( )** **2.Fórceps ( )** **3.Cesárea ( )**
21. A criança mamou na primeira hora de vida, na sala de parto? **1. SIM ( )** **2. NÃO ( )** **9. Não sabe/Não lembra ( )**
22. Qual o peso da criança ao nascer? _____ **gramas** (**Anote da Caderneta**) **9. Não sabe/Não lembra ( )**

PARTE IV - SOBRE O ACOMPANHAMENTO DA MÃE E BEBÊ NA UBS

23. **Após o nascimento do bebê, quando a Sra. teve o primeiro atendimento nesta UBS?**		
1. Na primeira semana (até 7 dias completos?) ( )	**2.No primeiro mês (30-31 dias completos?) ( )**	
3. Depois de um mês ( )		
24. A Sra. recebeu alguma visita da equipe da UBS em sua casa após o nascimento da criança?		
1.SIM ( )	**2.NÃO ( ) (PASSE para Q 27)**	
25. Quando recebeu a visita em sua casa?		
1. Na primeira semana ( )	**2. No primeiro mês ( )**	**3. Depois de um mês ( )**
26. A UBS agenda consultas para a Sra. e o seu bebê?	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
27. A Sra. foi informada que poderia procurar a UBS para atendimento mesmo fora da data agendada?		
1. SIM ( )	**2. NÃO ( )**	**9. Não sabe/Não lembra ( )**
28. A Sra. recebeu orientação/apoio da equipe da UBS para amamentar?		
1. SIM ( )	**2. NÃO ( ) (PASSE para Q 32)**	**9. Não sabe/não lembra ( ) (PASSE para Q 32)**
29. Essa orientação foi dada:		
30 a. Em grupos	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
30 b. Durante as consultas	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
30 c. Em visitas domiciliares	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
30 d. Sala de espera	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
30 e. Outros_____		
30. Quando foi a **última vez** que a senhora recebeu orientação/apoio da equipe para amamentar?		
1.No último mês ( )	**2.Entre 2 e 3 meses atrás ( )**	**3.Entre 4 e 5 meses atrás ( )**
4.Há 6 meses ou mais ( )	**5.Nunca recebi ( )**	**9.Não sabe/ não lembra ( )**
31. A Sra. teve (ou está) com algum problema na amamentação?	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( ) (PASSE para Q 36)**
32. A Sra. precisou de encaminhamento para resolver o problema?		
1. SIM ( )	**2. NÃO ( ) (PASSE para a Q36)**	**9. Não sabe/Não lembra ( )**
33. A Sra. foi atendida?	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( ) (PASSE para Q 36)**

34. Onde a Sra. foi atendida?		
1.Outra UBS/ Centro de Saúde ( )	**2. Hospital ( )**	**3. Banco de leite ( )**
4. Outro (especificar): _____		

SOMENTE PARA CRIANÇAS MAIORES DE 6 MESES:

35. A Sra. recebeu orientação/apoio da equipe da UBS em relação a alimentação do seu bebê após os 6 meses de idade?		
1. SIM ( )	**2. NÃO ( ) (PASSE para Q 39)**	**9. Não sabe/não lembra ( ) (PASSE para Q 39)**
36. Essa orientação foi dada:		
37 a. Em grupos	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
37 b. Durante as consultas	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
37 c. Em visitas domiciliares	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
37 d. Sala de espera	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
37 e. Outros_____		
37. Quando foi a **última vez** que a senhora recebeu orientação/apoio da equipe quanto a alimentação do seu filho?		
1.No último mês ( )	**2.Entre 2 e 3 meses atrás ( )**	**3.Entre 4 e 5 meses atrás ( )**
4.Há 6 meses ou mais ( )	**5.Nunca recebi ( )**	**9.Não sabe/ não lembra ( )**

PARTE V – ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

38. Seu bebê usa mamadeira ou chuquinha?	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**
39. Usa chupeta?	**1. SIM ( )**	**2. NÃO ( )**

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES				
	A criança ontem tomou leite do peito?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
	Mingau	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Água/chá	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Leite de vaca	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fórmula Infantil	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Suco de fruta	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fruta	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**					
	A criança ontem tomou leite do peito?		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	◯ 1 vez ◯ 2 vezes	◯ 3 vezes ou mais		◯ Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	◯ 1 vez ◯ 2 vezes	◯ 3 vezes ou mais		◯ Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	◯ Em pedaços ◯ Amassada ◯ Passada na peneira ◯ Liquidificada	◯ Só o caldo		◯ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:				
	Outro leite que não o leite do peito		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Mingau com leite		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Iogurte		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fígado		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Feijão		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)		◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe

ANEXO 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TUTORES)

Título do Projeto: Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Pesquisador Responsável: Gláubia Rocha Barbosa Relvas

Prezado (a) Senhor (a),

O(a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem o apoio do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde do Embu das Artes e tem por objetivo avaliar os efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor sobre a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e indicadores de alimentação infantil em crianças menores de um ano.

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma proposta do Ministério da Saúde para a abordagem do aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC) na Atenção Básica à Saúde. Para tanto o Sr.(a), como Tutor de uma Unidade Básica de Saúde, fará o acompanhamento da implementação da Estratégia com base nas orientações do Manual de Apoio ao Tutor que será fornecido pela coordenação da pesquisa.

Para fins dessa pesquisa o acompanhamento da Unidade Básica de Saúde terá a duração de 6 meses, período no qual o Sr(a) realizará 5 atividades com e equipe de saúde abordando temas sobre AM e AC. Antes e após esse período de acompanhamento solicitaremos ao Sr. (a) que responda a um questionário, de aproximadamente 30 minutos, com questões sobre AM e AC para verificarmos se o Manual contribuiu para aumentar seus conhecimentos sobre o tema. Este procedimento está sendo realizado com todos os Tutores das UBS selecionadas para o estudo.

O(a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo garantido o direito à indenização caso sejam comprovados eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O(a) Sr.(a) poderá sentir um desconforto mínimo decorrente do tempo que deverá destinar a responder ao questionário.

Sua participação é importante e voluntária e vai fornecer aos gestores subsídios para o planejamento e avaliação das políticas de saúde da criança e alimentação infantil na Atenção Básica.

Solicitamos seu consentimento para que o (a) senhor (a) possa participar dessa pesquisa e desde já gradecemos sua colaboração.

Ficam assegurados ao senhor (a) os seguintes direitos:

1) Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos relacionados à pesquisa.
2) Não participar do estudo ou interromper a sua participação em qualquer fase dos procedimentos caso julgue necessário.
3) Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4) Receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.
5) Procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo – SP, telefone (11) 3061-7779 ou email: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro que tomei ciência das informações acima explicitadas e concordo em participar da pesquisa.

Embu das Artes, _____de _____de _____.

Nome do sujeito:_____

Cargo / função:_____

Assinatura:_____

Eu, *Gláubia Rocha Barbosa Relvas*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____/____/____.

Estamos à disposição para qualquer informação adicional, através do telefone: (019) 3826-2732 ou e-mail: glaubia@usp.br.

ANEXO 8 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (GERENTE)

Título do Projeto: Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Pesquisador Responsável: Gláubia Rocha Barbosa Relvas

Prezado (a) Senhor (a),

O(a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem o apoio do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde do Embu das Artes e tem por objetivo avaliar os efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor sobre a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e indicadores de alimentação infantil em crianças menores de um ano.

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma proposta do Ministério da Saúde para a abordagem do aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC) na Atenção Básica à Saúde. Para tanto, o tutor da EAAB dessa Unidade Básica de Saúde fará o acompanhamento da implementação da Estratégia com base nas orientações do Manual de Apoio ao Tutor que será fornecido pela coordenação da pesquisa.

Você foi selecionado a participar do estudo por ser gerente de uma UBS localizada em área urbana do município e que possui um tutor da EAAB. Sua participação consiste em responder a uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos, antes e após o acompanhamento do tutor, na qual serão coletadas informações sobre a unidade, as equipes de saúde e as ações de AM e AC desenvolvidas.

O(a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo garantido o direito à indenização caso sejam comprovados eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O(a) Sr.(a) poderá sentir um desconforto mínimo decorrente do tempo que deverá destinar a responder a entrevista.

Sua participação é importante e voluntária e vai fornecer aos gestores subsídios para o planejamento e avaliação das políticas de saúde da criança e alimentação infantil na Atenção Básica.

Solicitamos seu consentimento para que o (a) senhor (a) possa participar dessa pesquisa e desde já agradecemos sua colaboração.

Ficam assegurados ao senhor (a) os seguintes direitos:

6) Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos relacionados à pesquisa.
7) Não participar do estudo ou interromper a sua participação em qualquer fase dos procedimentos caso julgue necessário.
8) Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
9) Receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.
10) Procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo – SP, telefone (11) 3061-7779 ou email: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro que tomei ciência das informações acima explicitadas e concordo em participar da pesquisa.

Embu das Artes, _____de _____de _____.

Nome do sujeito:_____

Cargo / função:_____

Assinatura:_____

Eu, *Gláubia Rocha Barbosa Relvas*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____/____/____.

Estamos à disposição para qualquer informação adicional, através do telefone: (019) 3826-2732 ou e-mail: glaubia@usp.br.

ANEXO 9 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Título do Projeto: Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Pesquisador Responsável: Gláubia Rocha Barbosa Relvas

Prezado (a) Senhor (a),

O(a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem o apoio do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde do Embu das Artes e tem por objetivo avaliar os efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor sobre a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e indicadores de alimentação infantil em crianças menores de um ano.

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma proposta do Ministério da Saúde para a abordagem do aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC) na Atenção Básica à Saúde. Para tanto, o tutor da EAAB dessa Unidade Básica de Saúde fará o acompanhamento da implementação da Estratégia com base nas orientações do Manual de Apoio ao Tutor que será fornecido pela coordenação da pesquisa. Para fins dessa pesquisa o acompanhamento terá a duração de 6 meses, período no qual o tutor realizará 5 atividades com e equipe de saúde abordando temas sobre AM e AC. Antes e após esse período de acompanhamento do tutor solicitaremos ao Sr. (a) que responda a um questionário, de aproximadamente 30 minutos, com questões sobre AM e AC para verificarmos se as atividades contribuíram para o conhecimento dos profissionais. Estes procedimentos estão sendo realizados com todos os profissionais de saúde das UBS selecionadas para o estudo.

O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo garantido o direito à indenização caso sejam comprovados eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O(a) Sr.(a) poderá sentir um desconforto mínimo decorrente do tempo que deverá destinar a responder ao questionário.

Sua participação é importante e voluntária e vai fornecer aos gestores subsídios para o planejamento e avaliação das políticas de saúde da criança e alimentação infantil na Atenção Básica.

Solicitamos seu consentimento para que o(a) senhor (a) possa participar dessa pesquisa e desde já agradecemos sua colaboração.

Ficam assegurados ao senhor (a) os seguintes direitos:

11) Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos relacionados à pesquisa.
12) Não participar do estudo ou interromper a sua participação em qualquer fase dos procedimentos caso julgue necessário.
13) Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
14) Receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.
15) Procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo – SP, telefone (11) 3061-7779 ou email: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro que tomei ciência das informações acima explicitadas e concordo em participar da pesquisa.

Embu das Artes, _____de _____de _____.

Nome do sujeito:_____
Cargo/ função:_____
Assinatura:_____

Eu, *Gláubia Rocha Barbosa Relvas*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.
_____ Data: ____/____/____.

Estamos à disposição para qualquer informação adicional, através do telefone: (019) 3826-2732 ou e-mail: glaubia@usp.br.

ANEXO 10 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (MÃES)

Título do Projeto: Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Pesquisador Responsável: Gláubia Rocha Barbosa Relvas

Prezada Senhora,

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma proposta do Ministério da Saúde para os profissionais trabalharem com o aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC) nas Unidades Básicas de Saúde.

A Sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem o apoio do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde do Embu das Artes e tem por objetivo avaliar se a utilização de um manual pelos tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil está ajudando as mães a amamentarem e alimentarem seus filhos de forma saudável.

Para tal, estão sendo realizadas entrevistas com mães de crianças que estão sendo acompanhadas em 13 unidades de saúde deste município.

A entrevista contém algumas questões sobre a senhora e seu bebê, informações sobre a alimentação da criança e sobre o atendimento realizado nesta Unidade de Saúde e terá duração de mais ou menos 15 minutos.

A Sra. poderá sentir um desconforto mínimo decorrente do tempo que deverá destinar a responder a entrevista.

A Sra. não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo garantido o direito à indenização caso sejam comprovados eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e que a senhora poderá desistir a qualquer momento da entrevista sem que isto acarrete nenhum tipo de consequência em relação ao seu atendimento nesta Unidade de Saúde.

Ficam assegurados à senhora os seguintes direitos:

16) Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos relacionados à pesquisa.
17) Não participar do estudo ou interromper a sua participação em qualquer fase dos procedimentos caso julgue necessário.
18) Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
19) Receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.
20) Procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo – SP, telefone (11) 3061-7779 ou email: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Caso a senhora esteja devidamente esclarecida, solicitamos seu consentimento para que a senhora possa participar da pesquisa.

Agradecemos sua colaboração.

Declaro que tomei ciência das informações acima explicitadas e concordo em participar da pesquisa.

Embu das Artes, _____de _____de _____.
Nome do sujeito:_____
Assinatura:_____

Eu, Gláubia Rocha Barbosa Relvas, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____/____/____.

Estamos à disposição para qualquer informação adicional, através do telefone: (019) 3826-2732 ou e-mail: glaubia@usp.br.

ANEXO 11 – CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS DO EMBU DAS ARTES

Cidade de Embu das Artes

Melhor a cada dia

Ofício 0142/2015-GPES

Prezadas Sras.
Professora
Pesquisadora Responsável
Sonia Isoyama Venancio
Pesquisadora
Gláubia Rocha Barbosa Relvas

Embu das Artes, 27 de fevereiro de 2015

A Secretaria da Saúde de Embu das Artes, São Paulo, autoriza a realização da pesquisa intitulada: **"Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil** a ser realizado nas unidades básicas de Saúde do município de Embu das Artes sob responsabilidade da pesquisadora principal Gláubia Rocha Barbosa Relvas, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP /USP, sob orientação da Professora Sonia Isoyama Venancio.

Os pesquisadores se comprometem a realizar a pesquisa apenas após a aprovação no Conselho de Ética, e a devolver os dados para apropriação dos serviços de saúde do município no âmbito das políticas e diretrizes do Sistema único de Saúde.

Outrossim, serão assegurados todos os preceitos estabelecidos pela Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.

- Garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação da pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O Governo da Cidade de Embu das Artes agradece a escolha deste município para o aprofundamento de dados e informações relevantes para a nossa população.

Respeitosamente,

Sandra Magali Filho Barbeiro
Secretária Municipal da Saúde
Prefeitura da Estância Turística de Embu das Artes

Prefeitura da Estância Turística de Embu das Artes
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Andronico dos Prazeres Gonçalves, 114 – Centro
Embu das Artes

Telefone: (11) 4704-3837
saude@embudasartes.sp.gov.br
www.embudasartes.sp.gov.br

ANEXO 12 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Pesquisador: Gláubia Rocha Barbosa Relvas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43317315.0.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.053.987

Data da Relatoria: 22/05/2015

Apresentação do Projeto:

A mesma

Objetivo da Pesquisa:

Inalterados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O TCLE para as mães explicita os riscos mínimo desta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendidas as pendências apontadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a acresscentar

Recomendações:

Nada a acrescentar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

CURRÍCULO LATTES

ORIENTADORA

Sonia Isoyama Venancio

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/5325524254994256
Última atualização do currículo em 20/12/2017

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (1989), mestrado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1996) e doutorado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2002). Ingressou na carreira de Pesquisador Científico em 1994, no Instituto de Saúde da SES-SP. Atualmente é PqC VI, líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde e Assistente Técnico de Direção. Coordenou vários projetos de pesquisa, com financiamento do CNPq, FAPESP, OPAS, JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão) e Ministério da Saúde. Coordenou o Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto por um período de quatro anos. É docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Foi membro de cerca de 30 bancas de qualificação e conclusão de mestrado/doutorado. É revisora dos periódicos: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Revista Brasileira de Epidemiologia, - Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista de Saúde Pública e Epidemiologia e Serviços de Saúde. Desde 2007, é membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, assessor da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Aleitamento Materno, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno, nutrição, políticas de saúde, indicadores de saúde e epidemiologia e atenção básica. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Sonia Isoyama Venancio
Nome em citações bibliográficas	VENANCIO, S. I.;Venancio, Sonia Isoyama;VENANCIO, SONIA I.;VENÂNCIO, SÔNIA ISOYAMA;VENÂNCIO, SONIA ISOYAMA;VENÂNCIO, SÔNIA I.

Endereço

Endereço Profissional	Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Rua Santo Antônio, 590, 5º andar Bela Vista 01314000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 31168503 URL da Homepage: http://www.isaude.sp.gov.br

Formação acadêmica/titulação

1998 - 2002	Doutorado em Nutrição Em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil. Título: Determinantes Individuais e Contextuais do aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros Seis Meses de Vida em Cento e Onze Municípios do Estado de São Paulo, Ano de obtenção: 2002. Orientador: Carlos Augusto Monteiro. Palavras-chave: aleitamento materno; Allimentação infantil; Avaliação em Saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Nutrição. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.

CURRÍCULO LATTES

DOUTORANDA

Gláubia Rocha Barbosa Relvas

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9579892164594642
Última atualização do currículo em 20/03/2018

Atualmente é doutoranda em Nutrição em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. Realiz estágio de doutorado sanduíche na University of Montreal (2017). Possui graduação em Nutrição pe Universidade Federal de Mato Grosso (2000) e mestrado em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal Mato Grosso (2003). Tem experiência na área de Nutrição com ênfase em Saúde Pública, atuan principalmente nos seguintes temas: Gestão de Políticas, Programas e Projetos de Alimentação e Nutriçã Aleitamento Materno, Alimentação Complementar e Promoção da Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Gláubia Rocha Barbosa Relvas
Nome em citações bibliográficas	RELVAS, G. R. B.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Doutor Arnaldo, 715 Pinheiros 01255000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617960 URL da Homepage: www.fsp.usp.br/pos

Formação acadêmica/titulação

2014	Doutorado em andamento em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil. com **período sanduíche** em University of Montreal (Orientador: Louise Potvin). Título: Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Orientador: Sonia Isoyama Venancio. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Aleitamento Materno; Alimentação Complementar; educação permanen em saúde; atenção primária em saúde; avaliação de intervenções.
2001 - 2003	Mestrado em Saúde e Ambiente. Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT, Brasil. Título: Efeito de probióticos sobre a incidência de complicações pós-operatórias e na resposta imunológica em operações do trato gatrintestinal,Ano de Obtenção: 2003. Orientador: Maria Helena Gaíva Gomes da Silva. Coorientador: Márcia Queiroz Latorraca. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Probióticos; Complicações Pós-Operatórias; Imunonutrição; Nutrição e cirurgia. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
1996 - 2000	Graduação em Nutrição. Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT, Brasil. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.