

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA PAULA DE BRITO

**IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

PICOS - PIAUÍ
2017

ANA PAULA DE BRITO

**IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

PICOS-PIAUI

2017

B862i Brito, Ana Paula

Impacto de um programa educativo sobre alimentação complementar no conhecimento dos agentes comunitários de saúde / Ana Paula Brito – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¼ pol. (66 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

1. Alimentação Complementar. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Educação em Saúde. I. Título.

CDD 613. 208 32

ANA PAULA DE BRITO

**IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

Aprovado em: 29,11,17

BANCA EXAMINADORA

Luisa Helena de Oliveira Lima

Prof.ª Dr.ª Luisa Helena de Oliveira Lima (orientadora)

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

Presidente da Banca

Artemizia Francisca de Sousa

Prof.ª Me. Artemizia Francisca de Sousa

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

1ª Examinadora

Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Prof.ª Me. Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

2ª Examinadora

A **Deus**, por me concedeste o dom da sabedoria e iluminado todos os dias dessa jornada. Aos **meus pais** e **meus irmãos**, pelo o apoio e carinho dedicados a mim ao longo dessa caminhada. Aos **meus amigos e amigas da REU**, pela as palavras de incentivo oferecidas quando desmotivada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus**, pela a conclusão de mais um sonho. Pois, foram quase cinco anos de muita luta, dedicação e perseverança. Sendo graças a ele que me mantive firme e forte até o fim dessa longa caminhada.

Aos meus pais, **Ana Maria** e **José Maximiano**, pelo o apoio e, por sempre estarem ao meu lado. Sei que fizeram tudo para me verem feliz e realizada, pois, mesmo em pleno as dificuldades conseguiram proporcionar o melhor pra mim.

Aos meus irmãos, **Joseano Manoel** e **Izalberto Jose**, que além de irmãos são meus melhores amigos. Agradeço, por terem acreditado na minha capacidade em realizar este sonho e, por terem me apoiado durante o percurso dessa jornada.

As minhas tias, Izidória Raimunda e Maria dos Anjos pelo o apoio e por acreditarem no meu potencial.

As minhas primas Rayane, Rayanilda e Rayla por ter compartilhado vários momentos comigo, tanto nos dias de luz como nos dias sombrios. Vocês me ajudaram bastante a tornar esse sonho realidade.

Ao meu avô Maximiano (*in memoriam*), por ter me apoiado nessa luta. Tenho o senhor no meu coração e em meus pensamentos, e sei que onde estiveres estará torcendo pela minha vitória.

A minha amiga Maria Madalena, por ser uma das pessoas que mais me incentivou, sempre oferecendo conselhos construtivos.

As minhas amigas/irmãs de quarto da REU, Tamires Amaro, Edna e Gracielly por cada momento compartilhado com vocês, por cada palavra de incentivo oferecida, enfim, por tudo que fizestes em prol da minha felicidade.

As minhas amigas da UFPI, Daniela Nogueira, Sindy Raquel, Edilane Neves, Luziene e Ana Paula Wenzel, pelo o companheirismo e amizade.

Aos professores da UFPI, em especial, à Rávida Rocha, Jéssica Denise, Karielly, Eduardo Carvalho, Ana Klisse e Gilberto pereira pelo apoio oferecido, que além do ensinamento compartilhado, foram pessoas que me ajudarem com recursos financeiros para me manter no curso.

A Prof.^aMe. Artemizia Francisca de Sousa, pela as oportunidades oferecidas e por estar sempre disponível para sanar minhas dúvidas. Agradeço, por

ter concedido os dados do projeto de alimentação complementar para a construção deste trabalho de conclusão de curso, e pela as orientações fornecidas quando solicitadas.

A minha orientadora Prof.^aDr.^aLuisa Helena de Oliveira Lima, por me guiar na edificação do presente trabalho e pela a oportunidade em ser membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC), linha de Saúde da Criança e Adolescente, coordenado pela a referida professora.

De modo geral, agradeço a banca examinadora deste estudo, à Prof.^aMe. Artemizia Francisca de Sousa e Prof.^aMe. Edina Araújo Rodrigues Oliveira, por aceitar o convite e compartilharem comigo esse momento tão importante para mim. Enfim, obrigada a todos que colaboraram de modo direto e/ou indiretamente para a conclusão desse Curso de Bacharelado em Enfermagem.

“Que seu remédio seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédio”

(Hipócrates)

RESUMO

A alimentação complementar consiste na oferta de qualquer alimento sólido ou semissólido para a criança com o propósito de complementar o aleitamento materno, sem substituí-lo. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de educação em saúde sobre alimentação complementar saudável no conhecimento dos agentes comunitários de saúde. Trata-se de um estudo descritivo comparativo, do tipo transversal e de abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no período de março a novembro de 2017, realizado nas 36 Unidades Básicas de Saúde do município de Picos-PI. A população foi composta de 93 agentes comunitários de saúde no pré-teste e 87 no pós-teste. Os dados foram tabulados em planilhas do Excel for Windows e analisados através de um programa de SSPS. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o parecer número 1.891.046. Os Resultados evidenciaram que a idade de tais profissionais concentrava-se entre 40 à 49 anos; com predominância de mulheres; a maioria com o ensino médio completo; sendo maior parte casadas; renda salarial com predominância de 2 até 3 salários mínimos; a prevalência foi de até 4 moradores na mesma residência; a zona urbana consistiu na maior área de atuação; e mais da metade não possui curso em alimentação complementar. As questões de maiores impactos sobre o conhecimento dos agentes comunitário de saúde referente à alimentação complementar após as intervenções educativas foram às seguintes: a idade de introdução da alimentação complementar deve iniciar a partir do sexto mês teve percentual de 79,6% no pré-teste e 86,2% no pós-teste; a fruta amassada como primeiro alimento a ser ofertada a criança resultou em 50,5% no pré-teste e 63,2% no pós-teste; a oferta de alimentos de acordo com os horários de refeição da família, mas sem rigidez de horários teve pontuação de 59,1% no pré-teste e 75,9% no pós-teste; o esquema alimentar no período de seis meses obteve percentual de 61,3% no pré-teste e 65,5% no pós teste; Alimentos como embutidos, condimentos industrializados, frituras, salgadinhos, enlatados, macarrão instantâneo, refrigerantes, doces e biscoitos recheados majoritariamente foram considerados como proibidos no primeiro ano de vida por 90% dos agentes comunitário de saúde no pré-teste e chegando a 100% no pós-teste; o mel foi considerado como alimento proibido por 52,7% dos participantes desta pesquisa no pré-teste e 74,7% no pós-teste; o iogurte afirmaram ser recomendado para menores de um ano com percentual no pré-teste de 58,1% reduzindo-se para 23,0% no pós-teste. Assim, o grau de conhecimento dos agentes comunitário de saúde relativo à alimentação complementar no pré-teste foi de 29% como regular e 58% bom, enquanto que no pós-teste 6% foi avaliado como regular e 81% como bom. Conclui-se que, com os resultados obtidos verifica-se a importância dos agentes comunitários de saúde serem capacitados sobre alimentação complementar, para estes exercerem a profissão com mais qualidade, proporcionando as mães/famílias dos menores de dois anos orientações fidedignas sobre alimentação saudável e, melhor desenvolvimento e crescimento do público infantil.

Palavras-chave: Alimentação complementar. Agente comunitário de saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Complementary feeding consists of offering any solid or semi-solid food to the child for the purpose of supplementing breastfeeding without replacing it. The present study aimed to evaluate the impact of a health education program on healthy supplementary feeding in the knowledge of community health agents. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative approach. The study was carried out in the period from March to November 2017, conducted in the 36 Basic Health Units of the municipality of Picos-PI. The population was composed of 93 community health agents in the pre-test and 87 in the post-test. Data was tabulated in Excel for Windows spreadsheets and analyzed through an SPSS program. The research project was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Piauí, with opinion number 1.891.046. The results showed that the age of these professionals was between 40 and 49 years old; with predominance of women; the majority with complete high school; being mostly married; salary income with a predominance of 2 to 3 minimum wages; the prevalence was of up to 4 residents in the same residence; the urban area consisted of the largest area of operation; and more than half do not have a course in complementary feeding. The issues of greatest impact on the knowledge of community health agents regarding complementary feeding after educational interventions were as follows: the age of introduction of complementary feeding should start from the sixth month had a percentage of 79,6% in the pre-test and 86,2% in the post-test; the fruit kneaded as the first food to be offered the child resulted in 50,5% in the pre-test and 63,2% in the post-test; the food supply according to family meal times, but without hourly rigidity had a score of 59,1% in the pre-test and 75,9% in the post-test; the feeding scheme in the six-month period obtained a percentage of 61,3% in the pre-test and 65,5% in the post-test; Foods such as sausages, industrial condiments, fried foods, snack foods, canned goods, instant noodles, soft drinks, sweets and biscuits stuffed mostly were considered banned in the first year of life by 90% of community health agents in the pre-test and reaching 100% in the post-test; honey was considered a prohibited food by 52,7% of the participants of this research in the pre-test and 74,7% in the post-test; the yogurt stated to be recommended for children under one year with a percentage in the pre-test of 58,1% reducing to 23,0% in the post-test. Thus, the level of knowledge of community health agents regarding complementary feeding in the pre-test was 29% as regular and 58% good, while in the post-test 6% was evaluated as regular and 81% as good. It is concluded that, with the results obtained, the importance of the community health agents to be trained in complementary feeding, to exercise the profession with higher quality, providing mothers / families of children under two reliable guidelines on healthy eating and, better development and growth of the children's audience.

Key words: Complementary feeding. Community health agent. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Grau de conhecimento dos ACS sobre Alimentação Complementar Saudável no pré e pós-teste	37
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Grau de conhecimento dos profissionais sobre Alimentação
Complementar Saudável

27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas dos ACS pesquisados	29
Tabela 2 -	Conhecimento dos ACS referente à AC antes e após a realização de intervenções educativas em saúde	31
Tabela 3 -	Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde referente às orientações para promoção da alimentação complementar saudável	32
Tabela 4 -	Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde referente ao esquema alimentar conforme a idade da criança	34
Tabela 5 -	Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde referente à recomendação ou não dos alimentos para menores de doze meses	35
Tabela 6 -	Diferença de médias entre o conhecimento pré e pós-teste	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AC	Alimentação Complementar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGPAN	Coordenação-Geral da Política de alimentação e Nutrição
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPeSC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Alimentação Complementar	18
3.1.1	Políticas e Programas com ênfase na AC	19
3.2	A Estratégia de Saúde da Família no incentivo da AC	20
3.2.1	O papel do ACS no estímulo da AC	21
3.3	A Educação em Saúde como estratégia para a promoção da AC	22
4	MÉTODOS	24
4.1	Tipo de estudo	24
4.2	Local e período de estudo	24
4.3	População e amostra	25
4.3.1	Critérios de inclusão	25
4.4	Coleta dos dados	25
4.5	Análise dos dados	27
4.6	Aspectos éticos	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	38
7	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	51
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
	APÊNDICE B - Questionário Semiestruturado	56
	ANEXO	60
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	61

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o aumento no consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras, tem chamado a atenção das autoridades em saúde pública, dadas as repercussões que apresentam na saúde populacional. O mesmo encontra-se associado às elevadas prevalências das doenças crônicas não transmissíveis e redução no potencial de trabalho, acarretando maiores gastos públicos e redução na arrecadação de renda. Nesse aspecto ressalta-se a necessidade de vigilância junto ao público infantil, cada vez mais exposto. De encontro a esses interesses estão às recomendações atuais sobre alimentação complementar saudável, formando hábitos alimentares compatíveis com a saúde.

A alimentação complementar (AC) consiste na oferta de qualquer alimento sólido ou semissólido para a criança com o propósito de complementar o aleitamento materno sem substituí-lo. O recomendado é que AC seja introduzida a partir do seis meses de vida, pois é quando o infante apresenta tolerância gastrointestinal e absorção de nutrientes em níveis ideais, readaptando-se gradativamente as texturas e sabores dos diversos alimentos (BRASIL, 2015a).

A introdução de novos alimentos tem a finalidade de fornecer energia e micronutrientes compatíveis com as necessidades nutricionais de maiores de seis meses, uma vez que a partir dessa idade o leite materno não é capaz de supri-las em sua totalidade. Para efetivação de uma alimentação saudável é fundamental que os alimentos oferecidos sejam in natura, com higienização adequada, bem cozida, amassada e oferecido em quantidades estabelecidas de acordo com a idade da criança (BRASIL, 2015a; MACHADO *et al.*, 2014).

Estudo realizado com ênfase na AC em diferentes regiões do Brasil evidenciou que o consumo alimentar em menores de dois anos apresenta-se inapropriado para a idade, dentre os alimentos frequentemente consumidos estão: leite de vaca, refrigerantes, salgados, e doces. Dados alarmantes, sobretudo porque o hábito alimentar na infância poderá repercutir na fase adulta facilitando uma possível obesidade e, conseqüentemente complicações na saúde da população (VITOLLO *et al.*, 2014).

A prática da AC incorreta pode estar associada a diversos fatores entre eles estão: baixa escolaridade, ambiente familiar, maternidade na adolescência, e crenças enraizadas. A influência de tais fatores apresenta-se de forma persistente,

favorecendo hábitos alimentares não saudáveis, podendo afetar o crescimento, desenvolvimento e acarretar sérios riscos para a saúde (LIMA *et al.*, 2014).

Os profissionais da saúde, em especial, os da Atenção Básica (AB) são os que estão mais próximos da comunidade, conhecendo a vulnerabilidade de cada família (BRASIL, 2012a). Então, aconselhar de forma fidedigna as mães ou familiares a respeito da alimentação saudável para menores de dois anos favorece no desenvolvimento e crescimento de modo satisfatório da criança.

Dentre os profissionais da saúde da AB destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo esse inserido na Estratégia de Saúde da Família, exercendo um papel indispensável na comunidade adscrita, apresentando-se como elo entre a população e os demais profissionais (BRASIL, 2012a).

O ACS é responsável por inúmeras funções, considerado como peça indispensável para o trabalho em conjunto com toda a equipe da Atenção Básica. A visita domiciliar constitui uma das principais funções, através dela o ACS é capaz de conhecer cada família e suas vulnerabilidades, podendo promover saúde mediante orientações sobre a prevenção de doenças e/ou agravamento destas, sendo transmitidas informações essenciais, como as relacionadas à alimentação complementar (SPERONI *et al.*, 2016).

No Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS) tem-se efetivado investimentos para o aperfeiçoamento da educação dos profissionais da saúde, por meio de estratégias que possa favorecer a elevação do grau de conhecimento, para aprimorar o desempenho destes durante o exercer da profissão, atendendo todas as necessidades da população assistida (MELO; QUINTAO; CARMO, 2015).

Com base no exposto, é pertinente avaliar: qual o impacto do programa da educação em saúde sobre o conhecimento dos agentes comunitários de saúde relacionada à AC?

A educação em saúde pode ser entendida como transmissão de conhecimentos relacionados à saúde, podendo ser utilizadas para realização desta, intervenções tecnológicas avançadas ou não, com o objetivo de sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de ocorrências individuais e coletivas que atingem na qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2016).

Dessa forma, torna-se primordial a capacitação dos ACS a respeito da alimentação complementar, uma vez que, os hábitos alimentares saudáveis iniciados desde a infância repercutiram tanto na adolescência, como também na

fase adulta, favorecendo na melhor qualidade de vida. A realização do presente estudo torna-se relevante, pois, a educação em saúde apresenta-se como um método utilizado na formação de determinados valores e ações, que ocasiona conduta de disseminar o conhecimento, colaborando para qualidade da própria saúde e dos outros (FERREIRA *et al.*, 2016).

Sendo ainda, de suma importância tanto para a comunidade que recebe orientações adequadas sobre a saúde por meio do ACS, como também facilita o trabalho de toda equipe da Atenção Básica, em especial o profissional de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o impacto de um programa de educação em saúde sobre alimentação complementar saudável no conhecimento dos agentes comunitários de saúde.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde pesquisados;
- Identificar o conhecimento prévio dos agentes comunitários de saúde pesquisados sobre alimentação complementar saudável;
- Planejar e executar o Programa de Educação em Saúde sobre alimentação complementar saudável;
- Verificar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde pesquisados após as intervenções realizadas;
- Comparar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde pesquisados sobre alimentação complementar saudável antes e após a intervenção realizada.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os primeiros 24 meses idade da criança são considerados o período de crescimento rápido e de evolução do desenvolvimento. É nessa respectiva fase que as boas práticas alimentares devem ser trabalhadas, na qual são adquiridas as habilidades iniciais da digestão do leite materno e vários outros alimentos, estando sujeitos a um processo de mudanças fisiológicas essenciais na adaptação de hábitos saudáveis, que poderão repercutir na vida adulta (MONTEIRO, 2016; BRASIL, 2015a).

3.1 Alimentação Complementar

A alimentação complementar consiste na introdução de quaisquer alimentos sólidos ou semi-sólidos para a criança a partir do sexto mês, tendo como propósito a complementação do aleitamento materno. No entanto, antes dos seis meses o infante deve alimentar-se exclusivamente do leite materno, pois ele é suficiente para nutrir e fornecer energia para a criança, sendo primordial que após esse período além de receber o aleitamento materno deve ser oferecido também os alimentos saudáveis indicados para tal idade (BRASIL, 2013a).

Além da idade, a maturidade fisiológica, neuromuscular e as necessidades nutricionais precisam ser levadas em consideração quando o assunto é o período da iniciação da alimentação complementar. Antes dos seis meses o infante não tem o desenvolvimento fisiológico suficiente para receber preparações alimentares sólidas, devendo somente alimentar-se da dieta de consistência líquida, sendo ideal que seja ofertado apenas o leite materno. O grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção dos nutrientes de modo satisfatório são adquiridos a partir dos sexto mês, que é quando a criança está com melhor adaptação física e fisiológica (BRASIL, 2015a; SA; LUNA, 2015; SILVEIRA, *et al.*, 2013).

Ao completar os seis meses, é recomendado que a criança em amamentação receba três refeições por dia, que consiste em duas papas doce e uma salgada. Aos sete meses no cardápio poderá acrescentar mais uma papa salgada, sempre levando em consideração o desenvolvimento da criança. A idade ideal para a oferta da mesma comida da família é a partir do décimo segundo mês,

sendo no mínimo cinco refeições ao dia. É indispensável que a alimentação seja de modo variado, devendo conter alimentos de todos os grupos, como os cereais, leguminosas, carnes, hortaliças e, evitando o consumo de alimentos industrializados dando preferência para os in natura (MAIS *et al*, 2014; BRASIL, 2013a).

Inicialmente os alimentos devem ser preparados conforme a idade do infante, estando bem amassados e de consistência pastosa, evitando sempre o uso de utensílios como o liquidificador ou peneiras. No cozimento é primordial que seja com pouca água, com condimentos naturais, sem excesso de sal e cozinhar bem os alimentos. O cuidado com o armazenamento e a higienização dos alimentos é outro fator importante para garantir uma alimentação saudável livre de contaminações e, possíveis doenças como as diarreias e desnutrição (OLIVEIRA, 2017; BRASIL, 2015a).

É fundamental que a oferta dos alimentos para os menores de dois anos seja de baixos teores de açúcar, sal e gorduras, pois a criança costuma a dar preferência aos alimentos consumidos com maior frequência, podendo assim manter este padrão alimentar na vida adulta. Quando são oferecidos doces e entre outras guloseimas as crianças tende a dispensar as frutas, verduras, legumes e optar comidas não saudáveis. Além disso, devem também evitar os sucos naturais, se caso consumidos que sejam no copo, logo após as refeições e numa quantidade até de 100mL/dia (BRASIL, 2015a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

A orientação correta, direcionada as mães e familiares a respeito da AC nos primeiros anos de vida é essencial na promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças, sendo ideal, que tais informações sejam repassadas pelos os profissionais de saúde. E para o fornecimento de informações fidedignas é necessário que estes profissionais estejam capacitados sobre o tema em abordagem (MARINHO, 2016).

3.1.1 Políticas e Programas com ênfase na AC

Apesar das políticas e programas existentes e as publicações do Ministério da saúde, no Brasil a nutrição infantil ainda consiste em um desafio de Saúde Pública, buscando assim, novos horizontes com a finalidade de promover a alimentação complementar saudável. A portaria mais recente e instituída pelo o MS

foi a 1.920/13 que estabelece a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS), mas comumente conhecida como Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), sendo resultado da junção de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) (BRASIL, 2013b; BALDISSERA; ISSLER; GIUGLIANI, 2016; VENANCIO *et al.*, 2013).

A EAAB objetiva a qualificação das ações em promover o aleitamento materno e alimentação complementar saudável para menores de 24 meses de idade, visando o aprimoramento do conhecimento e habilidades dos profissionais da saúde em nível de atenção básica. Buscando contribuir eficazmente por meio da rotina de atividades desenvolvidas nas UBS na prática da amamentação exclusiva até o sexto mês e, incentivando para a promoção alimentação complementar saudável nos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2013b).

Com base nas estratégias de AC implantadas no país, os profissionais da saúde precisam estar constantemente atualizados. No entanto, o MS com intuito de sensibilizar e capacitar à equipe de saúde fornece material de modo periódico e gratuita. A publicação mais atualizada referente à alimentação complementar saudável é o caderno de numeração 23 (vinte e três), visando subsidiar informações pertinentes da AC e aleitamento materno conforme o contexto da promoção saúde na atenção básica (BRASIL, 2015a).

3.2 A Estratégia de Saúde da Família no incentivo da AC

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge em 1994, tendo como objetivo o aperfeiçoamento dos serviços de saúde em âmbito do SUS, buscando facilitar o acesso da população a uma assistência de modo integralizada e com mais qualidade. Posteriormente o PSF passou a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido a apresentação de características distintas em comparação aos demais programas e por ser um processo de reorganização do trabalho no que refere-se a área da saúde em nível de atenção básica (LIVIA; AUGUSTO; CRISTINA, 2013).

A ESF consiste na porta de entrada do SUS, tendo sua funcionalidade por meio de uma equipe multiprofissional, estando todos trabalhando em prol de um único objetivo que é a promoção da saúde. Dentre o público alvo assistido estão as

crianças, que estas passam por acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com mais intensidade nos primeiros 24 meses de idade (MALTA *et al.*, 2016).

A ESF vem contribuindo significativamente no que diz respeito à saúde da criança e, principalmente na adesão aos bons hábitos alimentares desde a infância. Esta busca prestar assistência para toda a população adscrita em determinada área, abrangendo todas as faixas etárias da vida, objetivando-se desse modo a promoção da saúde de todos (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

A consulta de puericultura consiste em uma das principais intervenções realizadas no tal serviço, voltada especialmente para as crianças. Durante a consulta vários aspectos são abordados pelo o enfermeiro e dentre as orientações fornecidas estão os relacionados à alimentação complementar, que são repassadas para as mães e/ou familiares responsáveis pela a criança. Mas, além do acompanhamento dentro do serviço de saúde são realizadas também visitas domiciliares pelo o ACS, que funciona como guia de informações pertinentes a saúde na comunidade adscrita, dentre elas aborda as referentes à alimentação para menores de dois anos (SUTO; LAURA; COSTA, 2014).

3.2.1 O papel do ACS no estímulo da AC

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional resultante da iniciativa do MS através dos seguintes programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando solidificação perante o contexto municipal e descentralização da atuação da atenção primária em nível nacional (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

O ACS é um dos integrantes que compõe a equipe básica de saúde que vem ganhando destaque na ESF, pois, está em contato direto com a comunidade adscrita de sua área. O profissional ACS é protagonista para o bom funcionamento da ESF, sendo colaborador tanto para a população que recebe a informação, como para os demais profissionais da ESF que depende do ACS para conhecer melhor a comunidade adscrita (COSTA *et al.*, 2013).

O convívio diariamente com a população de determinado comunidade permita que o ACS conheça de perto os problemas e necessidades de cada família, compreendendo o processo sociocultural destes (COSTA *et al.*, 2013). É baseado

nessa visão de realidade que o profissional poderá está intervindo positivamente no estabelecimento da promoção da saúde, transmitindo informações conforme a vulnerabilidade de cada indivíduo.

Conforme citado anteriormente, o ACS apresenta-se na principal chave para levar informações sobre AC até as mães/familiares de crianças menores de dois anos, possibilitando assim, o esclarecimento de principais dúvidas com relação à alimentação saudável para este público infantil. E ainda, a criação de vínculo entre as mães e os ACS possibilita que estas tenham maior confiança nas informações transmitidas por tais profissionais (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

3.3 A Educação em Saúde como estratégia para promoção da AC

A educação em saúde pode ser compreendida como a transmissão de informações relativas à saúde, bem como uso de ferramentas tecnológicas mais modernas ou não, cujo, o objetivo principal é a capacitação de indivíduos ou grupos para que estes agreguem conhecimentos sobre o processo de saúde-doença e possa discernir os mecanismos para o estabelecimento de cuidados de si próprios, a fim de promover saúde (SALCI, 2013; MACIEL, 2009).

Segundo Brasil (2007), a educação em saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população. No entanto, as ações de educação em saúde na ESF constituem-se como método para o enriquecimento das condutas de promoção da saúde, e conseqüentemente melhora da assistência para a população (SILVA *et al.*, 2015).

Dentre os variados temas relacionados à saúde, destaca-se AC como componente essencial para a promoção do desenvolvimento e crescimento infantil de modo adequado. Sendo de suma importância a capacitação dos principais mediadores de tais informações, para que estas cheguem até o destinatário final sem alteração de conteúdo.

Para Paulo Freire (1992), a educação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores, que buscam a significação dos significados. É por meio do diálogo que transcorrem todas as práticas e ações, incluindo principalmente os subsídios de educação, como o convencimento, mobilização da opinião pública e participação social (SALCI, 2013).

Então, a educação em saúde apresenta-se como método essencial para o estabelecimento de cuidados de si próprio e de outros. No entanto, com base no compartilhamento de informações sobre o processo saúde-doença, torna-se possível a promoção da saúde através da comunicação, podendo esta ser desenvolvida por diferentes tecnologias educativas.

4 MÉTODOS

O presente estudo faz parte de um projeto base desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC), linha Saúde da Criança e Adolescente, intitulado “Alimentando o Futuro: Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Picos – PI para Promoção da Alimentação Complementar Saudável”.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo comparativo, do tipo transversal e de abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de instrumentos padronizados de coleta de dados. Polit e Beck (2011), afirmam que os estudos transversais envolvem coletas de dados em determinado ponto do tempo.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de março a novembro de 2017, realizado nas 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Picos-PI, sendo 25 na zona urbana e 11 na rural.

As Unidades Básicas de Saúde constitui-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual são desenvolvidos serviços básicos de assistência a saúde da população. Este serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2012a)

Picos é uma cidade da região Sudeste Piauiense, que faz parte da Macrorregião 3 – Semiárido, território do Vale do Guaribas. Fundada em 12 de dezembro de 1890, está a 206 m de altitude, 320 km distante de Teresina (capital do Estado) e tem uma população estimada em 2012 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 75.845 habitantes (BRASIL, 2015b).

4.3 População e amostra

A população foi composta por 180 Agentes Comunitários de Saúde do município. Participaram da pesquisa todos os ACS que aceitaram participar, consolidando seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando 93 ACS no pré-teste e 87 no pós-teste (APÊNDICE A).

4.3.1 Os critérios de inclusão:

- ✓ Estarem efetivamente executando as atividades de ACS
- ✓ Desejar participar da pesquisa, consolidando o seu consentimento por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

4.4 Coleta de dados

O estudo faz parte de um projeto com a intitulação “Alimentando o Futuro: Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Picos – PI para Promoção da Alimentação Complementar Saudável,” na qual, os dados utilizados foram do banco de dados do referido projeto.

Para avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde do município de Picos-PI foi previamente elaborado um questionário de verificação semiestruturado sobre alimentação complementar saudável. Este questionário foi então validado e posteriormente aplicado aos agentes. Com o término da aplicação foi elaborado relatório técnico apontando as principais dificuldades dos ACS em relação aos conhecimentos em alimentação complementar saudável e a partir deste, foram propostas atividades de intervenção do programa de educação em saúde para melhorar o conhecimento dos ACS sobre alimentação complementar saudável. A coleta de dados dividiu-se em cinco etapas, das quais as quatro primeiras foram realizadas durante a execução do projeto de pesquisa.

Etapa I: Triagem dos participantes com assinatura do TCLE (APÊNDICE A) e aplicação do questionário socioeconômico.

A triagem dos ACS ocorreu mediante abordagem direta com estes profissionais na UBS de atuação do agente. Aos que apresentaram interesse em

participar da pesquisa, após serem esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da mesma, assinaram o TCLE (APÊNDICE A), emitindo duas vias, uma para os participantes e outra para os pesquisadores.

Etapa II: Aplicação de questionário para verificação de conhecimento dos ACS em alimentação complementar saudável (pré-teste)

Nessa etapa foi aplicado o questionário semiestruturado de verificação de conhecimento em alimentação complementar saudável (APÊNDICE B) aos ACS, contemplando os “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica” (BRASIL, 2013a).

Após aplicação dos questionários foi realizado, juntamente com os demais discentes do projeto, tabulação, análise e interpretação dos dados, e assim foram planejadas as ações de intervenção baseadas nas principais dúvidas e dificuldades na qual os agentes comunitários de saúde encontraram quanto ao tema investigado.

Etapa III: Realização do programa de educação em saúde, por meio de estratégias de intervenções divididas em três encontros:

A primeira estratégia de intervenção consistiu em apresentar aos ACS a definição de alimentação complementar saudável, além de conceitos essenciais, como a idade de introdução e características básicas, como textura, consistência e condimentos a serem adicionados aos alimentos. Para isso, realizou-se uma dinâmica envolvendo os participantes. Foi lhes apresentado uma caixa surpresa contendo perguntas relacionadas à alimentação complementar, onde cada agente deveria pegar uma pergunta e tentar responder de acordo com seu conhecimento. Em seguida foram discutidos tantos os erros quanto os acertos.

Na segunda intervenção abordou-se questões sobre o tamanho de estômago da criança, a higienização dos utensílios utilizados na preparação dos alimentos, bem como a higiene das mãos e dos alimentos a serem oferecidos. Para tanto utilizou-se um bloco com imagens auto explicativas, de forma a facilitar a assimilação das informações repassadas.

Na terceira intervenção discutiu-se questões sobre os tipos de alimentos recomendados, bem como os que devem ser evitados para menores de um ano. Para a realização dessa atividade foram utilizadas figuras de determinados alimentos e um painel dividido em duas partes, de um lado, o símbolo de correto

para indicação dos alimentos recomendados para menores de um ano e do outro um “X” representando os não recomendados. Nessa atividade os agentes foram convidados a fixar as figuras no painel, de acordo com o seu conhecimento sobre a recomendação da oferta dos alimentos expostos para a faixa etária indicada. Ao final, foram debatidos e comentados os erros e acertos.

Etapa IV: Aplicação de outro questionário (pós-teste) análogo ao primeiro para a reavaliação do conhecimento dos ACS a respeito da alimentação complementar saudável, após a realização das ações interventivas do programa de educação em saúde.

Etapa V: Foi realizada a tabulação dos dados, análise e interpretação dos resultados para avaliar o impacto do programa de educação em saúde, antes e após as intervenções sobre o conhecimento dos ACS referente à alimentação complementar saudável.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilhas do Excel for Windows 2007, com posterior transferência para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos, versão 20.0), para realizar as análises estatísticas. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Para avaliar o conhecimento dos participantes, em sua totalidade, acerca da alimentação complementar saudável foi utilizada a escala apresentada a seguir, que o classifica como bom, regular ou insuficiente (Adaptada de SILVEIRA, 2004).

Quadro 1 - Grau de conhecimento dos profissionais sobre Alimentação Complementar Saudável

PERCENTUAL DE ACERTOS NAS QUESTÕES	GRAU DE CONHECIMENTO
>70%	BOM
50 a 70%	REGULAR
< 50%	INSUFICIENTE

Fonte: Adaptado de Silveira (2004)

4.6 Aspectos éticos

Por conter instrumentos de pesquisa, necessário a determinação do diagnóstico do grau de conhecimento dos participantes quanto à alimentação complementar saudável, para em seguida trabalhar o aspecto extensionista do projeto, o mesmo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí com o parecer número 1.891.046 (ANEXO A), obedecendo às recomendações da resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Antes da realização da coleta de dados, os ACS eram informados sobre objetivos e procedimentos do projeto e sanavam qualquer dúvida com os pesquisadores envolvidos. Somente após, aqueles que aceitaram participar, consolidaram seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A), em duas vias, uma entregue ao participante e outra ficando sob a guarda dos pesquisadores.

Os riscos para a realização da pesquisa foram mínimos. A mesma pode incorrer em pequeno grau de constrangimento aos participantes quando os mesmos responderam ao questionário. Para minimizar esse possível risco, os questionários foram entregues aos participantes, que responderam em casa e o entregaram na Unidade Básica de Saúde, onde são vinculados. Não houve qualquer tipo de identificação do participante no questionário.

Quanto aos benefícios, os ACS tiveram a possibilidade de autoavaliação das suas práticas e conhecimentos relativos à alimentação complementar saudável. Além disso, foi possível a identificação de possíveis fragilidades em relação ao tema, que forem sanadas por meio da proposição e realização de um programa de educação em saúde. Os participantes receberam, ao final das intervenções, uma declaração constando as atividades que tinham integrado que poderá servir de comprovação para fins de progressão na carreira, a depender do seu plano de cargos e salários.

5 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo, referente aos dados sociodemográficos dos ACS e o conhecimento destes, antes e após a realização de intervenções de educação em saúde relativa à alimentação complementar saudável serão abordados por meio da utilização de tabelas e gráficos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos ACS pesquisados. Picos – PI, 2017. n=93.

Variáveis	F	%
Idade (anos)		
1-19	1	1,1
20-29	4	4,3
30-39	13	14,0
40-49	38	40,9
50-59	31	33,3
60 ou mais	5	5,4
Não informado*	1	1,1
Sexo		
Feminino	83	89,2
Masculino	10	10,8
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	4	4,3
Ensino fundamental completo	3	3,2
Ensino médio incompleto	1	1,1
Ensino médio completo	66	71,0
Ensino superior completo	18	19,4
Não informado*	1	1,1
Estado civil		
Casada	52	55,9
Solteira	24	25,8
Divorciada	5	5,4
Viúva	8	8,6
União estável	4	4,3
Renda (em salários mínimos)		
Até 1	17	18,3
>2-3	36	38,7
>3-4	19	20,4
>4	16	17,2
Não informado*	5	5,4
Zona onde atua		
Urbana	65	69,9
Rural	28	30,1
Curso em AC^{&}		
Sim	25	26,9
Não	61	65,6
Não informado*	7	7,5
Tempo de atuação profissional (em anos)		
1 – 5	7	7,5
6 -10	13	14,0

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos ACS pesquisados. Picos – PI, 2017. n=93. Continuação.

11 – 15	24	25,8
16 – 20	28	30,1
21 – 25	18	19,4
26 – 32	3	3,2
Com quantas pessoas mora		
Até 4	81	87,1
Mais de 4	12	12,9

FONTE: dados da pesquisa. *Dados não informados pelo o participante. [§]Alimentação Complementar.

Conforme observado na tabela1, a idade de tais profissionais concentrava entre 40 a 49 anos (40,9%). O sexo predominante foi o feminino (89,2%). O nível de escolaridade da maioria era o ensino médio completo (71,0%).

Com relação ao estado civil, 55,9% referiram ser casadas. A renda familiar mais frequente foi de 2 até 3 salários mínimos (38,7%). O número de moradores prevalecente foi de até 4 pessoas (87,1%) morando no mesmo domicílio.

No que diz respeito a área de trabalho, a zona urbana é área de maior atuação desses profissionais. O tempo de atuação profissional teve predominância entre 16 a 20 anos (30,1%). Em relação a capacitações, 65,6% destes profissionais não possuem nenhum tipo de curso relacionado à AC.

De acordo com a tabela 2, a idade recomendada para a introdução da AC e o primeiro alimento a ser oferecida a criança, foram às questões em que os ACS tiveram maior conhecimento entre o momento pré e pós-teste. Em relação a consistência e conservação dos alimentos houve uma queda do percentual no pós-teste.

A idade dos seis meses obteve percentual, de 79,6% no pré-teste, elevando-se para 86,2% no pós-teste. Já em relação ao primeiro alimento, a fruta amassada foi a melhor pontuada, sendo 50,5% inicialmente e 63,2% após intervenções.

A consistência dos alimentos apresentados na forma amassada obteve no pré-teste 78,5% e no pós-teste 78,2%. Sobre a adequada conservação dos alimentos após o preparo, o percentual de conhecimento foi de 96,8% no pré-teste e reduziu-se para 89,7% no pós-teste.

Tabela 2 – Conhecimento dos ACS referente à AC antes e após a realização de intervenções educativas em saúde. Picos – PI, 2017.

Variáveis	Pré-teste		Pós-teste	
	F	%	F	%
Idade correta da oferta do primeiro alimento (em meses)				
2	-	-	1	1,1
4	2	2,2	1	1,1
6	74	79,6	75	86,2
7	17	18,3	10	11,5
Primeiro alimento que deve ser oferecido a criança				
Água	29	31,2	19	21,8
Chá	1	1,1	2	2,3
Suco	15	16,1	9	10,3
Fruta amassada	47	50,5	55	63,2
Leite de vaca	1	1,1	-	-
Não informado*	-	-	2	2,3
Consistência dos alimentos complementares				
Liquidificada	7	7,5	10	11,5
Peneirada	13	14,0	7	8,0
Amassada	73	78,5	68	78,2
Não informado*	-	-	2	2,3
Tempo que o alimento pode ser oferecido após o preparo				
Até duas horas fora da geladeira	90	96,8	78	89,7
Mais de quatro horas fora da geladeira	1	1,1	6	6,9
No máximo seis horas fora da geladeira	2	2,2	1	1,1
É possível utilizar até no dia seguinte, fora da geladeira, desde que seja esquentado	-	-	-	-
Não informado*	-	-	2	2,3

FONTE: dados da pesquisa. *Dados não informados pelo o participante.

Conforme a tabela 3, a questão de maior impacto após a implementação das intervenções foi a afirmativa relacionada à oferta de alimentos de acordo com os horários de refeição da família, mas sem rigidez de horários. No pré-teste 59,1% consideram verdade essa afirmativa, havendo aumento do percentual para 75,9% no pós-teste.

Na tabela 3, observa-se que os ACS têm menos conhecimento quando questionados sobre a escolha correta dos utensílios (colher para os alimentos de consistência pastosa e no caso de líquidos o uso mamadeira e/ou chuquinhas). No pré-teste 38,7% dos ACS consideraram ser verdade a respectiva afirmativa. E quando implementada as intervenções esse percentual teve redução para 35,6%.

Tabela 3 – Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde referente às orientações para promoção da alimentação complementar saudável. Picos – PI, 2017.

Variáveis	Pré-teste		Pós-teste	
	f	%	F	%
1. Aos 4 meses de idade, a criança já tem capacidade física e mental para receber outros alimentos				
Verdade	18	19,4	11	12,6
Falso	75	80,6	76	87,4
2. Nos primeiros dias de oferta de alimentos complementares a mãe pode oferecer leite materno, caso a criança demonstre que não está saciada				
Verdade	80	86,0	78	89,7
Falso	13	14,0	9	10,3
3. Quando a criança não quer comer, é recomendado oferecer uma recompensa ou um castigo para garantir que ela coma				
Verdade	9	9,7	6	6,9
Falso	81	87,1	81	93,1
4. Para facilitar a alimentação da criança recomenda-se oferecer os alimentos enquanto a mesma está assistindo televisão ou brincando				
Verdade	12	12,9	12	13,8
Falso	81	87,1	73	83,9
Não informado*	-	-	2	2,3
5. É importante que a criança receba água (tratada, filtrada e fervida) nos intervalos das refeições				
Verdade	82	88,2	80	92,0
Falso	11	11,8	7	8,0
6. Os alimentos complementares devem ser oferecidos com colher e no caso dos líquidos, deve-se usar mamadeira e/ou chuchinhas				
Verdade	36	38,7	31	35,6
Falso	57	61,3	54	62,1
7. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, mas sem rigidez de horários				
Verdade	55	59,1	66	75,9
Falso	37	39,8	18	20,7
Não informado*	1	1,1	3	3,4
8. As preparações devem ser oferecidas separadas no prato da criança, pois a criança precisa conhecer os novos sabores e texturas dos alimentos				
Verdade	80	86,0	81	93,1
Falso	12	12,9	5	5,7
Não informado*	1	1,1	1	1,1
9. No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela				
Verdade	88	94,6	80	92,0
Falso	4	4,3	5,7	5,9
Não informado*	1	1,1	2	2,3
10. Na preparação das papas salgadas, o cozimento deve ser feito com pouca água, apenas o suficiente para amaciá-los, e em panela tampada para preservar os nutrientes				
Verdade	88	94,6	75	86,2
Falso	5	5,4	9	10,3
Não informado*	-	-	3	3,4

Tabela 3 – Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde Picos – PI, 2017. Continuação

11. As papas salgadas devem ser temperados com óleo vegetal, pouco sal e condimentos naturais como cebola e alho				
Verdade	69	74,2	58	66,7
Falso	23	24,7	26	29,9
Não informado*	-	-	3	3,4
12. No início da alimentação complementar, os alimentos devem apresentar a consistência líquida				
Verdade	53	57,0	46	52,9
Falso	39	41,9	40	46,0
Não informado*	1	1,1	1	1,1
13. Devem-se oferecer alimentos naturais sem adição de açúcar				
Verdade	83	89,2	81	93,1
Falso	9	9,7	6	6,9
Não informado*	1	1,1	-	-
14. As frutas devem ser de preferência, oferecidas na forma de sucos				
Verdade	32	34,4	25	28,7
Falso	60	64,5	62	71,3
Não informado*	1	1,1	-	-
15. A criança que começa a receber outros alimentos deve permanecer recebendo o leite materno até os dois anos ou mais				
Verdade	81	87,1	80	92,0
Falso	11	11,8	7	8,0
Não informado*	1	1,1	-	-

FONTES: dados da pesquisa. *Dados não informados pelo o participante.

Segundo ilustração da tabela 3, observa-se que em algumas questões os ACS tiveram dificuldade em dissociar entre verdade e falso. Merecendo destaque para questão referente ao preparo das papas salgadas no que diz respeito aos condimentos que deve ser utilizados, obtendo no pré-teste 74,2% dos participantes referindo como verdade a afirmação citada, reduzindo-se para 66,7% quando aplicada as intervenções.

Conforme a tabela 4, observa-se que os ACS tiveram maior conhecimento quando interrogados sobre: o esquema alimentar recomendado no período de seis meses; a idade de dar somente leite materno; e idade correta do oferecimento da mesma comida da família. Porém, ressalta-se que em alguns questionamentos houve decréscimo no percentual após intervenções educativas em saúde

O Esquema alimentar no período de seis meses no pré-teste teve percentual 61,3% e 65,5% no pós teste. A idade de dar somente leite materno foi de 81,7% no pré-teste 79,3% no pós-teste. E, a idade dos dozes meses foi considerada como correta pelos ACS para o oferecimento da mesma comida da família, sendo o percentual de 87,1% no pré-teste e 82,8% no pós-teste.

Tabela 4 – Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde referente ao esquema alimentar conforme a idade da criança. Picos – PI, 2017.

Variáveis	Pré-teste		Pós-teste	
	F	%	f	%
1. A alimentação deve ser composta de leite materno, duas papas de frutas e uma papa salgada (em meses)				
<6	3	3,2	3	3,4
6	57	61,3	57	65,5
7	22	23,7	19	21,8
8	4	4,3	6	6,9
12	6	6,5	2	2,3
Não informado*	1	1,1	-	-
2. Dar somente leite materno (em meses)				
<6	76	81,7	69	79,3
6	13	14,0	15	17,2
7	3	3,2	1	1,1
8	1	1,1	-	-
12	-	-	2	2,3
3. Oferecer, de forma gradativa, a alimentação consumida pela família (em meses)				
<6	2	2,2	-	-
6	10	10,8	12	13,8
7	10	10,8	4	4,6
8	20	21,5	22	25,3
12	51	54,8	49	56,3
4. Inserir a segunda papa salgada, a alimentação da criança passa a ser composta de leite materno, duas papas de frutas e duas salgadas (em meses)				
<6	2	2,2	1	1,1
6	17	18,3	9	10,3
7	19	20,4	18	20,7
8	29	31,2	40	46,0
12	25	26,9	19	21,8
Não informado*	1	1,1	-	-
5. Oferecer a mesma alimentação da família (em meses)				
<6	1	1,1	1	1,1
6	4	4,3	7	8,0
7	-	-	-	-
8	5	5,4	5	5,7
12	81	87,1	72	82,8
Não informado*	2	2,2	2	2,3

FONTE: dados da pesquisa. *Dados não informados pelo o participante.

Segundo a tabela 5, é notório o melhor conhecimento dos ACS sobre os respectivos alimentos recomendados ou não, a saber: embutidos, condimentos industrializados, frituras, salgadinhos, enlatados, macarrão instantâneo, refrigerantes, doces e biscoitos recheados. Tais alimentos foram avaliados como

proibidos majoritariamente por 90% ACS, e quando implementada as intervenções tal percentual subiu, chegando em 100% quando referindo a alimentos como: frituras, salgadinhos, doces e biscoitos recheados.

Na tabela 5, 55,9% dos profissionais em estudo consideram o fígado como alimento recomendado para menores de um ano, tal percentual reduziu-se para 50,6% quando implementada o programa educativo.

O mel foi considerado como não recomendado por 52,7% dos ACS no pré-teste, onde melhorou esse percentual para 74,7% após a execução das intervenções.

Em análise da tabela 5, as questões a respeito das verduras folhosas e o peixe obtiveram decréscimo no percentual no pós-teste quando comparado com o momento pré-teste.

Sendo importante destacar que 28,0% dos ACS no pré-teste consideraram o leite de vaca como alimento recomendado para menores de um ano de idade, tal percentual reduziu para 19,5% no pós-teste. Já o iogurte 58,1% dos profissionais desta pesquisa, acreditavam ser um alimento recomendado, reduzindo-se para 23,0% no pós-teste (tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde referente a recomendação ou não dos alimentos para menores de doze meses, Picos – PI, 2017.

Variáveis	Pré-teste		Pós-teste	
	F	%	F	%
1. Fígado				
Recomendado	52	55,9	44	50,6
Não recomendado	41	44,1	38	43,7
Não informado*	-	-	5	5,7
2. Mel				
Recomendado	44	47,3	21	24,1
Não recomendado	49	52,7	65	74,7
Não informado*	-	-	1	1,1
3. Ovo (clara e gema)				
Recomendado	59	63,4	57	65,5
Não recomendado	34	36,6	29	33,3
Não informado*	-	-	1	1,1
4. Verduras folhosas como alface e acelga				
Recomendado	45	48,4	40	46,0
Não recomendado	45	48,4	45	51,7
Não informado*	3	3,2	2	2,3
5. Peixe				
Recomendado	54	58,1	46	52,9
Não recomendado	38	40,9	37	42,5

Tabela 5 – Conhecimento dos ACS antes e após a realização de intervenções educativas em saúde referente a recomendação ou não dos alimentos para menores de doze meses, Picos – PI, 2017. Continuação.

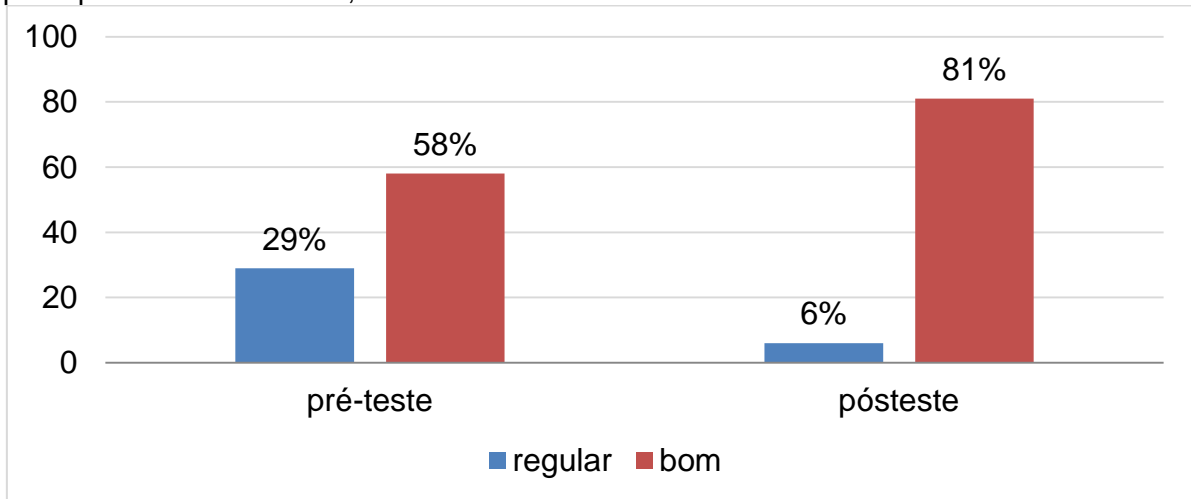
Não informado*	1	1,1	4	4,6
6. Leite de vaca				
Recomendado	26	28,0	17	19,5
Não recomendado	66	71,0	69	79,3
Não informado*	1	1,1	1	1,1
7. Iogurtes				
Recomendado	54	58,1	20	23,0
Não recomendado	39	41,9	64	73,6
Não informado*	-	-	3	3,4
8. Embutidos como linguiças, salsichas, etc.				
Recomendado	4	4,3	1	1,1
Não recomendado	89	95,7	86	98,9
9. Condimentos industrializados como pimenta e caldo de galinha				
Recomendado	1	1,1	2	2,3
Não recomendado	91	97,8	84	96,6
Não informado*	1	1,1	1	1,1
10. Frituras e salgadinhos				
Recomendado	2	2,2	-	-
Não recomendado	90	96,8	87	100,0
Não informado*	1	1,1	-	-
11. Macarrão instantâneo tipo “nissin				
Recomendado	6	6,5	2	2,3
Não recomendado	86	92,5	84	96,6
Não informado*	1	1,1	1	1,1
12. Frutas ácidas como limão e caju				
Recomendado	31	33,3	23	26,4
Não recomendado	60	64,5	62	71,3
Não informado*	2	2,2	2	2,3
13. Alimentos enlatados				
Recomendado	2	2,2	1	1,1
Não recomendado	89	95,7	86	98,9
Não informado*	2	2,2	-	-
14. Refrigerante				
Recomendado	2	2,2	-	-
Não recomendado	91	97,8	87	100,0
15. Doces				
Recomendado	3	3,2	1	1,1
Não recomendado	89	95,7	85	97,7
Não informado*	1	1,1	1	1,1
16. Biscoito recheado				
Recomendado	2	2,2	-	-
Não recomendado	91	97,8	87	100,0

FONTE: dados da pesquisa.*Dados não informados pelo o participante.

É importante destacar que as frutas ácidas como o limão e o caju tiveram pontuação elevada (64,5%) no pré-teste e (71,3%) no pós-teste, sendo considerados pelos os ACS como alimento proibido para crianças menores de um ano.

De acordo com o gráfico 1, houve uma elevação do grau de conhecimento dos ACS relativo a alimentação complementar saudável, constando-se no pré-teste de 29% como regular e 58% em bom, enquanto que no pós-teste 6% foi avaliados como regular e 81% em bom.

Gráfico 1 –Grau de conhecimento dos ACS sobre alimentação complementar saudável no pré e pós-teste. Picos – PI, 2017.



Fonte: dados da pesquisa.

Como observado na tabela abaixo, o conhecimento dos ACS sobre alimentação complementar saudável no momento pré-teste teve média de $(74,9425 \pm 9,60693)$, já no pós-teste elevou-se significativamente a média, respectivamente para $(82,1839 \pm 7,67059)$ quando realizada as intervenções educativas em saúde.

Tabela 6 - Diferença de médias entre o conhecimento pré e pós-teste.

Conhecimento	Média	Desvio-padrão	Valor p
Pré-teste	74,9425	9,60693	0,000
Pós-teste	82,1839	7,67059	

Fonte: dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

Em decorrência da escassez de estudos realizados do respectivo tema, torna-se inviável a comparação dos resultados deste trabalho com o da literatura científica. Desse modo, a discussão foi desenvolvida mediante a utilização das publicações do Ministério da Saúde e em complementação com artigos científicos relacionados à alimentação complementar saudável.

Conforme a descrição dos resultados foi possível a caracterização dos participantes do estudo. Sendo a maioria são mulheres (89,2%), casadas, idade prevacente entre 40 a 49 anos, maior parte com ensino médio completo, possuindo renda mensal entre 2 a 3 salários mínimos.

De acordo, com os estudos realizados por Freitas *et al.* (2015) e Lino *et al.* (2012) ambos fazem associação do trabalho do ACS com o trabalho feminino, afirmando que a mulher tem uma inclinação reconhecido para cuidado em saúde. Já, no estudo de Castro *et al.* (2017), diz que a presença feminina, é bastante marcante não apenas entre ACS, mas do mesmo modo em diferentes profissões da área de saúde como enfermagem, por exemplo. Abordando também, que além do estereótipo da mulher está ligada ao cuidado, enfatizando que o trabalho do ACS é desenvolvido dentro da comunidade em que este reside, sem a necessidade de se ausentar por longo tempo do ambiente familiar, justificando-se assim, em maior dedicação da mulher ao lar (CASTRO *et al.*, 2017).

O nível de escolaridade desses profissionais centra-se no ensino médio completo. No entanto, a escolarização ainda se apresenta como um aspecto que vem mudando com o passar dos anos de existência desse profissional da saúde, havendo um aumento de ACS com o segundo grau completo. Sendo evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, melhor serão as condições deste profissional de agregar novas informações e guiar as famílias com orientações pertinentes à saúde (FREITAS *et al.*, 2015; BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Com relação área de serviço, a zona urbana é área de maior atuação desses profissionais. Sobre o tempo de trabalho a predominância foi de 16 a 20 anos. Em relação a capacitações, mais da metade destes profissionais não possuem nenhum tipo de curso relacionado à AC.

Conforme a análise dos resultados, a idade recomendada para a introdução da AC e o primeiro alimento a ser oferecida a criança foram as questões em que os ACS tiveram bom êxito após a execução do programa de educação em saúde. Em relação à consistência e conservação dos alimentos houve uma queda do percentual no pós-teste.

O sexto mês foi considerado pelo os ACS como o período ideal para a introdução AC, com percentual de 79,6% no pré-teste e elevando-se para 86,2% no pós-teste. Segundo Brasil (2013a), quando a criança completa os seis meses de idade, deve-se introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. Pois, nessa idade as necessidades nutricionais do infante não conseguem ser correspondidas apenas com o leite materno, mesmo ainda, sendo uma fonte essencial de calorias e nutrientes (BRASIL, 2015a).

A fruta amassada foi o alimento mais indicado como o primeiro a ser ofertado ao infante a partir dos seis meses de idade, com porcentagem de 50,5% no pré-teste e 83,2% no pós-teste. O consumo de tais alimentos no período citado é essencial para o desenvolvimento e crescimento de modo saudável da criança. Sendo estes considerados como alimentos nutritivos por serem ricos em vitaminas, sais minerais e dentre outras propriedades. Havendo existência de diversos tipos de frutas, cada qual com seus nutrientes específicos, umas ricas em vitamina A, outras em vitaminas C e assim por diante. Então, é importante que os pais ofereçam as crianças diferentes frutas, para que estes seja nutridos de maneira adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Quando questionados a respeito da consistência em que os alimentos devem apresentar no início da AC, 78,5% afirmaram ser na forma amassada, momento pré-teste, e o percentual do pós-teste foi de 78,2% com essa mesma afirmação.

No início da AC os alimentos devem ser amassados e para permitir tal consistência é necessário o auxílio do garfo, evitando sempre utensílios como liquidificadores e peneiras. De acordo com o desenvolvimento da criança os alimentos poderão ser ofertados menos amassados, até o momento em que estes conseguirem comer na mesma consistência da comida da família (BRASIL, 2015a).

Os participantes deste estudo quando avaliados sobre o tempo que o alimento pode ser oferecido à criança após o preparo foi de 96,8% no pré-teste

reduzindo-se para 89,7% no pós-teste, referindo-se o tempo de até duas horas fora da geladeira.

De acordo com o Brasil (2015a), os alimentos preparados como arroz, feijão, saladas, massas e carnes, não devem ficar mais que duas horas em temperatura ambiente. Devendo destacar que, a proliferação de microrganismos poderá acontecer caso os alimentos preparados permanecerem em temperatura ambiente, ou quando estes forem guardados em refrigerador com temperatura inadequada para ser conservados. O ideal seria que as preparações fossem realizadas na quantidade suficiente para cada momento de consumo e oferecidas logo depois do preparo (BRASIL, 2006).

A questão de maior impacto após a implementação do programa educativo em saúde, foi a afirmativa relacionada à oferta de alimentos de acordo com os horários de refeição da família, mas sem rigidez de horários. No pré-teste 59,1% considerarem verdade essa afirmação, havendo aumento do percentual para 75,9% no pós-teste.

De acordo com a literatura consultada, o recomendado é uma alimentação sem horários fixos, com intervalos regulares de uma refeição para outra. Assim, o infante sentirá necessidade de se alimentar e demonstrará mais interesse pela a comida quando oferecida (BRASIL, 2013a). No estudo sobre hábitos alimentares realizado por Oliveira *et al.* (2012), observou-se que a maioria das famílias pesquisadas, pais e filhos realizam suas refeições nos mesmos horários. O autor ainda enfatizou que a referida característica pode se apresentar como benéfica, pois os pais são os principais protagonistas para o estabelecimento de uma alimentação saudável. No entanto, tal situação também pode ter resultados negativos quando os pais possuem hábitos alimentares inadequados, podendo influenciar o infante a adquirir os mesmos costumes que eles (BRASIL, 2015a).

Percebeu-se que os ACS detêm menos conhecimento quando avaliados sobre quais os utensílios devem ser utilizados para a oferta dos alimentos para crianças acima de seis meses, no pré-teste 38,7% consideraram ser verdade a seguinte afirmação: oferecimento dos alimentos utilizando a colher e no caso dos líquidos, deve-se usar a mamadeira e/ou chuquinhas. No pós-teste tal percentual reduziu-se para 35,6% quando indagados com a mesma pergunta.

A iniciação da AC deve ser realizada com colher quando oferecidos alimentos de consistência pastosa, e no caso de líquidos a oferta é recomendada

ser feita com a utilização de um copo. No período inicial, a criança demonstrará o movimento de sucção quando oferecidos alimentos com uso do copo devido ao hábito de antes que era apenas de amamentar. Posteriormente, com o uso frequente desse utensílio a criança apresentará melhora na habilidade de sugar líquidos quando utilizado o copo para o fornecimento da alimentação. Com a colher ocorre do mesmo modo, ou seja, por meio do incentivo diário conseguirá remover o alimento mais facilmente com o uso dos lábios (BRASIL, 2013a; SILVEIRA *et al.*, 2013).

Observou-se que os ACS apresentaram dificuldades em responder a questão referida aos temperos que devem ser utilizados no preparo das papas salgadas, no pré-teste 74,2% referiram ser verdade o uso do óleo vegetal, pouco sal e condimentos naturais reduzindo este percentual para 66,7% no pós-teste.

O preparo das papas salgadas requer cuidado em relação a utilização de condimentos (temperos), tempo de cozimento, bem como na higienização dos alimentos e utensílios (panelas, colheres, pratos, tabuleiros). Os condimentos deve ser em quantidades pequenas e de preferência os naturais, tais como cebola e alho. (BRASIL, 2015a).

Mediante a avaliação dos ACS sobre o esquema alimentar no período de seis meses de idade o percentual de respostas corretas foram 61,3% no pré-teste e 65,5% no pós teste. Tal esquema deve ser composto por duas papas doces e uma salgada, e leite materno em livre demanda. Sendo recomendado que a fruta (amassada) seja oferecida a criança na forma in natura, evitando a oferta desses alimentos através de sucos, pois, contêm baixa densidade energética quando oferecido na consistência líquida. A papa salgada (refeição almoço) deve conter alimentos variados dos grupos de cereais, leguminosas, verduras, carnes ou ovos. Estes devem ser colocados no prato da criança separadamente, para que conheçam as texturas e sabores dos diversos alimentos (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2015a).

No pré-teste 81,7% dos ACS referiram que o leite materno deve ser exclusivo até a criança completar seis meses de idade, já no pós-teste este percentual foi de 79,3% no pós-teste. Até o sexto mês a criança deve se alimentar exclusivamente apenas do leite materno, pois, contêm todos os nutrientes que estes precisam inclusive água. Sendo desnecessária a oferta de chás, água, sucos ou outros alimentos durante o período da amamentação exclusiva, pois estes apresentam como principais meios de contaminação que pode acarretar riscos para

o desenvolvimento de doenças. Entretanto, quando ocorre a introdução precoce da AC poderá favorecer para o desencadeamento de desnutrição, afetando o sistema imunológico, ficando mais susceptível a adoecer (SCHINCAGLIA, 2015; BRASIL, 2013a).

O período da oferta da alimentação para criança da mesma comida da família mais indicado foi aos doze meses de idade, onde teve percentual de 87,1% no pré-teste e 82,8% no pós-teste. No entanto, com um ano de idade, o infante já tem a capacidade de receber a mesma comida da família, que deve ser composta de leite materno em livre demanda, duas papas doces e duas salgadas. Neste período, as frutas poderão ser ofertadas em pedaços, e papas salgadas (carne, feijão, arroz e dentre outros) na mesma consistência da comida da família (BRASIL, 2015b).

A maioria dos ACS obtiveram êxito nas questões relacionados aos alimentos não recomendado para menores de um ano de idade quando avaliadas no pré-teste, bem como elevou-se o conhecimento destes quando avaliados no pós-teste. Dentre esses os alimentos destaca-se os embutidos, condimentos industrializados, frituras, salgadinhos, enlatados, macarrão instantâneo, refrigerantes, doces e biscoitos recheados.

Conforme abordado anteriormente, existe uma variedade de alimentos que são proibidos a oferta para os menores de um ano de idade, os mais conhecidos são os industrializados. Tais alimentos devem ser evitados, porque não são benéficos e também favorecem para falta de apetite da criança, sendo fortes competidores com os alimentos saudáveis. O consumo desses alimentos não nutritivos está associado à anemia, alergias alimentares e ao excesso de peso. (FERREIRA, 2015; BRASIL, 2013a).

O fígado foi um dos alimentos dos quais muitos apresentaram dúvidas se era ou não recomendados para o consumo no primeiro ano de vida, tendo percentual de 55,9% no pré-teste e 50,6% no pós-teste como alimento recomendado para o consumo da faixa etária em discussão. Contudo, tal alimento deve ser consumido por menores de um ano, devido suas propriedades nutritivas indispensáveis para o bom funcionamento do organismo. Pois, é fonte de ferro orgânico e promove o absorvimento do ferro inorgânico encontrado nos vegetais. Além das propriedades já citadas, o fígado é riquíssimo em vitamina C, e o ideal é

que este alimento seja consumido pela a criança pelo menos uma vez na semana (BRASIL, 2013a).

No que diz respeito ao mel, talvez por ser um alimento natural despertarem bastante equívoco nos ACS antes da implementação do programa educativo em saúde, onde no pré-teste 52,7% consideraram este alimento como não recomendado para menores de doze meses, e aumentando-se para 74,7% no pós-teste. Segundo Brasil (2015a), o consumo do mel deve ser evitado no primeiro ano de vida. Apesar de suas excelentes propriedades medicinais e de seu valor calórico, o mesmo pode conter esporos de *Clostridium botulinum*, e assim, causar botulismo.

Após a realização das intervenções educativas, houve redução de modo considerável do percentual de ACS indicando a recomendação do consumo a partir dos seis meses de idade dos seguintes alimentos: verduras (48,4% no pré-teste e 46,0% no pós-teste) e o peixe (58,1% no pré-teste e 52,9% no pós-teste).

Contudo, as verduras consistem em uma das principais fontes de vitaminas, fibras e minerais, devendo estar incluídas na dieta de crianças acima de seis meses de idade, pois são fundamentais para o adequado funcionamento do organismo, exercendo papel indispensável para a nutrição infantil adequada (BERNARDO, 2017).

Com relação ao consumo do peixe, este pode ser iniciado após o sexto mês, pois é um alimento nutritivo, de fácil digestão e contêm proteínas, vitaminas, minerais, bem como é fonte de ácidos graxos essenciais, o ômega-3. A preferência de peixes para o consumo infantil são os magros, como pescada, linguada, solha ou faseca (SOARES; BELO, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Foi de 28,0%, o percentual de ACS indicando o leite de vaca como recomendado para o consumo no primeiro ano de vida, após as intervenções esse percentual reduziu-se para 19,5%. Sabe-se, que o leite de vaca é um alimento que deve ser evitado no primeiro de ano de vida. Pois, contêm nutrientes inadequados para o consumo infantil, como elevada quantidade de proteínas, sódio, cloreto, potássio e de fósforo, apresentando quantidades insuficientes de carboidratos, ácidos graxos essenciais, vitaminas e de minerais, para a respectiva faixa etária em abordagem (CASTILHO, 2010). Além disso, o leite de vaca pode ocasionar alergias alimentares, podendo sobrecarregar a função renal e desencadear doenças crônicas como diabetes mellitus e obesidade. Na qual, pode ainda interferir na absorção do

ferro, e assim, desenvolver anemia ferropriva (MARQUES, *et al.*, 2013; CAETANO *et al.*, 2010).

O alimento iogurte obteve 58,1% de indicações dos ACS como recomendado para a oferta aos infantes menores de um ano, reduzindo-se para 23,0% no pós-teste. Conforme a literatura consultada, é proibido o consumo desse alimento por menores de um ano, pois além de interferirem negativamente na absorção de nutrientes como o ferro e o zinco, apresentam uma enorme quantidade de corantes prejudiciais para a saúde da criança (FERREIRA, 2015).

E quando o assunto foi frutas ácidas/cítricas, 64,5% dos ACS no pré-teste consideraram como não recomendado para idade abaixo de um ano, este percentual subiu para 71,3% no pós-teste. As frutas cítricas como laranja, limão, acerola, caju e dentre outras deve ser consumidas pelos menores de dozes meses. Pois, são ricas em vitamina C, sendo ideal que seja ofertada junto com a refeição ou posteriormente a esta, objetivando maior absorção do ferro (BRASIL, 2013a).

Conforme abordado nos resultados, verificou-se elevação do grau de conhecimento dos ACS sobre alimentação complementar saudável, tendo percentual no pré-teste de 29% como grau de conhecimento regular e 58% bom, e no pós-teste, 6% foram avaliados como regular e 81% como bom.

Desse modo, certifica-se que a implementação do programa de educação em saúde obteve resultados positivos, melhorando assim, o conhecimento dos ACS relativo à alimentação complementar saudável. Com isso, tais profissionais serão capazes de desempenhar um trabalho mais qualificado, realizando-se orientações de acordo com o preconizado nas publicações do Ministério da Saúde, promovendo assim, mais qualidade da nutrição infantil na comunidade adscrita.

Sendo ainda, observado que a média do conhecimento dos ACS apresentou-se estaticamente mais elevadas no pós-teste, denotando significativamente o impacto das intervenções realizadas.

Mediante a abordagem dos resultados deste estudo, ressalta-se a importância de tais profissionais serem capacitados sobre a alimentação complementar saudável, em prol do adequado desenvolvimento infantil. Pois, os ACS são atuantes da área da saúde, na qual, estão em contato maior com a comunidade e conhece as vulnerabilidades de cada família. Podendo assim, intervir positivamente para a promoção da saúde por meio de orientações corretas, quando treinados adequadamente.

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho, elaborado para avaliar o impacto de um programa de educação em saúde sobre alimentação saudável no conhecimento dos ACS, apontou que a maioria destes profissionais é do sexo feminino, possuindo como grau de instrução o ensino médio completo. Pode-se verificar a elevação do grau de conhecimentos destes profissionais, quando comparados ao momento pré-teste.

Os resultados de maiores impactos após as intervenções realizadas sobre alimentação complementar saudável, foram respectivamente, relacionados as questões, à saber: idade de introdução da AC; oferta do primeiro alimento a partir do sexto mês; oferecimento dos alimentos de acordo com o horários das refeições da família, mas sem rigidez de horários; e alimentos não recomendados para menores de dozes meses, como embutidos, condimentos industrializados, frituras, salgadinhos, enlatados, macarrão instantâneo, refrigerantes, doces, biscoito recheados, mel e iogurte.

A realização deste estudo, teve como principais dificuldades a resistência de alguns ACS em não querer participar da segunda etapa; o acesso destes profissionais da zona rural; e a falta de disponibilidade e/ou compromisso de alguns dos participantes desta pesquisa em comparecer nas intervenções implementadas. Além disso, a escassez de estudos realizados sobre o tema abordado consistiu como principal empecilho no que diz respeito a comparação dos resultados deste estudo com de outros autores.

Conforme os resultados obtidos nessa pesquisa, implica-se que o desconhecimento das informações corretas referente à AC, por parte dos profissionais da saúde, em especial, dos ACS, poderá trazer sérios riscos para a saúde da criança, bem como interferir negativamente no desenvolvimento e crescimento destes, devido aos hábitos alimentares incorretos. Além, dos prejuízos adquiridos na infância, tais costumes poderão repercutir na fase adulta e apresentar como fator desencadeante para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus e pressão arterial sistêmica.

Portanto, é fundamental que os ACS detenham o conhecimento científico sobre alimentação complementar saudável, estabelecidas nos guias e manuais do MS, para exercerem a profissão com mais qualidade. Proporcionando-se às mães/famílias dos menores de dois anos, orientações fidedignas sobre alimentação

saudável. Para isto, é necessário que estes profissionais sejam treinados por meio de capacitações do decorrente tema em destaque, através de diferentes tecnologias educativas, a fim de promover a aprendizagem destes indivíduos referentes AC.

REFERÊNCIAS

BALDISSERA, R.; ISSLER, R. M. S.; GIUGLIANI, E. R. J. Efetividade da estratégia nacional para alimentação complementar saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1-11, 2016.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 53-70, 2014.

BERNARDO, F. M. S. et al. Educação em saúde para aspectos nutricionais forma de prevenir alterações cardiovasculares: relato de experiência. **Rerenferm UFPE online.**, v. 11, n. 2, p. 765-777, 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. **ENPACS : Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável : Caderno Do Tutor / Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do ministério. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.** Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Unico de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Censo Demográfico 2015b. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acessado em 04 de maio de 2017.

_____. Resolução N° 466, de 12 de 2012b. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Brasília, DF, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em 12 de maio de 2017.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

CAETANO, M. C. *et al.* Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Arch Pediatr Urug**, v. 83, n. 3, p. 226-232, 2010.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **J. Pediatr.**, v. 86, p. 179-188, 2010.

CASTRO, T. A. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

FERREIRA, A. D. S. *et al.* A história da educação em saúde e seus modelos de práticas impostas à sociedade. **DIVERSITAS JOURNAL.**, v. 1, n. p. 48-54, jan./abr. 2016.

FERREIRA, F. S. Consumo de alimentos impróprios por crianças menores de dois anos e suas possíveis conseqüências. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 87-98, 2015.

FREIRE P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido.** 3a ed.Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

FREITAS, L. M. *et al.* Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS health Sci**, v. 40, n. 3, p. 171-177, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas.** 5 ed. São Paulo; Atlas, 2010.

KEBIAN, L. V. A; ACIOLI, S. A vida domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014.

LIMA, A. P. E. *et al.* Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Rer Bras Enferm.** v. 67, n. 6, p. 965-971, 2014.

LINO, M. M. *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

LIVIA, A. S; AUGUSTO, C. C; CRISTINA, L. C. S. A produção científica brasileira sobre a Estratégia de Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

MACHADO, A. K. F. *et al.* Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital – Escola do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1983–1989, 2014.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 773-776, 2009.

MAIS, L. A. *et al.* Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Family health strategy coverage in Brasil, according to the national health survey, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARINHO, L. F. M. *et al.* Situações da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 21, n. 3, p. 977-986, 2016.

MARQUES, R.F.S.V. *et al.* Práticas inadequadas da alimentação complementar em lactentes, residentes em Belém-PA. **Revista Paraense de Medicina**, v. 27, n. 2, não paginado, 2013.

MELO, M. B.; QUINTAO, A. F.; CARMO, R. F. O Programa de Qualificação e do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015.

MONTEIRO G. S. G. *et al.* Avaliação das informações nutricionais referentes às crianças de até dois anos disponíveis em sites populares. **Rev Paul Pediatr.**,v. 34, n. 3, p. 287-292, 2016.

OLIVEIRA, A. S. *et al.* Hábitos alimentares de pré-escolares: a influência das mães e da amamentação. **Alim. Nutr.**, v. 23, n. 3, p. 377-386, 2012.

OLIVEIRA, M. I. C.; RIGOTTI, R. R.; BOCCOLINI, C. S. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 65-72, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

- SA, E. R. L.; LUNA, R. C. P. Diagnóstico de aleitamento materno em crianças menores de dois anos assistidas pelo programa bolsa família. **Rev. EnfermUFPI.**, v. 4, n. 4, p. 63-67, 2015.
- SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.
- SCHINCAGLIA, R. M. *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiana. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 465-474, 2015.
- SILVA, J. R. A. *et al.* Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. **Rer Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 1, p. 75-81, 2015.
- SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.
- SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev. Nutr.** v. 17, n. 4, p. 437-447, 2004.
- SILVEIRA, L. M. *et al.* Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. **Rev Saúde Pública**, v. 47, v. 1, p. 37-43, 2013.
- SOARES, L.; BELO, M. A. A. Consumo de pescado no município de Porto Velho – RO. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA**, v. 11, n. 21, p. 3059-3067, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré- escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** Departamento de Nutrologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012, p. 148.
- SPERONI, K. S, *et al.* Percepções dos agentes comunitários de saúde; contribuições para a gestão em saúde. **Rev. Cuid.** v. 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016.
- SUTO, C. S. S.; LAURA, T. A. O. F.; COSTA, L. E. L. Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde. **Revenferm UFPE online.**, v. 8, n. 9, p. 3127-3133, 2014.
- VENANCIO, S. I. *et al.* Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.11, p.2261-2274, 2013.
- VITOLLO, M. R. *et al.* Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1695–1707, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE GRADUAÇÃO BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

Título do projeto: Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde Relativo à Alimentação Complementar Saudável

Pesquisador responsável: Artemízia Francisca de Sousa.

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99909 6169.

E-mail: artesousa@hotmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ CSHNB.

Pesquisador participante: Ana Paula de Brito.

Telefone para contato inclusive a cobrar): (89) 98111 4952

E-mail: ana.p.brito93@hotmail.com

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Esse estudo trata-se de uma pesquisa sobre o grau de conhecimento que você possui sobre Alimentação Complementar Saudável. Para tanto, iremos entregar a você um questionário, que você responderá em casa e deixará na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Nosso interesse é conhecer como anda o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde do seu município sobre a Alimentação Complementar Saudável, não é de avaliá-lo, de forma individual. Depois de realizar esse levantamento poderemos saber quais são as maiores dificuldades em relação ao assunto e assim criar meios de ajudar a enfrentá-las.

Riscos: Para que você não se sinta constrangido, você não precisará colocar seu nome em nenhum lugar do questionário. Entregaremos a você um envelope com o questionário dentro e depois que você responder, o deixará na Unidade Básica de Saúde em que trabalha, assim não saberemos quais as suas respostas. Nossa avaliação será do grau de conhecimento em alimentação complementar saudável dos agentes comunitários de saúde, como um todo.

Benefícios: Com essa avaliação poderemos identificar as dificuldades que existem sobre esse assunto e ajudar a tirar todas as dúvidas por meio de um programa de qualificação, criado especificamente para esse fim, o que fará com que você possa melhorar no seu trabalho. Com isso, a saúde das crianças também melhora, pois você auxiliará as famílias a como alimentar adequadamente as crianças menores de 2 anos de idade. Além disso, receberá declaração do treinamento realizado, que poderá ser usado nos seus programas de progressão na carreira.

Sigilo: As informações obtidas serão utilizadas única e exclusivamente para essa pesquisa, e são confidenciais. A menos que sejam solicitadas por lei ou por você, somente as pesquisadoras, a equipe do estudo e o Comitê de Ética independente terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Despesas: A participação na pesquisa é voluntária e você não receberá nenhum tipo de recompensa em troca, podendo se retirar da mesma quando desejar. Assim como não terá nenhum tipo de despesa, e se houver será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa você pode procurar o responsável, a qualquer momento.

Indenização: Caso você sofra algum dano devido à participação nessa pesquisa, você terá o direito de receber indenização por parte dos pesquisadores.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____
_____, abaixo assinado, concordo em participar do
estudo: Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde Relativo à Alimentação

Complementar Saudável, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com as pesquisadoras Artemizia Francisca de Sousa e sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência neste Serviço.

Picos ____ de _____ 201 ____

Nome e Assinatura do sujeito:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ / ____ / 201 ____

Pesquisador responsável:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI. Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Rua Cícero Duarte nº905 - Bairro Junco, Picos, Piauí, Brasil - CEP 64607-670 – fone: (89)3422-3007, e-mail: ceppicos@gmail.com.

APÊNDICE B– Questionário semiestruturado

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR (AC) Data: ___/___/_____**PRIMEIRA PARTE: Dados de identificação e socioeconômicos**

Idade: _____ Sexo: 1. Feminino () 2. Masculina Escolaridade (anos de estudo): _____

Estado Civil: 1. () Casada 2. () Solteira 3. () Divorciada 4. () Viúva 5. () União Estável

Com quantas pessoas mora: _____ Renda da família (em reais): _____

Zona onde atua: 1. Urbana () 2. Rural () Tempo de atuação profissional (em anos): _____

Curso em alimentação complementar: 1. Sim () Carga horária: _____ 2. Não ()

SEGUNDA PARTE: Conhecimentos em Alimentação Complementar

I. Qual a idade correta de começar a dá outro alimento à criança, além do leite materno?

1	2 (dois) meses de idade
2	4 (três) meses de idade
3	6 (seis) meses de idade
4	7 (sete) meses de idade

II. Qual o primeiro alimento que deve ser oferecido à criança, além do leite materno?

1	Água
2	Chá
3	Suco
4	Fruta amassada
5	Leite de vaca

III. Qual deve ser a consistência dos alimentos complementares?



IV. Após o preparo do alimento quanto tempo depois ele pode ser oferecido à criança?

1	Até duas horas fora da geladeira
2	Mais de quatro horas fora da geladeira
3	No máximo seis horas fora da geladeira
4	É possível utilizar até no dia seguinte, fora da geladeira, desde que seja esquentado.

V. Em relação à alimentação complementar, assinale V para as orientações que consideram verdadeiras e importantes para as mães e com F, as falsas:

A	Aos 4 meses de idade, a criança já tem capacidade física e mental para receber outros alimentos, além do leite materno	1. V 2. F
B	Nos primeiros dias de oferta de alimentos complementares a mãe pode oferecer leite materno, caso a criança demonstre que não está saciada.	1. V 2. F
C	Quando a criança não quer comer, é recomendado oferecer uma recompensa ou um castigo para garantir que ela coma.	1. V 2. F

C	Quando a criança não quer comer, é recomendado oferecer uma recompensa ou um castigo para garantir que ela coma.	3. V 4. F
D	Para facilitar a alimentação da criança recomenda-se oferecer os alimentos enquanto a mesma está assistindo televisão ou brincando	1. V 2. F
E	É importante que a criança receba água (tratada, filtrada e fervida) nos intervalos das refeições.	1. V 2. F
F	Os alimentos complementares deve ser oferecidos com colher e no caso dos líquidos, deve-se usar mamadeiras e/ou chuquinhas	1. V 2. F
G	A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, mas sem rigidez de horários.	1. V 2. F
H	As preparações devem ser oferecidas separadas no prato da criança, pois a criança precisa conhecer os novos sabores e texturas dos alimentos.	1. V 2. F
I	No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela.	1. V 2. F
J	Na preparação das papas salgadas, o cozimento deve ser feito com pouca água, apenas o suficiente para amaciá-los, e em panela tampada para preservar os nutrientes	1. V 2. F
L	As papas salgadas devem ser temperadas com óleo vegetal, pouco sal e condimentos naturais como cebola e alho	1. V 2. F
M	No início da alimentação complementar, os alimentos devem apresentar a consistência líquida.	1. V 2. F
N	Devem-se oferecer alimentos naturais sem adição de açúcar	1. V 2. F
O	As frutas devem ser de preferência, oferecidas na forma de sucos.	1. V 2. F
P	A criança que começa a receber outros alimentos deve permanecer recebendo o leite materno até os dois anos ou mais	1. V 2. F

VI. A questão abaixo apresenta o esquema alimentar adequado a idades específicas da criança. Marque a idade que você considera mais adequada a cada esquema alimentar: (marque apenas uma alternativa em cada item)

	Esquema Alimentar	Idade (Marque uma alternativa)
1.	A alimentação deve ser composta de leite materno, duas papas de fruta e uma papa salgada.	1. Antes de 6 meses 2. Com 6 meses 3. Com 7 meses 4. Com 8 meses

		5. Com 12 meses
--	--	------------------------

	Esquema Alimentar	Idade (Marque uma alternativa)
2.	Dar somente leite materno	1. Antes de 6 meses 2. Com 6 meses 3. Com 7 meses 4. Com 8 meses 5. Com 12 meses

	Esquema Alimentar	Idade (Marque uma alternativa)
3.	Oferecer, de forma gradativa, a alimentação consumida pela família.	1. Antes de 6 meses 2. Com 6 meses 3. Com 7 meses 4. Com 8 meses 5. Com 12 meses

	Esquema Alimentar	Idade (Marque uma alternativa)
4.	Inserir a segunda papa salgada. A alimentação da criança passa a ser composta de leite materno, duas papas de frutas e duas papas salgadas.	1. Antes de 6 meses 2. Com 6 meses 3. Com 7 meses 4. Com 8 meses 5. Com 12 meses

	Esquema Alimentar	Idade (Marque uma alternativa)
5.	Oferecer a mesma alimentação da família	1. Antes de 6 meses 2. Com 6 meses 3. Com 7 meses 4. Com 8 meses 5. Com 12 meses

VII. Diga se os alimentos listados abaixo, são recomendados ou não para a alimentação de crianças menores de um ano de idade:

Fígado	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Mel	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Ovo (clara e gema)	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Verduras folhosas como alface e acelga	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Peixe	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Leite de vaca	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Iogurtes	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Embutidos como linguiças, salsichas, etc.	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Condimentos industrializados como pimenta e caldo de galinha	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Frituras e salgadinhos	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Macarrão Instantâneo tipo “Nissin”	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Frutas ácidas como limão e caju	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Alimentos enlatados	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Refrigerante	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Doces	1	Recomendado
	2	Não recomendado

Biscoito recheado	1	Recomendado
	2	Não recomendado

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE REALTIVO A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

Pesquisador: ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60593916.5.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.891.045

Apresentação do Projeto:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), é um profissional que exerce atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante visitas a domicílio, na comunidade ou em ações individuais ou coletivas desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local. O ACS precisa necessariamente conhecer sobre o processo saúde-doença e também sobre estratégias educativas que envolvam todos os participantes da comunidade (FREITAS et al., 2015).

No país há um déficit quanto ao treinamento/qualificação dos agentes, sendo limitado apenas a informações básicas de coleta de dados, não possuindo um saber técnico científico e nem ferramentas de ensino/aprendizagem que concilie o conhecimento empírico oriundo da comunidade com o técnico-científico. Além disso, as recomendações sobre a alimentação complementar saudável foram atualizadas na primeira década de 2000 e continuam evoluindo, fazendo-se necessários treinamentos regulares. Tal pressuposto é imprescindível para a apropriação de práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças, que poderiam ser evitadas se hábitos alimentares saudáveis fossem incentivados desde a infância (WHO, 2008; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Os ACS são fundamentais na promoção da saúde dos lactentes nos primeiros meses de vida com a

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 84.807-870

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 1.091.040

atenção voltada para o aleitamento materno, mas também, com a atenção redobrada à introdução e manutenção da alimentação complementar desses indivíduos (BRASIL, 2015). Apesar do reconhecido valor científico dessa conduta, as práticas alimentares das crianças brasileiras estão muito aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde (SIVAN) apontam que o consumo alimentar das crianças brasileiras com idade entre 6 e 23 meses é representado pelo elevado consumo de alimentos como biscoitos recheados, macarrão do tipo Instantâneo e bebidas adoçadas (32%, 27% e 40%, respectivamente). Evidencia-se também, o elevado consumo de ultraprocessados que 4 representam 56% de toda a composição da dieta alimentar destas crianças (BRASIL, 2016).

Mediante o quadro exposto, faz-se necessária a adoção de ações, no âmbito da saúde pública, para reverter o quadro e garantir o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças brasileiras, preservando nosso capital humano, além de propiciar a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e, em consequência, de maiores gastos públicos com o tratamento das mesmas.

Nesse aspecto, os profissionais da estratégia saúde da família tem papel essencial, com destaque para os agentes comunitários de saúde, que mantêm maior elo com a comunidade. Assim, precisam apresentar conhecimento necessário e suficiente, ao ponto de estabelecer, junto aos usuários, práticas adequadas de alimentação complementar saudável (BRASIL, 2010; ANDRADE, 2013).

Diante disto se faz necessário verificar o conhecimento em alimentação complementar desses ACS, para a partir destes dados analisar suas deficiências e atuar com vistas a sanar gradativamente as lacunas existentes na sua qualificação. Assim, o trabalho executado por esses membros, além de promover a horizontalidade entre a comunidade e o Sistema Único de Saúde a partir da integração entre esses, trará resultados de cunho positivo, no que se diz respeito ao aprimoramento e implantação da alimentação complementar saudável em proporções semelhantes ao do aleitamento materno, ao ponto de ser reconhecido pela sociedade, com trabalho efetivo dos ACS (QUEIROZ et al., 2014).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 1.091.046

Avallar o conhecimento relativo a alimentação complementar saudável dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Picos-PI

Objetivos Específicos

Realizar levantamento bibliográfico sobre alimentação complementar saudável e a atuação dos agentes comunitários de saúde;

Elaborar questionário semiestruturado para avallar os conhecimentos dos agentes comunitários de saúde sobre alimentação complementar saudável;

Validar o questionário de avaliação de conhecimentos em alimentação complementar saudável;

Aplicar o questionário validado de avaliação dos conhecimentos em alimentação complementar saudável junto aos agentes comunitários de saúde;

Elaborar relatório técnico apontando as principais dificuldades dos agentes comunitários de saúde em relação aos conhecimentos em alimentação complementar saudável;

Propor atividades de intervenção para melhorar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre alimentação complementar saudável.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos para a realização da pesquisa serão mínimos, podendo ocasionar tão somente pequeno grau de constrangimento ao responder as perguntas do questionário, no entanto para minimizar esse possível risco, os questionários serão entregues aos participantes, que os responderão em casa e o entregarão na Unidade Básica de Saúde, onde são vinculados. Não haverá qualquer tipo de identificação do participante no questionário.

Benefícios

O ACS terá a possibilidade de auto avaliação das suas práticas e conhecimentos relativos à alimentação complementar saudável. Além disso, será possível, por ocasião da conclusão do estudo, a identificação de possíveis fragilidades em relação ao tema, que serão sanadas por meio da proposição de um programa de qualificação. Aqueles que o realizarem também receberão declaração de participação, que poderá servir de comprovação para fins de progressão na carreira, a depender do seu plano de cargos e salários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa segue as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3207

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 1.091.045

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências ou inadequações no projeto, estando habilitado a aprovação por esta instância.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_770153.pdf	28/11/2016 11:52:48		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO.pdf	28/11/2016 11:52:13	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	28/11/2016 11:51:56	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.PDF	03/10/2016 14:03:48	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento.pdf	03/10/2016 14:03:18	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade_ok.pdf	03/10/2016 14:02:37	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Outros	INST_COLETA_DADOS.pdf	03/10/2016 14:02:19	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/10/2016 14:01:52	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	03/10/2016 14:01:34	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores_editado.pdf	03/10/2016 14:01:24	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	09/09/2016 13:19:33	ARTEMIZIA FRANCISCA DE	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 84.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 1.091.046

Outros	Curriculo_Lattes.pdf	09/09/2016 13:19:33	SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/08/2016 11:11:28	ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 14 de Janeiro de 2017

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (x) Monografia
 () Artigo

Eu, Ana Paula de Brito,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Impacto de um programa educativo sobre alimentação
complementar no conhecimento dos agentes comunitários de saúde.
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI / 6 de março de 2018.

Ana Paula de Brito
Assinatura

Ana Paula de Brito
Assinatura