

BRUNA DOS SANTOS NUNES

**AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR:
AVALIANDO O CONHECIMENTO
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL**

Brasília - DF

2018

BRUNA DOS SANTOS NUNES

**AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR:
AVALIANDO O CONHECIMENTO
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora:
Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert

Brasília - DF

2018

BRUNA DOS SANTOS NUNES

**AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR:
AVALIANDO O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, à seguinte banca examinadora:

Dra. Muriel Bauermann Gubert (presidente)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Dra. Gisele Ane Bortolini (membro)

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Departamento de Atenção Básica
Ministério da Saúde

Dra. Sonia Ioyama Venancio (membro)

Instituto de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Dra. Aline Oliveira Silveira (suplente)

Departamento de Enfermagem
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho (e todos os outros) ao meu querido e amado irmão, que partiu cedo e me deixou cheia de saudades – e de vontade de fazer deste um mundo melhor.

Gratidão por ter me dado a chance de conviver e aprender tanto com você.

Estaremos juntos por toda a eternidade. Te amo, sem limites!

AGRADECIMENTOS

Ao Universo, pela oportunidade de experimentar um mundo onde a evolução e o aprimoramento são sempre possíveis. É uma honra fazer parte dessa louca aventura que é a vida.

Aos meus pais, Janete e Ronaldo, por serem exemplo de força, coragem e determinação. Gratidão por todo amor e carinho dedicados a mim. Gratidão por todas as palavras ditas – e não ditas. Gratidão pelo incentivo ao estudo desde muito cedo e pelas incontáveis oportunidades de acessar um conhecimento de alta qualidade.

À minha orientadora, professora Muriel que, com muita experiência e paciência, se disponibilizou a me ajudar e me ensinar tanta coisa ao longo desses dois anos de trabalho.

Às grandes profissionais que aceitaram participar da Banca. Sou imensamente grata por terem sido tão pacientes e solícitas. Gratidão pela disponibilidade!

Às professoras Ana Valéria Mendonça e Anelise Rizzolo, por serem grandes fontes de inspiração e admiração. Foi um prazer ter vivenciado o amor de vocês pela educação e formação de pessoas. Um agradecimento profundo e emocionado à Anelise, por ter me dado (e continuar dando) voz – e asas. Serei sempre grata à sua confiança e amizade!

Aos professores Leonor Pacheco, Wallace Santos, Elisabetta Recine e Natacha Toral, por me receberem com carinho em suas disciplinas para o estágio em docência e por acreditarem na minha capacidade de lecionar. Um agradecimento mais do que especial à Leonor, que possibilitou o meu ingresso formal no quadro de docentes do Departamento de Saúde Coletiva, por acreditar que apenas um semestre não seria o bastante. Gratidão, querida professora!

A todos os outros professores com os quais convivi durante esses dois anos de mestrado, por terem colaborado, ainda que indiretamente, com o resultado final deste trabalho.

Aos colegas de turma, pelo incentivo e pelas trocas de saberes e experiências sempre tão motivadoras.

Às parceiras de orientação, pela ajuda e pela oportunidade de colaborar com suas pesquisas, o que tornou a minha jornada acadêmica imensamente mais rica.

À minha grande amiga (e agora afilhada de casamento!) Camila, por tanto ter me ouvido, me aconselhado e me incentivado. Sem dúvidas, a sua amizade foi um dos melhores presentes que a Universidade me deu. É um prazer caminhar ao seu lado e perceber o quanto somos capazes de crescer juntas!

À minha amiga Giselle, pela sintonia, pela afinidade e por ser, para mim, grande exemplo de dedicação e comprometimento com o trabalho.

Às minhas primas, Natália e Núbia, pelas palavras de apoio e, principalmente, por tornarem as coisas absolutamente mais leves e coloridas com suas piadas e brincadeiras fora de hora.

A todos profissionais de saúde que se disponibilizaram a responder ao instrumento de coleta de dados e, principalmente, àquels que colaboraram com a divulgação da pesquisa. Sem vocês este trabalho simplesmente não existiria. Gratidão, gratidão, gratidão!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de mestrado por um período de tempo, o que possibilitou a realização desta pesquisa.

*“O fato de me perceber no mundo, com o mundo e com os outros me põe numa
posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele.*

*Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta mas a de quem nele
se insere.”*

Paulo Freire

SUMÁRIO

Lista de Abreviações e Siglas.....	1
Lista de Figuras.....	2
Lista de Quadros.....	3
Lista de Tabelas.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	7
Apresentação.....	9
1. Introdução.....	11
2. Revisão da Literatura.....	13
2.1. <i>Aleitamento materno e alimentação complementar</i>	13
2.2. <i>Diretrizes e recomendações nacionais para a amamentação e a alimentação complementar</i>	16
2.3. <i>Papel dos profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável na infância</i>	19
2.4. <i>Referencial teórico para a avaliação de conhecimentos de profissionais de saúde</i>	22
3. Objetivos.....	24
3.1. <i>Objetivo geral</i>	24
3.2. <i>Objetivos específicos</i>	24
4. Métodos.....	25
4.1. <i>Desenho do estudo</i>	25
4.2. <i>Preparação e coleta de dados</i>	25
4.3. <i>Sujeitos e critérios de inclusão e exclusão</i>	29
4.4. <i>Análise dos resultados</i>	31
4.5. <i>Aspectos éticos</i>	32
5. Resultados e Discussão.....	33
<i>Artigo. Lacunas e conhecimentos consolidados sobre amamentação e alimentação complementar entre profissionais de saúde no Brasil</i>	33
6. Considerações Finais.....	59
Referências Bibliográficas.....	61

Apêndices.....	69
<i>Apêndice 1 – Questionário.....</i>	<i>69</i>
<i>Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado para Especialistas.....</i>	<i>100</i>
<i>Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado para Participantes do Estudo Piloto e da Pesquisa.....</i>	<i>102</i>
<i>Apêndice 4 – Quadro 2. Apresentação dos trechos nos quais divergências de recomendações foram encontradas e indicação da localização no respectivo material consultado.....</i>	<i>104</i>
Anexos.....	105
<i>Anexo 1 – Parecer de Aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB).....</i>	<i>106</i>
<i>Anexo 2 – Comprovante de submissão do artigo científico.....</i>	<i>107</i>

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AC - Alimentação Complementar

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

CAP - Conhecimentos, atitudes e práticas

CFN - Conselho Federal de Nutricionistas

DAB - Departamento de Atenção Básica

EAAB - Estratégia Amamenta Alimenta Brasil

ENPACS - Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável

IAC - Introdução da Alimentação Complementar

MS - Ministério da Saúde do Brasil

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança

PNSMIPF - Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PPAM - Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar proposto por Oliveira et al, 2015.....	23
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens.....	50
Quadro 2. Apresentação dos trechos nos quais divergências de recomendações foram encontradas e indicação da localização no respectivo material consultado.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra dos profissionais de saúde participantes da pesquisa. Brasil, 2018.....	56
Tabela 2. Descrição das médias segundo item pesquisado. Brasil, 2018.....	57
Tabela 3. Frequência de concordância ou discordância total segundo o item pesquisado. Brasil, 2018.....	58

RESUMO

Introdução: As prevalências de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo no Brasil apresentaram crescimento desde a década de 70 mas, segundo dados da última pesquisa disponível, houve estabilização dessas taxas. Estudos apontam elevada frequência no consumo de outros leites que não o materno em idades muito precoces e demonstram que apenas 63% das crianças entre 6 e 12 meses consomem frutas e hortaliças diariamente, sendo que entre 12 e 18 meses de idade esse percentual cai para 57%. Estes dados demonstram a necessidade de uma orientação adequada aos cuidadores destas crianças, tarefa normalmente executada por profissionais de saúde. Para tal, os guias alimentares e materiais institucionais são muitas vezes os materiais eleitos pelos profissionais para a busca de conhecimento no âmbito de alimentação e nutrição. Estes materiais, especialmente os guias, correspondem à tradução do conhecimento científico em nutrição em orientações para a saúde pública voltados para a família e os profissionais de saúde e são reconhecidos como parte essencial das políticas nacionais de alimentação e nutrição. *Objetivo:* Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde no Brasil em relação às recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar. *Métodos:* Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa e abrangência nacional, no qual se utilizou o método de inquérito para conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), com coleta de dados realizada a partir da aplicação de um questionário *online* para 316 enfermeiros(as), médicos(as) e nutricionistas, selecionados por conveniência e recrutados a partir da metodologia bola de neve. Para a avaliação dos conhecimentos, recorte adotado neste estudo, foram elaborados itens a partir da consulta a materiais institucionais do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, como guias e manuais, contendo diretrizes oficiais sobre aleitamento materno e alimentação complementar. Assim, foram apresentadas frases (recomendações/conhecimentos a serem mensurados) dentro desta temática e o profissional de saúde deveria expressar seu grau de concordância com este conhecimento em escala Likert de cinco pontos - sendo 1 discordância total e 5 concordância total. Para análise dos dados, foram calculadas a média e a frequência de respostas coincidentes, considerando-se como lacuna de conhecimento os itens com pontuações entre 2,5 e 3,5 e como

conhecimento consolidado aqueles com mais de 80% de discordância ou concordância total. Para a discussão dos resultados, os conhecimentos foram categorizados segundo modelo teórico de atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar. Os dados foram analisados com a utilização do software SPSS e foram realizadas análises descritivas. *Resultados:* Como resultado dessas análises, dos 89 itens estudados, 22 itens foram considerados lacunas de conhecimentos, sendo o item com mais neutralidade relacionado à dieta vegetariana na fase da introdução alimentar ($M = 3,137$). As lacunas ainda apareceram em relação às seguintes temáticas: oferta de grupos alimentares e/ou nutrientes específicos, consistência das preparações, idade oportuna para a introdução alimentar e alimentos alergênicos. Em relação aos conhecimentos consolidados, apenas 13 itens foram considerados consensos, a maioria versando sobre a segurança biológica e a adequação nutricional das preparações. Destaca-se que foram encontradas omissões quanto a determinadas temáticas e, ainda, divergências nas recomendações dos materiais institucionais consultados. *Conclusões:* Os profissionais de saúde, que atuam na orientação de amamentação e introdução da alimentação complementar ainda apresentam muitas dúvidas em relação a determinadas temáticas. É preciso, portanto, revisitar e atualizar constantemente os materiais disponibilizados a estes profissionais, com atenção especial aos tópicos ainda aqui identificados como lacunas de conhecimento ou como omissos nas recomendações oficiais. Algumas estratégias já foram adotadas, como a revisão do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos pelo Ministério da Saúde e a publicação de Diretrizes e Consensos sobre temáticas específicas pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Essas ações corroboram para o aprimoramento dos processos de formação e educação em saúde e, conseqüentemente, na melhoria das orientações fornecidas pelos profissionais à comunidade.

Palavras-chave: amamentação; aleitamento materno; alimentação complementar; conhecimentos; guia alimentar; profissionais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of breastfeeding and exclusive breastfeeding in Brazil has increased since the 1970s, but according to the latest available data, there was a stabilization of these rates. Studies show a high frequency of consumption of milk other than maternal milk at very early ages, and show that only 63% of children between 6 and 12 months consume fruits and vegetables daily, and between 12 and 18 months of age this percentage drops to 57%. These data demonstrate the need for adequate guidance to caregivers of these children, a task usually performed by health professionals. To that end, food guides and institutional materials are often the materials chosen by professionals to seek knowledge in the field of food and nutrition. These materials, especially the guides, correspond to the translation of scientific knowledge in nutrition into public health orientations aimed at the family and health professionals and are recognized as an essential part of national food and nutrition policies. *Objective:* To evaluate the knowledge of health professionals in Brazil regarding the official recommendations on breastfeeding and complementary feeding. *Methods:* This is a descriptive and cross-sectional study, with a quantitative approach and a national scope, in which the survey method for knowledge, attitudes and practices (KAP) was used, with data collection performed through the application of an online questionnaire for 316 nurses, physicians and nutritionists, selected for convenience and recruited from the snowball methodology. For the evaluation of the knowledge, items were elaborated by consulting institutional materials of the Ministry of Health and the Brazilian Society of Pediatrics, as guides and manuals, containing official guidelines about breastfeeding and complementary feeding. Thus, phrases (recommendations/knowledge to be measured) were presented and the health professional had to express their degree of agreement with this knowledge on a five-point Likert scale - 1 total disagreement and 5 total agreement. For the data analysis, the mean and the frequency of coincident responses were calculated, considering as knowledge gap the items with scores between 2.5 and 3.5 and as consolidated knowledge those with more than 80% of disagreement or total agreement. For the discussion of the results, the knowledge was categorized according to the theoretical model of attributes, components and food markers. Data were analyzed using SPSS

software and descriptive analyzes were performed. *Results:* As a result of these analyzes, of the 89 items studied, 22 items were considered knowledge gaps, being the item with more neutrality related to the vegetarian diet in the food introduction phase ($M = 3.137$). The gaps still appeared in relation to the themes: supply of specific food groups and/or nutrients, consistency of the preparations, timely age for food introduction and allergenic foods. In relation to the consolidated knowledge, only 13 items were considered consensuses, the majority dealing with the biological safety and the nutritional adequacy of the preparations. It should be noted that omissions were found regarding certain issues and also, divergences in the recommendations in the institutional materials consulted. *Conclusions:* Health professionals who work in the orientation of breastfeeding and the introduction of complementary feeding still have many doubts about certain themes. So, it seems to be necessary to revisit and constantly update the materials available to these professionals, with special attention to the topics still identified here as knowledge gaps or as missing in the official recommendations. Some strategies have already been adopted, such as the revision of the Food Guide for Children by the Ministry of Health and the publication of Guidelines and Consensus on specific themes by the Brazilian Society of Pediatrics. These actions help to improve health education and training processes and, consequently, the improvement of the recommendations provided by professionals to the community..

Key words: breastfeeding; complementary feeding; knowledge; food guide; health professionals.

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em nutrição e, enquanto profissional de saúde, reconheço o quanto nós, nutricionistas, médicas/os e enfermeiras/os somos importantes no processo de promoção da saúde e, especialmente, na promoção da alimentação adequada e saudável. Nossa responsabilidade é enorme e se torna ainda mais importante em virtude da alta prevalência de doenças crônicas na população brasileira, associadas diretamente ao estilo de vida e aos hábitos alimentares.

Para além de questões absolutamente mais profundas e complexas, como o modelo de produção e comercialização de alimentos, para mim, essa realidade se deve, em parte, a uma falha nos processos de educação, informação e comunicação em saúde. É sabido que existe uma cobertura inadequada e um acesso dificultado aos serviços de saúde, especialmente quando falamos de populações vulneráveis. Porém, quando este acesso é possível, o atendimento realizado é, de fato, adequado?

Pensando especialmente na população infantil, de extrema vulnerabilidade, é válido questionar que orientações estão sendo ofertadas pelos profissionais de saúde às famílias. Partindo do pressuposto de que estes profissionais buscam conhecimento prioritariamente em recomendações oficiais e instrumentos institucionais, será que estes materiais educativos possuem conteúdos adequados e não divergentes? Será que as diferentes categorias profissionais possuem formação e conhecimentos homogêneos e estão preparados para responder aos questionamentos dos cuidadores? Estes profissionais de saúde conversam entre si? Que dúvidas eles possuem no momento de orientar seus pacientes?

Diante de tantas indagações, decidi que queria trabalhar com profissionais de saúde. Queria entender se, de alguma forma, havia um despreparo teórico ou falha de comunicação entre o profissional e o cuidador que poderia ajudar a explicar este cenário alimentar e nutricional tão devastador observado atualmente no país. Seria falta de conhecimento ou falha, do próprio profissional de saúde, em orientar, informar, comunicar? Os profissionais realmente possuem conhecimento técnico e científico suficiente ou tem dúvidas em relação à sua conduta? Se sim, sabem transformá-lo em informação compreensível para quem realmente precisa?

Durante o mestrado me dediquei a investigar estes aspectos, dentro do universo da amamentação e da alimentação complementar. Aqui nesta dissertação exploro o conteúdo do conhecimento e da disponibilidade de informações adequadas em fontes de consulta seguras. Os conteúdos de atitudes e práticas, bem como experiências profissionais e comunicação em saúde serão estudados posteriormente, por questões de prazo para conclusão do mestrado. Espero que apreciem a leitura, da mesma forma que apreciei estudar esta temática e levantar questões que julgo relevantes para a promoção da alimentação adequada e saudável na primeira infância.

1. INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde possuem um papel fundamental na promoção da amamentação e da alimentação complementar adequada e saudável (Brasil, 2015; Jesus et al, 2017). Porém, quando avaliados o padrão de consumo alimentar e o perfil nutricional de crianças brasileiras menores de dois anos, observam-se pequenas taxas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo e baixo consumo de frutas e hortaliças, combinados com o alto consumo de alimentos ultraprocessados e, ainda, uma alta prevalência de excesso de peso e de carências nutricionais específicas (Brasil, 2009a; 2009b; 2009c).

Neste sentido, é de extrema importância que esses profissionais detenham conhecimentos adequados em relação ao manejo da amamentação e da alimentação complementar e desenvolvam habilidades para auxiliar os pais e/ou cuidadores neste processo, normalmente permeado por angústias e dúvidas (Brasil, 2015a; Jesus et al, 2017). Esta dissertação versará sobre esta temática e sua estrutura é apresentada a seguir.

Primeiramente, visando explorar a temática de estudo foi realizada uma revisão de literatura, apresentada no Capítulo 2, que se organiza a partir de quatro seções: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar; Diretrizes e Recomendações Nacionais para a Amamentação e a Alimentação Complementar; Papel dos Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Infância; e Referencial Teórico para Avaliação de Conhecimentos de Profissionais de Saúde.

A primeira sessão busca trazer uma contextualização sobre o estado da arte da amamentação e alimentação complementar, pontuando as recomendações de organismos nacionais e internacionais quanto à duração do aleitamento materno e o momento oportuno para a introdução da alimentação complementar. Além disso, explora-se a epidemiologia do aleitamento materno, bem como do consumo alimentar e do perfil nutricional de crianças brasileiras menores de dois anos de idade. Em seguida, na sessão referente a diretrizes e recomendações, são apontados os principais instrumentos profissionais que discutem e disseminam as recomendações oficiais sobre aleitamento materno e alimentação complementar.

Na sessão três, referente ao papel dos profissionais de saúde, buscou-se qualificar a atuação daqueles mais comumente envolvidos com a promoção da amamentação e da alimentação complementar – médicos(as), enfermeiros(as) e nutricionistas, ressaltando a importância do trabalho em equipe e reconhecendo estes como atores políticos para a promoção do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar adequada e saudável. Na quarta e última sessão foi apresentado o modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar proposto por Oliveira et al (2015), que foi o referencial teórico utilizado para a avaliação do conhecimentos dos profissionais de saúde estudados.

O Capítulo 3 apresenta os objetivos gerais e específicos desta pesquisa. No Capítulo 4, a metodologia da pesquisa está descrita, de forma mais detalhada do que o apresentado no artigo (resultados), explorando a razão das escolhas metodológicas realizadas. O Capítulo 5 apresenta os resultados e discussão, na forma de artigo científico. E, por fim, no Capítulo 6 são apresentadas as considerações finais, no qual se discute as principais conclusões desta pesquisa, incluindo as suas maiores contribuições científicas, as suas limitações e as estratégias vislumbradas para o enfrentamento dos problemas encontrados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

Evidências científicas mostram a importância do aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda, nos primeiros seis meses de vida e da alimentação complementar oportuna e adequada, com manutenção do aleitamento materno, até os dois anos de idade ou mais, recomendação reiterada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) (Giugliani e Victora, 2000; WHO, 2003; Brasil, 2015a).

Práticas adequadas de aleitamento materno resultam em menores taxas de mortalidade e morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média, menor prevalência de má oclusão dentária e, ainda, melhora no capital humano, devido ao aumento dos quocientes de inteligência das crianças amamentadas. Pesquisas sugerem, também, que a amamentação seja fator de proteção contra o excesso de peso e o diabetes ao longo da vida (Victora et al, 2016).

Alguns estudos apontam que a privação da amamentação a uma criança gera repercussões importantes em longo prazo na sua saúde, nutrição e desenvolvimento, já que o leite materno humano atua não apenas como um alimento perfeitamente adaptado para os bebês, mas também como o medicamento personalizado mais específico que a criança receberá, especialmente neste momento em que sua expressão gênica está sendo ajustada para a vida (Victora et al, 2016).

Em estudo realizado por Boccolini et al (2017), no qual se construiu uma série histórica das prevalências de aleitamento materno a partir de dados secundários de inquéritos nacionais realizados nos últimos 30 anos (PNSMIPF, PNDS e PNS), observou-se que os indicadores de aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno (AM) em crianças menores de dois anos de idade no Brasil apresentaram tendência ascendente até 2006, com relativa estabilização entre 2006 e 2013 (Boccolini et al, 2017).

É importante destacar que estes e outros inquéritos populacionais com indicadores antropométricos e de consumo alimentar são fundamentais para avaliar as

condições de saúde, alimentação e nutrição (Sperandio e Priore, 2017) de crianças menores de dois anos de idade.

Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (PPAM/Capitais e DF), realizada em 2008, mostram que a duração mediana do AME corresponde a 1,8 meses e a do AM à 11,2 meses. Além disso, esta Pesquisa apontou o uso de mamadeira entre 58,4% das crianças estudadas ainda no primeiro mês de idade e de chupeta entre 42,6% delas (Brasil, 2009d).

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, 20,5% dos recém-nascidos avaliados foram alimentados com pré-lácteos, como água, chás, água com açúcar ou glicose, soro, leite em pó ou outros leites, sendo o leite de vaca o alimento mais consumido em substituição ao leite humano (Brasil, 2009a; Bortolini et al, 2013). A utilização destes ingredientes na alimentação de lactentes pode representar um grande risco para o sucesso da amamentação (Pérez-Escamilla et al, 1996), tendo em vista que a oferta de líquidos neste período do ciclo da vida reduz a demanda pelo colostro, expõe a criança ao risco de infecções e, ainda, pode levar a uma descontinuidade da amamentação por ausência do estímulo de sucção (Newman, 1990).

No tocante à alimentação complementar, o MS recomenda sua introdução aos seis meses de idade, baseando-se em evidências de que, se feita precocemente, exceto em casos específicos, pode ser prejudicial à saúde infantil (Giugliani e Victora, 2000). Entende-se por alimentação complementar a oferta de “qualquer alimento, diferente do leite humano, oferecido à criança amamentada”, sendo que os alimentos complementares preparados especialmente para as crianças, até que elas recebam aqueles consumidos pela família, recebem o nome de “alimentos de transição” (Brasil, 2005a).

Ao completar seis meses de vida a criança já possui os reflexos que são necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, além de manifestar excitação à visão do alimento e sustentação da cabeça. Nesta idade, observa-se, ainda, o início da erupção dos primeiros dentes, o que colabora com o processo da mastigação dos alimentos. Ao longo deste processo, a criança vai desenvolvendo o paladar, o que possibilita o estabelecimento de suas preferências alimentares e proporciona a sua

adaptação a essa nova fase da vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas (Brasil, 2015b).

Sabe-se que os padrões de consumo alimentar são adquiridos nos primeiros anos de vida, pois o estabelecimento dos hábitos alimentares ocorre entre dois e três anos de idade (Skinner et al, 2002). Ressalta-se que, até os dois anos, o crescimento da criança está associado, entre outros, a fatores ambientais, como o estado nutricional (Dias et al, 2010) e, portanto, o déficit de crescimento adquirido na infância possui dificuldades para ser revertido após esta idade, tendo a alimentação dessa fase repercussões importantes ao longo da vida do indivíduo (Giugliani e Victora, 2000).

Apesar de recomendada uma introdução alimentar oportuna e adequada, de acordo com dados da PNDS (2006), apenas 63% das crianças entre 6 e 12 meses consomem frutas e hortaliças diariamente e, entre 12 e 18 meses de idade, esse percentual cai para 57% (Brasil, 2009a). Em relação às carências nutricionais, para crianças menores de 5 anos a prevalência de deficiência de ferro corresponde a 20,9% e, para as menores de 2 anos, alcança 24,1% do público infantil. Quanto à vitamina A, observou-se que 17,4% das crianças menores de 5 anos apresentavam hipovitaminose A (Brasil, 2009b).

Em relação ao perfil nutricional, a PNDS (2006) demonstra que 17,1% das crianças entre 0 e 23 meses apresentam déficit de altura para idade e 13% dessas crianças apresentam excesso de peso para altura (Brasil, 2009c), o que demonstra claramente o paradoxo brasileiro, onde observa-se a desnutrição convivendo com o sobrepeso e a obesidade infantil, devido ao baixo consumo de alimentos adequados e à ingestão excessiva de produtos não saudáveis (Mais et al, 2015).

No que diz respeito à qualidade da dieta, 47% das crianças brasileiras de até 12 meses e 27,9% das maiores de um ano apresentam práticas alimentares inadequadas, com dieta de baixa qualidade. Apenas 20% das crianças consomem quatro ou mais grupos de alimentos diariamente, o que indica, também, baixa diversidade no consumo alimentar (Bortolini et al, 2015).

2.2. Diretrizes e Recomendações Nacionais para a Amamentação e a Alimentação Complementar

Considerando o cenário apresentado, é clara a necessidade de investimento em políticas e os programas de promoção da nutrição e do desenvolvimento saudáveis, especialmente nos primeiros mil dias de vida da criança, período que engloba desde a concepção até os dois anos de idade (Cunha et al, 2015). Além disso, é fundamental o fortalecimento das ações já existentes e a proposição de novas estratégias (Boccolini et al, 2017).

As ações de promoção da alimentação adequada e saudável devem ser prioritariamente voltadas ao público infantil e, dentre elas, estão os guias alimentares (Anderson e Zlotkin, 2000). Estes correspondem à tradução do conhecimento científico em nutrição em orientações para a saúde pública (Gollety et al, 2011), sendo promovidos em todo o mundo como parte essencial das políticas nacionais de alimentação e nutrição (Enes e Slater, 2011).

O princípio fundamental para o desenvolvimento de um guia alimentar é a identificação dos problemas de saúde pública mais relevantes dentro da população estudada e, a partir disso, determinar quais deles estão relacionados com a dieta (Barbosa et al, 2006). Em geral, o número de mensagens apresentados pelos guias não é extenso, evitando-se, assim, um número excessivo de informações e, ainda, recomenda-se que estas mensagens sejam claras, positivas, não-prescritivas e culturalmente aceitas e sustentáveis, possibilitando, dessa forma, uma assimilação facilitada das orientações alimentares (Peña, 1998; Harris et al, 2003). A OMS recomenda que estes instrumentos sejam efetivamente disseminados pela população (WHO, 2006).

Especialmente entre crianças, os guias alimentares promovem a amamentação e o consumo de grupos alimentares específicos em quantidades apropriadas para o seu desenvolvimento adequado (Gollety et al, 2011). Estas informações possuem alta relevância, tendo em vista que o consumo alimentar inadequado durante a infância e a adolescência estão relacionados não apenas com a obesidade infantil, mas com a ocorrência de uma série de doenças crônicas na idade adulta, como câncer e cardiopatias (Maynard et al, 2003; Niemeier et al, 2006; De Henauw et al, 2007).

Em 2001 foi lançado o “Guia alimentar para crianças menores de dois anos: Série A - Normas e Manuais Técnicos”, que corresponde a um documento técnico do Ministério da Saúde (MS), desenvolvido em parceria com universidades, secretarias estaduais de saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com vistas a contribuir com a capacitação de profissionais de saúde que trabalham com a alimentação infantil (Brasil, 2005).

Este material traz um conteúdo abrangente e aprofundado construído a partir da compilação de evidências científicas sobre alimentação e nutrição de crianças menores de dois anos, bem como do diagnóstico da situação de saúde destas crianças. As recomendações para a promoção da alimentação infantil adequada e saudável foram sistematizadas em passos – “os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos” (Brasil, 2005).

Alguns anos mais tarde, em 2013, este mesmo órgão, o MS, lançou uma nova publicação, “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, 2013), que buscou integrar estratégias para auxiliar os profissionais de saúde da atenção básica em sua atuação na promoção de práticas alimentares saudáveis para crianças menores de dois anos (Vitolo et al, 2014).

Este instrumento foi baseado, à época, em orientações alimentares atualizadas, bem como no perfil epidemiológico e na cultura alimentar brasileira, para que fosse utilizado, pelos profissionais da atenção básica, como ferramenta de capacitação, orientação e consulta na sua prática cotidiana (Brasil, 2013). Trata-se de um guia de fácil compreensão, com linguagem clara e informações organizadas em tópicos. É estruturado a partir de uma breve apresentação e introdução, na qual é realizada uma contextualização da situação de saúde do público infantil. Em seguida, discorre sobre a importância da apropriação, pelos profissionais de saúde, de técnicas adequadas de comunicação para a orientação alimentar e nutricional (Brasil, 2013).

As s recomendações nutricionais são apresentadas na forma dos “Dez Passos” (Brasil, 2005), sendo abordados os seguintes temas: importância do aleitamento materno exclusivo e complementado; introdução alimentar em idade oportuna; composição e consistência das preparações ofertadas à criança; promoção da

alimentação adequada e saudável; higiene no preparo e manuseio dos alimentos; estratégias para manter a alimentação de crianças doentes e convalescentes a se alimentar (Brasil, 2013).

Este guia encontra-se atualmente em processo de revisão e ampliação, no qual se tornará um guia alimentar completo e atualizado para crianças menores de dois anos, tendo a sua versão preliminar sido submetida à consulta pública neste ano de 2018 (Brasil, 2018).

O referido instrumento é, ainda, a diretriz oficial que hoje norteia os profissionais de saúde na promoção da amamentação e da alimentação complementar adequada. Estudos mostram que intervenções realizadas por esses profissionais, baseadas nas orientações deste guia, têm potencial de melhorar as prevalências de aleitamento materno exclusivo e a qualidade da alimentação complementar de crianças pequenas (Vitolo et al, 2014; Nunes et al, 2017). Isso enfatiza o papel fundamental dos profissionais de saúde na tradução do conhecimento científico em informação simplificada para a população (Shonkoff et al, 2011).

Além destes dois Guias, outro material institucional do MS relacionado à promoção da alimentação adequada e saudável para crianças menores de dois anos está também disponível, o “Caderno de Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar”, publicado pela primeira vez em 2009 e com a edição revisada em 2015, que tem como objetivo sensibilizar e subsidiar os profissionais da atenção básica em saúde para promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno e à prática da alimentação complementar saudável, de maneira a potencializar essas ações em uma linha de cuidado integral à saúde da criança (Brasil, 2015b).

Vale ressaltar que os Cadernos da Atenção Básica correspondem a cadernos temáticos elaborados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, com o apoio de diversos colaboradores, objetivando disseminar a produção de conhecimentos e práticas desenvolvidos no âmbito da atenção básica em saúde. Estes materiais corroboram com o fortalecimento das ações desenvolvidas pelos profissionais de

saúde que atuam neste campo, além de se configurarem como um instrumento que valoriza os conhecimentos e as práticas construídas (Rede HumanizaSUS, 2018).

Outra instituição que publica materiais educativos para profissionais sobre AM e AC é a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O “Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola”, publicado pela primeira vez em 2006, é um instrumento fundamental para a atuação em pediatria. Atualmente está em sua terceira edição, tendo as suas recomendações sido revisadas e ampliadas em 2012, com vistas a garantir orientações nutricionais mais seguras e abrangentes (SBP, 2012).

Este Manual aborda desde a alimentação do lactente até a nutrição do adolescente, passando pela importância da promoção da alimentação saudável para prevenção de doenças, a atuação do pediatra no incentivo ao vínculo mãe e filho e, ainda, a segurança dos alimentos (SBP, 2012).

Contudo, é importante ressaltar que são necessárias estratégias para implementação das diretrizes contidas nestes materiais, tendo em vista que a mera disponibilização dos materiais institucionais não garante a implementação destas diretrizes. Dentro da temática do AM e da AC, destaca-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que resultou da integração de ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) com vistas a promover a reflexão da prática clínica no contexto da promoção da saúde para crianças menos de 2 anos de idade e a capacitação dos profissionais de saúde, através de atividades participativas (Brasil, 2015a).

2.3. Papel dos Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Infância

O maior desafio do profissional de saúde nas ações de apoio e promoção ao AM e à AC adequada e saudável consiste em ir além de sua conduta ou prática profissional. Dessa forma, valoriza-se o conhecimento técnico e científico mas a atuação requer, ainda, que o profissional tenha conhecimentos, habilidades e atitudes para a escuta ativa e o acolhimento das preocupações e dificuldades dos pais e/ou

cuidadores, de maneira a orientá-los com empatia e respeito ao contexto e à realidade daquela família (Brasil, 2010).

Embora se reconheça a importância da atuação de diferentes profissionais no âmbito da Atenção Básica e da Atenção Especializada para a garantia do AM e da AC adequada e saudável, neste estudo foram priorizados àqueles que, no entendimento das autoras, atuam mais diretamente na orientação alimentar e nutricional para crianças menores de dois anos de idade – médicos(as), enfermeiros(as) e nutricionistas. Assim, tomando como ponto de partida o papel desses profissionais de saúde, é essencial conhecer, primeiramente, as diretrizes que definem as suas atribuições e áreas de atuação.

De acordo com o Código de Ética do Nutricionista, o profissional nutricionista é aquele que, atendendo aos princípios da ciência da nutrição, tem o propósito de contribuir para a saúde de indivíduos e coletividades. Cabe a este profissional a produção de conhecimento sobre alimentação e nutrição em suas diversas áreas de atuação, visando ao contínuo aperfeiçoamento técnico-científico, pautado nos princípios éticos que regem a prática profissional (CFN, 2004).

A Resolução nº 600/2018 do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), entre outras providências, dispõe sobre as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Na área de nutrição em saúde coletiva, que diz respeito à assistência e educação nutricional individual e coletiva, o nutricionista pode atuar em três diferentes subáreas: Políticas e Programas Institucionais, Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde (CFN, 2018).

Conforme a Lei nº 7498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, a enfermagem e suas atividades auxiliares podem ser exercidas apenas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no respectivo órgão de classe da área em que ocorre o exercício. Enquanto parte da equipe de saúde, compete ao profissional enfermeiro a promoção da educação visando à melhoria de saúde da população (Brasil, 1986).

A Portaria nº 2488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aponta que uma das atribuições específicas do enfermeiro é a realização de

atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano, ou seja, infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (Brasil, 2011).

Segundo a Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, “o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, é o profissional capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (Brasil, 2001).

Dentre as suas competências e habilidades, destacam-se a promoção de estilos de vida saudáveis, atuando o médico como agente de transformação social, a ênfase do atendimento nos níveis primário e secundário de atenção à saúde, a comunicação adequada com os pacientes e seus familiares e com os demais membros da equipe de saúde, a importância de informar e educar os pacientes, seus familiares e a comunidade utilizando-se técnicas apropriadas de comunicação e o entendimento da importância de estar sempre atualizado em relação às legislações pertinentes à saúde (Brasil, 2001).

No âmbito da Atenção Básica (AB), as ações desses profissionais de saúde devem ser guiadas pelo compromisso e, principalmente, pelo conhecimento da realidade epidemiológica do território, bem como das estratégias de ação em saúde coletiva. Neste sentido, o trabalho multiprofissional ganha destaque, considerando que essas ações são interdependentes e complementares e, portanto, requerem articulação entre as diferentes equipes de saúde que necessitam, ainda, de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem as mudanças necessárias (Brasil, 2009e).

A matriz de ações de alimentação e nutrição na AB (2009e) destaca que o trabalho em equipe é capaz de tornar as ações de nutrição mais efetivas, tendo em vista a construção coletiva de conhecimentos.

2.4. Referencial Teórico para a Avaliação de Conhecimentos de Profissionais de Saúde

No Brasil, são pouco frequentes estudos que investigam o conhecimento de profissionais de saúde em relação à temática do aleitamento materno e da alimentação complementar.

Oliveira et al (2015) propuseram um modelo teórico de indicadores para o monitoramento da alimentação complementar entre crianças brasileiras menores de dois anos com base em recomendações oficiais. Este modelo servirá como base organizativa para a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde em domínios.

De acordo com o percurso metodológico adotado pelas autoras, inicialmente foi construído um modelo teórico com a finalidade de sistematizar os principais atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar, com base em revisão de literatura acerca de recomendações oficiais sobre práticas de alimentação complementar. Em seguida, os conceitos-chave do modelo construído transformaram-se em indicadores e, então, foi desenvolvido um instrumento para a coleta de dados que no qual a obtenção destes indicadores fosse possível (Oliveira et al, 2015).

Conforme demonstrado na Figura 1, este modelo teórico aponta como atributos da AC a oportunidade, a adequação nutricional e, ainda, a segurança. A oportunidade corresponde à faixa etária de introdução da alimentação complementar. Já a adequação nutricional compreende quatro componentes, sendo eles a presença de nutrientes específicos, a variedade da alimentação, a densidade energética das refeições e a ausência de produtos ultraprocessados (Oliveira et al, 2015).

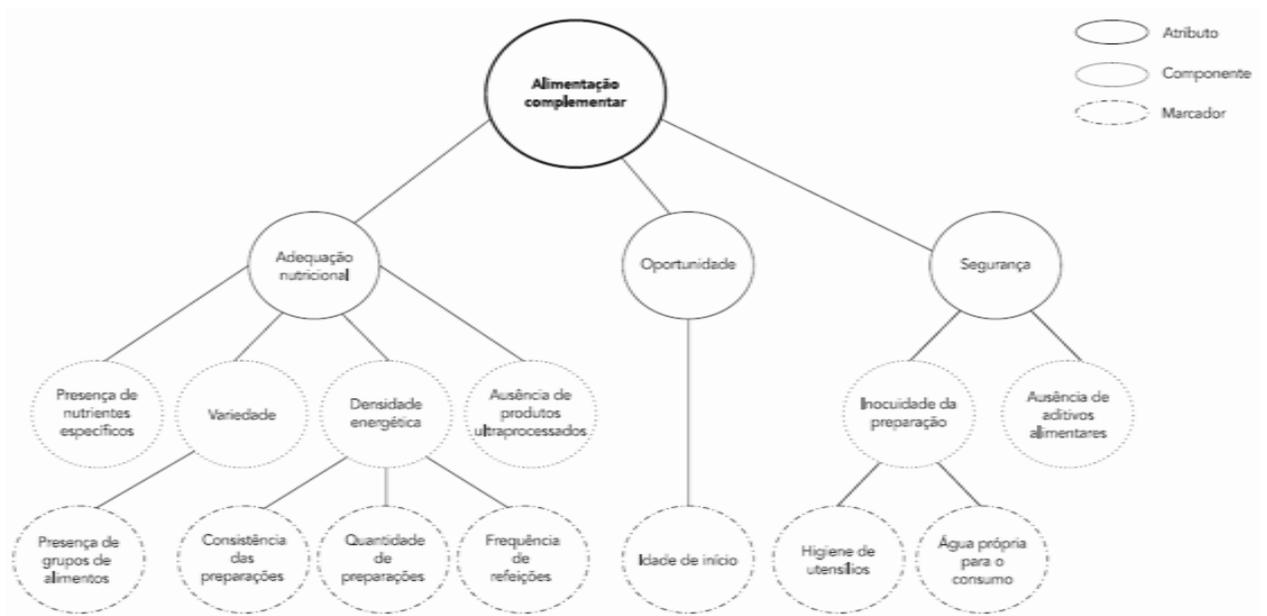


Figura 1. Modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar proposto por Oliveira et al, 2015.

No que diz respeito aos componentes da adequação nutricional, a variedade está relacionada ao marcador “quantidade de grupos alimentares presentes na refeição” e a densidade energética aos marcadores “consistência das preparações”, “freqüência da oferta de refeições contendo preparações com consistência adequada” e, ainda, “quantidade de preparações com consistência adequada”. Por fim, a segurança é caracterizada por dois componentes, a ausência de aditivos alimentares e a inocuidade da preparação que possui, ainda, como marcadores “higiene dos utensílios” e “água própria para consumo” (Oliveira et al, 2015).

Considerando a pertinência teórica, a rigidez metodológica e a contribuição deste estudo para definição de temáticas fundamentais para a avaliação de práticas de alimentação complementar, este modelo foi utilizado como referencial para o agrupamento dos assuntos investigados nesta pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde sobre aleitamento materno e alimentação complementar com base em recomendações oficiais vigentes no Brasil.

3.2. Objetivos Específicos

- i. Revisar e analisar os materiais institucionais e as recomendações oficiais para a promoção da amamentação e da alimentação complementar adequada e saudável;
- ii. Elaborar por consenso de especialistas um instrumento para avaliação de conhecimentos de enfermeiros(as), médicos(as) e nutricionistas sobre aleitamento materno e alimentação complementar;
- iii. Selecionar temáticas não-consensuais ou polêmicas no âmbito amamentação e da alimentação complementar;
- iv. Identificar lacunas de conhecimento e consensos na temática amamentação e alimentação complementar entre profissionais de saúde;
- v. Identificar os assuntos não abordados nos materiais institucionais e nas recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar;
- vi. Identificar divergências nas recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar de acordo com os materiais institucionais consultados.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa e de abrangência nacional. Foi desenvolvido um questionário *online* autoaplicável, contendo questões acerca de conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros(as), médicos(as) e nutricionistas sobre aleitamento materno e alimentação complementar, com base em recomendações de diretrizes oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2005; Brasil, 2013; Brasil, 2015) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012).

Neste trabalho será abordada apenas a parte que se refere aos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as temáticas estudadas.

4.2. Preparação e Coleta de Dados

O instrumento foi estruturado em duas sessões, sendo a primeira delas constituída de perguntas para identificação do profissional de saúde: gênero, raça/cor, categoria profissional, local de graduação e de atuação profissional (Bloco 1); e a segunda, dividida em três blocos, abordava questões específicas quanto a conhecimentos (Bloco 2), atitudes e práticas em relação ao AM e AC, bem como experiências profissionais e comunicação em saúde (Blocos 3 e 4, não estudados neste trabalho)(Apêndice 1 – Questionário).

Nesta pesquisa, foi considerado conhecimento a capacidade de adquirir, reter e utilizar uma informação. É uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade (Badran, 1995). Trata-se da capacidade de recordar fatos específicos ou da habilidade para aplicar fatos específicos na resolução de problemas ou, ainda, da emissão de conceitos a partir da compreensão adquirida em relação a certo evento (Brasil et al, 2014). A obtenção do conhecimento requer a vinculação do conceito e da percepção, necessitando, portanto, do intelecto e da sensibilidade (Badran, 1995).

A construção do Bloco 2 - Conhecimentos compreendeu as seguintes etapas: revisão da literatura, construção e redação de itens, avaliação do instrumento por especialistas e estudo piloto.

A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, MedLine, Scopus, Web of Science e Banco de Teses da CAPES, com a utilização das seguintes palavras-chave: aleitamento materno; alimentação complementar; amamentação; conhecimentos, atitudes e práticas; introdução da alimentação complementar; profissionais de saúde.

Nesta etapa buscou-se identificar artigos que versassem sobre a atuação de profissionais de saúde na promoção da alimentação adequada e saudável na infância, bem como os que tratassem sobre conhecimentos, atitudes e práticas desses profissionais frente à temática do aleitamento materno (AM) e da alimentação complementar (AC), além de instrumentos para a sua avaliação.

A etapa de construção e redação dos itens utilizou as informações coletadas na revisão da literatura, bem como informações dos materiais institucionais selecionados. A publicação “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, 2013) foi considerada como base para construção do questionário, sendo consultados, de forma complementar: a) o Caderno de Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar (Brasil, 2015); b) o Guia alimentar para crianças menores de dois anos: Série A - Normas e Manuais Técnicos (Brasil, 2005); e c) o Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola (SBP, 2012).

Para a redação dos itens, foram selecionados conhecimentos dentro da temática de amamentação e alimentação complementar considerados relevantes ou não-consensuais entre os profissionais de saúde.

A versão preliminar do questionário passou, então, por uma etapa de aperfeiçoamento, na qual houve a apreciação do instrumento por um grupo de especialistas em amamentação e alimentação complementar, das três categoriais profissionais estudadas (enfermagem, medicina e nutrição) e de diferentes papéis institucionais (pesquisa, docência, gestão e prática clínica), selecionados por conveniência, para a obtenção de um consenso em relação às questões que visavam mensurar conhecimentos (Borrego et al, 2014; Oliveira et al, 2015).

O objetivo desta fase foi a análise e julgamento das questões quanto à proposta de conhecimento pesquisado, à adequação da linguagem utilizada, à clareza do item e à relevância do conteúdo avaliado sendo, ainda, disponibilizado um campo para comentários, sugestões ou acréscimos de novos itens para o questionário. Como consequência desta etapa, alguns itens do questionário foram reescritos com manutenção da idéia principal, outros foram subdivididos em mais itens e, ainda, foram criados novos itens a partir de temas indicados como polêmicos pelos especialistas.

Além disso, estes foram informados de que, caso fosse necessário, haveria reunião para discussão dos pontos polêmicos, para obtenção de consenso sobre a redação dos itens (Ferrari et al, 2015; Bezerra et al, 2016). Contudo, as observações dos especialistas não foram divergentes e, portanto, não houve necessidade desta etapa.

A versão final do questionário, construída dentro da plataforma SurveyMonkey®, foi composta por 119 itens, sendo 11 itens referentes à caracterização profissional, 89 itens para mensuração de conhecimentos, atitudes e práticas, 14 itens para avaliação da atuação profissional e, ainda, 5 itens relacionados à comunicação em saúde.

No Bloco 2 - Conhecimentos, dos 89 itens pesquisados, 14 versavam sobre o aleitamento materno e 75 compreendiam o tema da alimentação complementar. Vale ressaltar que essa proporção se deveu ao fato de o material de referência trazer de forma mais enfática, em suas recomendações, o tema da alimentação complementar quando comparado ao outro tema.

As possibilidades de resposta para estas questões foram organizadas em uma escala Likert (Azemati et al, 2013) de cinco pontos, contendo as seguintes opções de resposta: “discordo completamente”, “discordo parcialmente”, “não concordo nem discordo”, “concordo parcialmente” e “concordo completamente”. Neste sentido, recomendações foram disponibilizadas e o profissional de saúde deveria marcar a resposta que julgasse mais adequada segundo o seu grau de concordância quanto à afirmação apresentada.

A Escala Likert é uma escala intervalar que possui diferentes posições de alternativas para as respostas e, quando utilizada em estudos que visam medir opiniões e atitudes, estas medem proporções que variam do mais desfavorável ao mais favorável (Marconi e Lakatos, 1996; Gonçalves e Leite, 2005). A escala Likert (1932) propõe a apresentação de um conjunto de dimensões de atitudes na qual os participantes devem indicar o seu grau de concordância quanto à afirmativa apresentada, a partir da marcação de uma das posições disponibilizadas na escala (Likert, 1932).

Considerando que essa escala exige resposta graduada para cada afirmativa apresentada, geralmente é apresentada em cinco graus, sendo a primeira posição a total discordância e a última a total concordância, possuindo o grau intermediário como representante da indecisão do participante (Anastasi, 1977; Gonçalves e Leite, 2005). A utilização de um ponto central neutro na escala é recomendada porque permite que o participante se sinta mais à vontade para expressar a sua opinião sobre um determinado assunto (Dalmoro e Vieira, 2013).

Em um estudo realizado por Dalmoro e Vieira (2013), no qual se avaliou a influência do número de itens – três, cinco ou sete – da escala tipo Likert nos resultados de uma mensuração e a preferência dos respondentes quanto à facilidade, à velocidade e à precisão de resposta, observou-se que a escala de três pontos, apesar de ser considerada a escala mais fácil e veloz, é a menos confiável comparada às escalas de cinco e sete pontos. Ainda, a escala de cinco pontos apresentou a mesma precisão e mostrou-se mais fácil e rápido que a de sete pontos e, neste sentido, o estudo concluiu que a escala mais adequada para os objetivos propostos correspondeu à de cinco pontos (Dalmoro e Vieira, 2013).

Com vistas a minimizar possíveis dificuldades durante a aplicação do questionário, recomenda-se que o instrumento seja testado após a sua construção e, portanto, a realização de um estudo piloto constitui-se como uma etapa fundamental (Carvalho et al, 2010). Por isso, após a finalização do questionário, o mesmo foi aplicado para um grupo de alunos dos Programas de Pós-Graduação em Nutrição Humana e em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, envolvendo as mesmas

categorias profissionais às quais se destinava o instrumento, selecionados por conveniência (WHO, 2008).

Nesta fase da pesquisa, o objetivo central foi avaliar a viabilidade operacional do questionário, testando o quanto as questões eram bem compreendidas pelos respondentes e, ainda, o seu tempo de aplicação. As respostas desses indivíduos foram descartadas para garantir que não fizessem parte do estudo final. Esta etapa foi essencial para avaliar se os dados coletados são compreensíveis, úteis e se na estrutura do instrumento de pesquisa existem questões que precisam ser retiradas ou adicionadas (WHO, 2008; Oliveira et al, 2015).

4.3. Sujeitos e Critérios de Inclusão e Exclusão

Para realizar o controle dos possíveis fatores de confundimento, os sujeitos foram selecionados segundo critérios de inclusão e exclusão (Pereira, 1995). Assim, o questionário foi administrado somente para profissionais de saúde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro(a), médico(a) e/ou nutricionista, selecionados por filtro no instrumento de coleta de dados, e possuir acesso à internet. Os critérios de exclusão compreenderam formação profissional fora do Brasil e residência fixa no exterior.

A pesquisa ocorreu de forma integralmente *online* e os participantes foram recrutados via endereço eletrônico e mídias sociais (Facebook®, Instagram® e WhatsApp®), sendo encorajados a compartilhar o instrumento com seus colegas de profissão, conforme preconizado pela metodologia *snowball sampling* ou do tipo bola de neve para a seleção da amostra (Silva et al, 2006). O questionário permaneceu disponível para coleta de respostas por um período de 3 meses, de setembro a dezembro de 2017 (SPRING/USAID, 2011).

De acordo com Baltar e Brunet (2012), é possível realizar pesquisas rigorosas e eficientes com a incorporação de novas tecnologias ao processo de pesquisa científica. Em muitos campos de pesquisa, a pesquisa *online* pode se apresentar como um poderoso instrumento para a melhora do escopo dos estudos, a maximização da relação tempo-custo e, ainda, o aumento do tamanho da amostra. Além disso, a

administração de questionários *online* possibilita o controle de qualidade das informações coletadas e, ainda, evita a duplicação de respostas. Contudo, alguns problemas relacionados ao uso da internet em pesquisas podem ser encontrados, como o viés de seleção e a possibilidade de baixas taxas de resposta (Baltar e Brunet, 2012).

A emergência das mídias sociais transformou a internet em uma excelente ferramenta para a aplicação da metodologia do tipo bola de neve (Baltar e Brunet, 2012) e, de acordo com Bhutta (2009), os sites de redes sociais permitem que os pesquisadores conduzam pesquisas de forma mais rápida e econômica (Bhutta, 2009). Neste sentido, considera-se que as mídias sociais sejam um bom complemento para este tipo de amostragem, já que possibilitam a expansão do tamanho e do alcance da amostra, que geralmente se constituem como as maiores limitações deste tipo de pesquisa (Baltar e Brunet, 2012)

Portanto, as mídias sociais são ferramentas apropriadas para a aplicação da amostragem do tipo bola de neve e podem, ainda, melhorar a representatividade dos resultados (Baltar e Brunet, 2012). A amostragem do tipo bola de neve corresponde a uma técnica para encontrar sujeitos de pesquisa (Atkinson e Flint, 2001), na qual os atores da pesquisa são indicados diretamente pelos próprios pesquisados a partir da indicação dos mesmos até que a amostra final mínima seja alcançada (Silva et al, 2006), ou seja, um sujeito dá ao pesquisador o nome de outro sujeito, que por sua vez fornece o nome de um terceiro, e assim por diante (Atkinson e Flint, 2001).

Geralmente, esta técnica está associada ao estudo de uma população de difícil acesso, relutante em participar de estudos que utilizem métodos de pesquisa tradicionais. Ainda que os contatos iniciais na amostragem de bola de neve devam ser escolhidos aleatoriamente, na prática isso é difícil de ser realizado e, frequentemente, os sujeitos são selecionados a partir de uma amostragem de conveniência (Baltar e Brunet, 2012).

Neste sentido, ao final do preenchimento do questionário, o participante foi questionado quanto ao interesse em colaborar com a divulgação da pesquisa entre os seus colegas de profissão e a este foi disponibilizado um link de compartilhamento. O *snowball sampling* serviu como forma de aumentar a captação e participação dos

profissionais de saúde, sendo o convite à participação da pesquisa publicado, ainda, em mídias sociais. Ressalta-se que a aplicação virtual da amostragem em bola de neve facilita o alcance a populações específicas, além de promover uma redução dos custos e do tempo de coleta de dados (Baltar e Brunet, 2012).

4.4. Análise dos Resultados

Após a coleta das respostas, foi realizada limpeza do banco de dados e análise exploratória dos dados, com o intuito de investigar a existência de casos extremos e/ou omissos e, ainda, avaliar se os pressupostos de normalidade, aditividade, linearidade, homogeneidade das variâncias e independência dos erros eram respeitados.

A limpeza do banco de dados compreendeu os seguintes passos: 1) exclusão de respostas incompletas; 2) exclusão de dados duplicados e, ainda, 3) exclusão de respostas relativas ao preenchimento da renda mensal, nas quais visivelmente houve erros de digitação (*outliers*). Nesta etapa foram excluídos 38 questionários, resultando em 316 respostas válidas.

Para análise dos resultados utilizou-se o software *SPSS Statistics 22.0*. Esta análise se deu a partir do cálculo da média das pontuações das respostas e da frequência de respostas coincidentes para as categorias de discordância e concordância total.

Atribuiu-se uma pontuação a cada uma das cinco categorias de respostas possíveis aos itens do Bloco 2 - Conhecimentos, sendo 1 ponto para “discordo completamente”, 2 para “discordo parcialmente”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e, por fim, 5 para “concordo completamente”.

Foi gerada então a média para cada item do questionário, podendo ela variar de 1 a 5. Considerou-se como lacuna de conhecimento as pontuações que variaram entre 2,5 e 3,5 pela proximidade à neutralidade (3,0), indicando incerteza em relação ao grau de concordância quanto ao conhecimento pesquisado. Além disso, os itens foram avaliados a partir da frequência de discordância ou concordância total, sendo

considerados como conhecimento consolidado aqueles que obtiveram mais de 80% de respostas “concordo totalmente” e “discordo totalmente” na amostra pesquisada.

Com vistas a viabilizar uma análise mais focada e didática, os assuntos foram divididos em dois conteúdos temáticos – aleitamento materno e alimentação complementar, sendo este último agrupado em diferentes categorias, segundo o modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores de alimentação complementar (AC) proposto por Oliveira et al (2015).

Apesar de os atributos deste Modelo (Oliveira et al, 2015) compreenderem todos os conteúdos pesquisados neste estudo, alguns componentes e marcadores não englobavam temas específicos e, por isso, as autoras propuseram os seguintes componentes dentro dos atributos oportunidade e segurança, respectivamente: maturidade fisiológica e contexto da oferta e, ainda, alimentos alergênicos.

Os temas foram divididos, então, em grandes domínios e a discussão da análise resultados se deu a partir desta categorização, sendo utilizados apenas artigos científicos que não possuíam conflitos de interesse.

4.5. Aspectos Éticos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, conforme Protocolo de Pesquisa nº 025537/2017 e CAAE nº 66063316.7.0000.0030.

Participaram do estudo apenas os profissionais de saúde que assinalaram concordância ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 2 e 3), que continha informações básicas sobre a pesquisa, a não obrigatoriedade da participação no estudo, a identificação dos pesquisadores e instituições envolvidas. Além disso, os participantes da pesquisa foram informados de que os dados e materiais seriam utilizados apenas para este estudo e de que os resultados obtidos seriam divulgados em periódicos científicos estando, portanto, disponíveis para posterior consulta pelos mesmos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa serão apresentados neste capítulo, em forma de artigo científico, já submetido ao periódico *Jornal de Pediatria*, da Sociedade Brasileira de Pediatria, na categoria Artigo Original (Anexo 2).

Lacunas e conhecimentos consolidados sobre amamentação e alimentação complementar entre profissionais de saúde no Brasil

Bruna dos Santos Nunes¹
Muriel Bauermann Gubert¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

RESUMO

Objetivo: Identificar lacunas e conhecimentos consolidados entre profissionais de saúde no Brasil sobre aleitamento materno e alimentação complementar. *Métodos:* Estudo descritivo e transversal de abrangência nacional, com aplicação de questionário *online* para 316 enfermeiros, médicos e nutricionistas. Eram apresentadas afirmativas para as quais o profissional expressava seu grau de concordância em escala Likert de cinco pontos - sendo 1 discordância total e 5 concordância total. O recrutamento e a seleção da amostra foi do tipo bola de neve. Foi calculada a média para cada item e considerados lacunas de conhecimento itens com pontuações entre 2,5 e 3,5. Para conhecimentos consolidados o critério foi 80% de discordância ou concordância total. *Resultados:* Dos 89 itens estudados, 22 itens foram considerados lacunas, sendo o item com mais neutralidade relacionado à dieta vegetariana na fase da introdução alimentar ($M = 3,137$). As lacunas ainda apareceram em relação aos atributos/componentes: oferta de grupos alimentares e/ou nutrientes específicos, consistência das preparações, idade oportuna para a introdução alimentar e alimentos alergênicos. Apenas 13 itens foram considerados consensos, a maioria versando sobre segurança biológica e adequação nutricional das preparações. Foram encontradas omissões e divergências nas recomendações das diretrizes oficiais pesquisadas. *Conclusão:* É preciso revisar as diretrizes hoje disponíveis com atenção especial às temáticas ainda consideradas lacunas de conhecimento, para o aprimoramento nos processos de formação e educação em saúde e consequente melhoria das orientações fornecidas pelos profissionais à comunidade.

Palavras-chave: amamentação, aleitamento materno, alimentação complementar, conhecimentos, profissionais de saúde

ABSTRACT

Objective: To identify gaps of knowledge about breastfeeding and complementary feeding among health professionals, in Brazil. *Methods:* The study was descriptive and transversal, at national level. An online questionnaire was answered by 316 health professionals (nurses, doctors and nutritionists). The professional had to express the degree of agreement about 89 items on a five-point Likert scale - 1 completely disagreement and 5 completely agreement. The recruitment and the selection of the sample was done using snowball methodology. Items average were calculated and items scored between 2.5 and 3.5 were considered gaps. We considered a consolidate knowledge when the item showed at least 80% of completely disagreement or completely agreement. *Results:* 22 items were considered gaps. The more neutral item was related to the adequacy of a vegetarian diet as a complementary feeding practice (M = 3,137). The other gaps included: specific food groups and / or nutrients offer, food consistency, age of introduction of complementary foods and allergenic foods. Only 13 items were considered consensus, most of those were about biological safety and nutritional adequacy. We found some omissions and divergences about complementary feeding practices in the consulted guidelines. *Conclusion:* It is necessary to review the actual guidelines paying special attention to the topics considered as gaps. This would improve the health professionals training and the quality of the service delivered to the community.

Key words: breastfeeding, complementary feeding, health professionals, knowledge

Introdução

Sabe-se da importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e da alimentação complementar (AC) oportuna e adequada, com manutenção do aleitamento materno (AM), até os dois anos de idade ou mais (1).

A privação da amamentação tem repercussões na saúde, nutrição e desenvolvimento infantil, já que o leite materno humano não é apenas o alimento mais perfeitamente adaptado para os bebês, mas também o medicamento personalizado mais específico que a criança receberá (2).

Nos últimos 30 anos as prevalências de AM e AME no Brasil apresentaram tendência ascendente até 2006, com relativa estabilização após esse período (3). Pesquisas apontam elevada frequência no consumo de outros leites que não o materno em idades muito precoces, sendo o leite de vaca o mais consumido (4).

A AC deve ser iniciada aos seis meses de idade e, se feita precocemente, pode ser prejudicial à saúde infantil (5). No sexto mês a criança já possui os reflexos que são necessários para a deglutição, bem como já manifesta excitação à visão do alimento e sustentação da cabeça, possibilitando o estabelecimento da AC (6).

No Brasil apenas 63% das crianças entre 6 e 12 meses consomem frutas e hortaliças diariamente (7). Em relação à qualidade da dieta, 47% das crianças brasileiras de até 12 meses apresentam práticas alimentares inadequadas e 80% possuem baixa diversidade no consumo alimentar (8).

Diante deste quadro é evidente a necessidade de revisitação das políticas e dos programas de promoção da nutrição e do desenvolvimento saudáveis, especialmente nos primeiros mil dias de vida da criança (9). Neste contexto estão os guias alimentares, especialmente aqueles focados no público infantil (10). Guias alimentares traduzem o conhecimento científico em orientações simplificadas para a população (11, 12).

Estes instrumentos são as diretrizes oficiais que orientam os profissionais de saúde na promoção da amamentação e da AC adequada. Intervenções realizadas por esses profissionais, baseadas nas recomendações destes guias, têm potencial de melhorar as prevalências de AME e a qualidade da AC de crianças pequenas (13, 14).

Este estudo tem como objetivo, portanto, com base nas recomendações oficiais sobre AM e AC vigentes, identificar omissões e divergências nos materiais institucionais disponíveis e, ainda, lacunas e conhecimentos consolidados entre profissionais de saúde no Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e transversal de abrangência nacional. Para a coleta de dados foi desenvolvido um questionário *online* na plataforma SurveyMonkey®, contendo questões acerca de conhecimentos de enfermeiros(as), médicos(as) e nutricionistas sobre AM e AC, com base em diretrizes oficiais do Ministério da Saúde (MS) (6, 15, 16) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (17).

A construção do questionário compreendeu três etapas: elaboração e redação de itens, avaliação do instrumento por especialistas e estudo piloto. O documento “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica” (16) foi considerado como base para sua construção. Este guia encontra-se, atualmente, em processo de revisão e ampliação, estando sua versão preliminar disponível para consulta pública em 2018 (18).

Foram consultados, de forma complementar: Caderno de Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar (6); Guia alimentar para crianças menores de dois anos: Série A - Normas e Manuais Técnicos (15); e Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola (17).

Na etapa um, após leitura dos materiais citados, foram selecionados temas dentro do contexto da amamentação e da AC considerados relevantes. Foram incluídos, ainda, temas indicados por especialistas como controversos resultando em 89 itens - 14 sobre AM e 75 sobre AC (Quadro1).

Desses 89 itens, apenas 8 itens não eram mencionados em nenhum dos materiais consultados. Esses itens dizem respeito à prática da amamentação cruzada e ao AM noturno, à oferta de vegetais crus, ao consumo de frutas e hortaliças orgânicas, a

métodos alternativos de introdução alimentar e, ainda, a tipos de utensílios para preparo de refeições.

A etapa dois correspondeu à apreciação do questionário por especialistas em AM e AC selecionados por conveniência, para a obtenção de consenso. Esses *experts* avaliaram os itens quanto à adequação em relação ao conhecimento pesquisado, à linguagem, à clareza do item e à relevância do conteúdo avaliado. Após esta etapa alguns itens foram reescritos, outros foram subdivididos e, ainda, foram criados novos itens.

Por fim, na etapa três, o questionário já validado foi aplicado em estudo piloto a profissionais de saúde, selecionados por conveniência.

As questões eram respondidas em escala Likert de cinco pontos (19), segundo grau de concordância quanto à afirmação ou recomendação apresentada. O questionário também incluía perguntas relacionadas à caracterização do perfil socioeconômico dos profissionais.

A coleta de dados durou três meses e o recrutamento se deu via endereço eletrônico e mídias sociais, sendo os respondentes encorajados a compartilhar o instrumento com seus pares, conforme preconizado pela metodologia *snowball sampling* (bola de neve) (20).

O questionário foi respondido somente por profissionais que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro(a), médico(a) e/ou nutricionista e possuir acesso à internet. Os critérios de exclusão foram: formação profissional fora do Brasil ou residência fixa no exterior. A amostra total foi de 316 questionários completos e válidos.

Para a análise de dados foi atribuída uma pontuação para cada categoria de resposta: “discordo completamente (1)”, “discordo parcialmente (2)”, “não concordo nem discordo (3)”, “concordo parcialmente (4)” e “concordo completamente (5)”. Foi calculada, então, a média para cada item do questionário, podendo ela variar de 1 a 5.

Considerou-se como lacuna de conhecimento as pontuações que variaram entre 2,5 e 3,5 pela proximidade à neutralidade (3,0), indicando incerteza em relação ao conhecimento pesquisado.

Além disso, foi calculada a frequência de respostas coincidentes, sendo considerados como conhecimento consolidado os itens que obtiveram mais de 80% de respostas “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Para análise a partir de um *framework*, os itens foram divididos em dois temas – AM e AC, sendo este último agrupado em categorias segundo o modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores de AC proposto por Oliveira et al (2015) (21).

Este modelo aponta como atributos da AC a oportunidade, a adequação nutricional e a segurança. A oportunidade corresponde à faixa etária de introdução da AC. Já a adequação nutricional compreende quatro componentes: presença de nutrientes específicos, variedade da alimentação, densidade energética das refeições e ausência de produtos ultraprocessados. Por fim, a segurança é caracterizada por dois componentes: ausência de aditivos alimentares e inocuidade da preparação.

Apesar de os atributos compreenderem todos os conteúdos pesquisados neste estudo, alguns componentes e marcadores não englobavam determinados temas e, por isso, as autoras propuseram os seguintes componentes dentro dos atributos oportunidade e segurança: maturidade fisiológica e contexto da oferta e, ainda, alimentos alergênicos.

Para análise de dados utilizou-se o software *SPSS Statistics 22.0*. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (CAAE 66063316.7.0000.0030).

Resultados

O Quadro 1 indica em quais materiais institucionais os 89 itens eram abordados. Dos 8 itens não abordados em nenhum deles, dois estavam relacionados ao tema AM (itens 7 e 8) e seis à AC. Destes, quatro correspondiam ao atributo “oportunidade”, sendo dois relacionados ao componente “maturidade fisiológica” (itens 60 e 65) e os demais ao “contexto de oferta” (itens 67 e 68). Os outros dois itens referiam-se ao atributo “segurança”, dentro do componente “ausência de aditivos alimentares” (itens 83 e 84).

Além disso, 6 itens continham informações divergentes, segundo o material institucional consultado. Destes, um estava relacionado ao tema do AM (item 14) e os outros cinco ao da AC, nos atributos “adequação nutricional” (itens 15, 25 37 e 38) e “oportunidade” (item 57).

A média de idade dos 316 de profissionais de saúde participantes foi de $34,6 \pm 9,1$ anos e 92,7% eram do sexo feminino. A maior parte da amostra foi de nutricionistas (56,6%), sendo 26,9% enfermeiros(as) e 16,5% médicos(as). Dos profissionais pesquisados, 59,8% afirmaram ter concluído especialização ou residência. Quanto à atuação profissional, a maior parte vive nas regiões centro-oeste (42,7%) e sudeste (33,9%), 24,4% atuam em hospital público e/ou universitário e 14,9% na Atenção Básica (Tabela 1).

Dos 89 itens avaliados, 22 apresentaram médias variando entre 2,52 e 3,49, indicando que aproximadamente 25% das afirmações despertavam dúvidas entre os profissionais de saúde quanto ao conhecimento pesquisado (lacuna de conhecimento). Destes, o item com mais neutralidade se referia à recomendação da dieta vegetariana na AC ($M = 3,137$), item pertencente ao atributo “adequação nutricional” (Tabela 2).

A maior parte dos itens classificados como lacuna de conhecimento se relacionava ao atributo “adequação nutricional”, nos componentes “variedade” (itens 22, 27, 31, 32 e 33), “presença de nutrientes específicos” (itens 16, 17, 18 e 20) e “densidade energética” (itens 38 e 46). Além destes, 27% estavam dentro do atributo “oportunidade”, sendo todos relacionados ao componente “maturidade fisiológica” (itens 55, 57, 59, 60, 63 e 65). No atributo “segurança” as lacunas apareceram nos componentes “alimentos alergênicos” (itens 85 e 86) e “inocuidade da preparação” (item 75). Somente 9% dos itens de lacuna referiam-se ao tema AM (itens 5 e 7).

Sobre a frequência de respostas coincidentes (consensos), 13 itens apresentaram percentuais de completa concordância ou discordância variando entre 80,6 a 96,5% (Tabela 3). O item com maior concordância pertencia ao atributo “oportunidade” e dizia respeito à importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis por toda família no período de introdução alimentar da criança (item 72).

Dentro desse atributo, foram consensos ainda dois itens (51 e 71) que abordavam a idade de início da AC e o contexto de oferta do alimento. Ainda, quatro itens de conhecimento consolidado pertenciam ao atributo “segurança” (itens 76, 77, 80 e 82) e discutiam a inocuidade das preparações. Dois componentes do atributo “adequação nutricional” também foram consenso: “presença de nutrientes específicos” (item 19) e “ausência de produtos ultraprocessados” (itens 47, 49 e 50).

Destaca-se que, dos 14 itens do tema AM, apenas dois foram considerados lacuna, aqueles que tratavam dos alimentos consumidos pela mãe estarem relacionados às cólicas do bebê ($M = 3,419$) e da prática da amamentação cruzada ($M = 3,454$). Em relação aos conhecimentos consolidados, dois foram consensos: leite fraco ou insuficiente para o lactente (86,4%) e, ainda, pega durante a mamada e desmame precoce (83,7%).

Por fim, é importante pontuar que, em relação a seis itens pesquisados, os materiais do MS e da SBP apresentaram orientações divergentes. Desses, um correspondia ao tema AM (item 14) e os demais à AC, sendo quatro do atributo “adequação nutricional” (itens 15, 26, 37 e 38) e um de “oportunidade” (item 57).

Discussão

Os materiais consultados nesta pesquisa corresponderam àqueles mais utilizados e/ou recomendados como referencial teórico e prático para atuação dos profissionais. Contudo, ainda que sejam considerados materiais de referência, alguns conhecimentos pesquisados estavam ausentes e destes, um terço foi considerado como lacuna de conhecimento. Os itens omissos se referiam à amamentação cruzada, AM noturno, oferta de hortaliças cruas, utilização de alimentadores com rede/tela, método *Baby Led-Weaning* (BLW), consumo de alimentos orgânicos e tipos de utensílios para preparo de alimentos.

Em relação à amamentação cruzada, a OMS recomenda a prática em condições excepcionais (1). Contudo, o MS, através da Portaria nº 2415/1996, não recomenda a prática de AM cruzado (22). Apesar de a Portaria datar de 1996, essa informação não consta em nenhum dos materiais consultados. Isso pode estar relacionado a desfechos

como os encontrados por von Seehausen et al (2017) que verificou alta prevalência (43,4%) de AM cruzado entre mães no Rio de Janeiro (23).

Quanto ao AM noturno, não existem evidências científicas que comprovem a relação desta prática com caries dentárias, associação muitas vezes difundida (24, 25).

Nenhum dos materiais aborda a introdução da AC a partir do método BLW, prática difundida e incentivada nas mídias sociais. Porém, em 2017, a SBP lançou uma publicação sobre este tema, no qual se posiciona contrariamente ao método BLW (26). Entretanto, isso não aparece ainda como uma recomendação em suas diretrizes oficiais.

Sobre os utensílios recomendados para preparação dos alimentos complementares, os estudos existentes não são explícitos em relação à melhor opção de panela para cocção, segundo seus riscos e benefícios na transferência de metais, dificultando a orientação precisa dos profissionais às mães. A maior parte das panelas existentes permite migração de diversos minerais, porém nenhuma delas libera metais pesados (27, 28). O único estudo que recomenda um tipo específico de panela data da década de 90 e recomenda a utilização panelas de ferro (29).

O Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos no mundo e cerca de 30% dos alimentos consumidos pela população brasileira está contaminado. Ainda que alguns ingredientes ativos sejam classificados como de baixa toxicidade, destacam-se os efeitos crônicos da exposição a estas substâncias a longo prazo (30, 31).

Dessa forma, é importante incentivar o consumo de frutas e hortaliças orgânicas sempre que possível, desde as primeiras refeições da criança. Apesar de o Guia Alimentar para a População Brasileira já fazer essa recomendação para a população adulta (32), essa informação não está presente nos materiais direcionados para crianças.

Em relação à utilização de alimentadores com rede/tela no período da AC, não foram encontrados estudos científicos em que estes fossem objeto de investigação. Contudo, evidencia-se o risco de contaminação devido a seu formato, de difícil higienização e a descaracterização do alimento na sua forma de apresentação.

O item que apresentou o maior grau de incerteza pelos profissionais dizia respeito à adequação de uma dieta vegetariana na AC. Os quatro materiais consultados destacam a importância da oferta de todos os grupos alimentares, inclusive o grupo das carnes, sem mencionar a possibilidade de adoção de uma alimentação vegetariana ou se posicionar contrariamente sobre esta prática (6, 15, 16, 17).

A OMS recomenda a oferta da maior variedade possível de alimentos com vistas a assegurar que as necessidades nutricionais da criança sejam alcançadas, apontando que a dieta vegetariana pode não alcançar a necessidade de nutrientes para essa idade (1).

Além dessas temáticas, foram consideradas lacunas de conhecimento a oferta de alimentos e/ou nutrientes específicos na AC, como o ovo, as oleaginosas, a carne de porco e o glúten.

Em relação à carne suína, todos os materiais recomendam a oferta do grupo das carnes a partir do sexto mês, incluindo explicitamente a carne de porco como uma opção deste grupo (6, 15, 16, 17).

Quanto aos alimentos potencialmente alergênicos como o ovo e as oleaginosas, as recomendações antigas eram de que estes alimentos deveriam ser introduzidos tardiamente. Atualmente o MS e a SBP entendem que a introdução destes alimentos aos seis meses de idade não está relacionada com uma maior predisposição a alergias, mesmo em crianças com histórico familiar da doença (16, 17).

Os materiais do MS não abordam a temática da introdução oportuna do glúten na dieta infantil. Contudo, a SBP posiciona-se de forma favorável à sua oferta desde o sexto mês, considerando que esta prática colabora com a aquisição de tolerância e redução do risco de alergenicidade ao glúten (17).

Os profissionais de saúde apresentaram dúvidas em relação ao tipo de óleo mais indicado para a cocção dos alimentos. O MS destaca que as frituras devem ser evitadas nos primeiros anos de vida e que os lipídeos estão naturalmente presentes nos alimentos, no leite materno e no óleo vegetal utilizado para cocção das papas principais (16). Já a SBP indica explicitamente a proporção de óleo a ser utilizado e recomenda preferencialmente os óleos de soja ou canola (17).

Em relação às necessidades diárias de água para crianças, também uma das lacunas de conhecimento identificadas, tanto o MS quanto a SBP afirmam que a partir do início da AC é necessário oferecer água no intervalo das refeições. A SBP recomenda 700 a 800 mL por dia, dependendo da idade (16, 17). Os materiais do MS (6, 16) orientam a oferta de água para crianças em aleitamento artificial.

As frutas e hortaliças consumidas pela criança devem ser lavadas em água corrente e, depois, colocadas em água clorada, com posterior enxágüe (16, 17). Apesar de esta recomendação aparecer nos materiais do MS e SBP, os profissionais ainda apresentam dúvidas quanto à sua recomendação.

Outra temática que gerou dúvidas entre os profissionais foi a suplementação de micronutrientes. Segundo os materiais consultados, caso a criança esteja em uso de fórmula infantil, não é necessário suplementar com ferro e vitaminas, pois estes produtos já são enriquecidos com estes nutrientes (16, 17). Ainda, de acordo com a SBP, para lactentes em AM com exposição regular ao sol, não há necessidade de suplementação de vitamina D (17). Em relação à vitamina A e ao ferro, para regiões com alta prevalência de deficiências, a suplementação profilática de ambos é recomendada a partir do sexto mês de vida (16, 17).

Em relação à oferta de sucos ou frutas espremidas, o MS recomenda que as frutas sejam oferecidas in natura, amassadas, em vez de sucos (16). Já a SBP aponta que as frutas podem ser oferecidas espremidas e, afirma que, respeitando o período do AM exclusivo, o consumo de água, frutas e sucos naturais deve ser estimulado (17).

Quanto à introdução precoce da AC, o MS aponta que, se a criança estiver em uso de fórmula infantil ou leite de vaca, a oferta dos alimentos sólidos deve ser iniciada aos quatro meses de idade, sendo as refeições lácteas substituídas gradativamente por estes alimentos. Neste caso, a composição, a consistência e a forma de introdução das refeições devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente (16). Contudo, para a SBP, a introdução da AC entre três e quatro meses pode aumentar o risco de alergias e, então, caso a criança esteja recebendo fórmula infantil, a AC deverá se iniciar aos 6 meses de vida (17).

Quanto aos conhecimentos consolidados, a amamentação é uma temática em que os profissionais demonstraram muita segurança. Há consenso quanto à importância da orientação sobre a pega adequada durante a mamada para manutenção do AM e quanto à não existência de leite fraco ou insuficiente.

Todos os materiais consultados orientam sobre a importância de se avaliar e estimular a pega adequada para promoção do AM. Contudo, apenas os materiais do MS (6, 16, 17) abordam a estimulação do AM mesmo quando mães interpretarem o seu leite como fraco ou insuficiente.

Em relação ao tema AC, pode-se afirmar que a segurança biológica das preparações, do ponto de vista do preparo e armazenamento de alimentos, já se configura como conhecimento consolidado entre os profissionais, assim como a inadequação da oferta de determinados alimentos para crianças, como o mel. Esses conteúdos são abordados em todos os materiais consultados.

Sobre o contexto de oferta, os profissionais demonstraram saber que a adoção de hábitos alimentares saudáveis pela família é determinante para o sucesso da AC adequada (17) e que é importante restringir os alimentos ultraprocessados para crianças (6, 15, 16, 17).

Diante do que foi apontado por este estudo é fundamental que os órgãos responsáveis por planejar e elaborar materiais institucionais para profissionais de saúde reconheçam os conteúdos que ainda hoje se apresentam como lacunas de conhecimento para esse público. Assim, é possível que versões atualizadas destes instrumentos dêem destaque para estas temáticas, trazendo uniformidade e clareza na difusão destas informações, favorecendo orientações adequadas e consensuais para a população.

É válido destacar que os profissionais de saúde possuem um papel fundamental na promoção da alimentação adequada e saudável, especialmente no contexto da alimentação infantil, sendo os materiais institucionais e as diretrizes oficiais os provedores de embasamento teórico e prático para a sua atuação profissional, o que determina a importância de revisitação e atualização constante destes materiais.

A promoção da alimentação adequada e saudável se postula na intervenção em relação ao comportamento alimentar de pessoas e, portanto, caracteriza-se como um trabalho de natureza educacional (33). Apesar dos avanços, as ações e estratégias educativas desenvolvidas no campo da saúde estão, ainda, muito próximas da idéia da prevenção e não da idéia de promoção da saúde, devendo estas serem desenvolvidas visando à promoção da autonomia (34).

Assim, ressalta-se a importância da capacitação dos profissionais para a sua atuação como agentes finais do processo de implementação de políticas, programas e ações de promoção da alimentação adequada e saudável, sendo essencial o investimento em instrumentos de comunicação e educação em saúde que os qualifiquem no seu papel de facilitador na transmissão de conhecimentos em alimentação e nutrição (35).

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. Genebra: WHO; 2003.
2. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, v. 387, Jan 30, 2016.
3. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev SaudePublica*. 2017;51:108.
4. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LM. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. *J Pediatr (Rio J.)* 2013; 89:608-13.
5. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr*. 2000; 76 (Supl.3):S253-62.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

7. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS de 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília - DF. 2009.
8. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(11):2413-2424, nov, 2015.
9. Cunha AJDA, Leite AJM, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J)*. 2015; 91:S44 – 51.
10. Anderson GH, Zlotkin SH. Developing and implementing food-based dietary guidance for fat in the diets of children. *Am J Clin Nutr*. 2000; 72: 1404-9.
11. Golley RK, Hendrie GA, McNaughton SA. Scores on the dietary guideline index for children and adolescents are associated with nutrient intake and socio-economic position but not adiposity. *J Nutr* 2011; 141(7): 1340-7.
12. Shonkoff JP, Bales SN. Science does not speak for itself: translating child development research for the public and its policy makers. *Child Dev*. 2011;82:17 – 32.
13. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grehi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(8):1695-1707, ago, 2014.
14. Nunes LM, Vigo A, Oliveira LD, Giugliani RRJ. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(6):e00205615.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 152 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.
18. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública nº 4 de 3 de julho de 2018. Diário Oficial da União.
19. Azemati B, Heshmat R, Sanaei M, Salehi F, Sadeghi F, Ghaderpanahi M, Mirarefin M, Abdollahi Z, Hemami MR, Larijani B. Nutritional knowledge, attitude and practice of Iranian households and primary health care staff: NUTRIKAP Survey. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2013, 12:12
20. Silva ABO, Matheus RF, Parreiras FS, Parreiras TAS. Social network analysis as a method to support the debates about the information science and its interdisciplinary nature. *CiInf* 2006;35(1):72-93.
21. Oliveira J M, Castro IRRD, Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Assessing complementary feeding practices in the first two years of life: a proposal for indicators and a monitoring tool. *Cadernos de Saude Publica*, 31(2), 377-394, 2015.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União.
23. Von Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS, Leal MC. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(4):e00038516.
24. Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e pré-escolar: uma revisão crítica. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*, 80(5), 199-210, 2004.
25. Moura MS, Moura LFAD, Mendes RF. Dental caries in children under five years old in Teresina-PI. *Ver Odontol UNESP*. 2010; 39(3): 143-149
26. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de atualização: a alimentação complementar e o método BLW (*Baby Led-Weaning*). Departamento Científico de Nutrologia. Maio, 2017.
27. Quintaes KD, Amaya-Farfan J, Tomazini FM, Morgano MA, Mantovani DMB. Migração de minerais de panelas brasileiras de aço inoxidável, ferro fundido e

- pedra-sabão (esteatito) para simulantes de alimentos. *Ciênc. Tecnol. Aliment.*, Campinas, 24(3): 397-402, jul.-set. 2004
28. Dantas ST, Saron ES, Dantas FBH, Yamashita DM, Kiyataka PHM. Determinação da dissolução de alumínio durante cozimento de alimentos em panelas de alumínio. *Ciênc. Tecnol. Aliment.*, Campinas, 27(2): 291-297, abr.-jun. 2007.
29. Borigato VM, Martines FE. Conteúdo de ferro na dieta do lactente cozida em panela de ferro. *Jornal de Pediatria - Vol. 71, Nº2*, 1995.
30. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.
31. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA): Relatório de atividades de 2010. Gerência Geral de Toxicologia. AVISA, 2011.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
33. Boog, MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 33-42, jan/jun. Porto Alegre, 2008.
34. Santos, LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas Contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2):453-462, 2012.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Quadro1. Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens.

Conteúdo temático		Fonte*
Aleitamento materno		
1. O desenvolvimento da capacidade de autocontrole na ingestão de alimentos ocorre mais precocemente em crianças amamentadas no peito em comparação às não amamentadas.		A
2. O leite materno ordenhado pode ser armazenado na geladeira por até 12 horas e no congelador ou freezer por no máximo 30 dias.		A
3. O descongelamento do leite materno estocado pode ser realizado no forno microondas.		A
4. Não há comprovação de que o uso de chupetas esteja associado ao desmame precoce.		B
5. É muito comum que alguns alimentos consumidos pela mãe sejam responsáveis pelas cólicas dos bebês e, por isso, é recomendada a sua exclusão da dieta materna.		A
6. Não é adequada a oferta de leite materno como complementação das refeições.		D
7. Em qualquer situação, a amamentação cruzada (prática em que a criança é amamentada por outra lactante que não a própria mãe) é contra-indicada.		+
8. O aleitamento materno noturno aumenta o risco do desenvolvimento de cáries, caso a criança tenha dentição.		+
9. Segundo manuais e diretrizes brasileiras, são contra-indicações permanentes para a amamentação: doenças infecciosas não tratadas (por exemplo, tuberculose) e contaminação materna pelo vírus HIV.		B
10. De acordo com manuais e diretrizes brasileiras, são contra-indicações temporárias para a amamentação: tratamento regular com medicamentos nocivos aos bebês e crianças com doenças metabólicas raras, como galactosemia e fenilcetonúria.		B
11. Existem mães que possuem leite fraco ou insuficiente para satisfazer as necessidades nutricionais do bebê.		B
12. A pega inadequada durante mamada pode levar ao desmame precoce devido a lesões mamilares.		A, B
13. A produção do leite materno depende da sucção do bebê e a sua ejeção é influenciada pelo estado emocional da mãe.		A, B, D
14. Quando esgotadas as possibilidades de aleitamento materno da criança menor que quatro meses de idade, recomenda-se a utilização de fórmulas infantis ou a diluição do leite de vaca de acordo com o grupo etário.		A, D**
Alimentação complementar		
1. Adequação Nutricional		
1.1. Presença de nutrientes específicos	15. É imprescindível adicionar sal às papas principais (almoço e jantar) que serão ofertadas aos bebês.	A, D**
	16. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação de ferro e de vitamina A.	D
	17. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação vitamina D.	D
	18. Considerando que após os seis meses de vida somente o leite materno não é capaz de suprir as necessidades de ferro da	A, D

	criança, é importante ofertar vísceras e miúdos (por exemplo, fígado, coração e moela) no mínimo uma vez por semana para os bebês.	
	19. Para aumentar a absorção do ferro é importante incentivar o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto ou logo após a refeição da criança.	A, D
	20. Para crianças que recebem fórmula infantil, é necessário realizar a suplementação de ferro e vitamina A.	A, D
1.2. Variedade	21. A introdução da alimentação complementar deve preferencialmente incluir alimentos regionais como, por exemplo, frutas específicas da região.	A, D
	22. O óleo vegetal utilizado para a cocção dos alimentos para as crianças deve ser preferencialmente o óleo de soja ou óleo de canola.	D
	23. O leite de vaca e/ou outros alimentos lácteos podem ser oferecidos para a criança a partir dos seis meses de idade, exceto para bebês que possuam histórico familiar de alergia ou intolerância a este alimento.	A, D
	24. As carnes devem ser ofertadas apenas quando a criança completar sete meses de idade.	A, D
	25. O peixe não deve ser ofertado antes do primeiro ano de vida da criança.	A, D
	26. Inicialmente, os ingredientes da papa principal podem ser ofertados misturados para melhorar a aceitação da criança.	A, D**
	27. O ovo inteiro, isto é, clara e gema, deve ser ofertado apenas após os nove meses de vida da criança.	A, D
	28. Desde a oferta da primeira papa principal todos os grupos alimentares devem estar presentes, ou seja, a papa deve conter alimentos do grupo dos cereais ou tubérculos, do grupo de legumes e verduras, de grupo de carnes ou ovos e, ainda, do grupo de feijões.	A, D
	29. Iogurtes naturais sem açúcar podem ser ofertados como opção de lanche para crianças a partir de seis meses de idade, mesmo que amamentadas.	A, D
	30. A criança deve receber água à vontade, nos intervalos das refeições, quando não estiver mais em aleitamento materno exclusivo.	A, D
	31. A carne de porco deve ser adicionada às papas principais apenas após 12 meses de idade.	A
	32. É contra-indicada a dieta vegetariana para crianças na fase de introdução de alimentação complementar.	A, D
	33. Aos seis meses de idade, a quantidade mínima de água para beber que deve ser ofertada para a criança é de aproximadamente 700ml/dia.	D
	34. Se a família tem o costume de consumir alimentos com temperos picantes, estes podem ser ofertados ao bebê, já que a introdução da alimentação complementar deve respeitar e valorizar a identidade cultural e alimentar da família.	A
35. A substituição das refeições por bebidas lácteas pode causar anemia, excesso de peso e predisposição para alergias alimentares.	A	

1.3. Densidade energética	36. No período da introdução da alimentação complementar, a adoção de horários fixos para a oferta de alimentos ajuda no processo de adaptação da criança.	B
	37. A partir dos nove meses de idade a criança deve estar em esquema alimentar que contém duas papas de fruta, uma pela manhã e outra pela tarde, e duas papas principais, uma no almoço e outra no jantar.	A, D**
	38. Considerando que as crianças têm uma preferência inata pelo sabor doce, recomenda-se que a introdução da alimentação complementar se inicie pela oferta de frutas espremidas ou sucos de frutas naturais, sem adição de açúcar, como a laranja lima e a água de coco.	A, D**
	39. Uma das estratégias para aumentar o valor calórico diário da dieta de crianças com baixo peso é a adição de uma pequena quantidade de óleo vegetal ou azeite às papas principais.	A
	40. É necessário que a oferta de alimentos se dê, inicialmente, na consistência liquidificada ou na forma líquida, como sucos ou sopas, a fim de facilitar a sua deglutição e garantir o aporte energético necessário para o bebê.	A, D
	41. No lugar de frutas podem ser oferecidos, nos lanches dos lactentes, sucos naturais não adoçados com açúcar, mel, melado ou outros adoçantes.	A, D
	42. Nas primeiras papas, as leguminosas, como o feijão, a lentilha e a ervilha, devem ser liquidificadas para evitar engasgos.	A
	43. Na introdução da alimentação complementar, o alimento deve ser ofertado amassado, desfiado, triturado ou picado em pequenos pedaços, dependendo do grau de desenvolvimento da criança.	A, D
	44. A utilização do liquidificador ou da peneira para a oferta da alimentação complementar é totalmente contra-indicada	A, D
	45. Horários muito rígidos para a oferta de alimentos podem diminuir a capacidade da criança de distinguir as sensações de fome e saciedade.	A, D
46. É obrigatório manter um intervalo regular de cerca de 2 a 3 horas entre as refeições da criança.	A, D	
1.4. Ausência de produtos ultra processados	47. Até completar um ano de vida não devem ser ofertados para a criança café, chás, mate, enlatados e refrigerantes.	A, D
	48. Alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) podem estar associados ao desenvolvimento de transtornos do comportamento em crianças, como hiperatividade e déficit de atenção.	D
	49. A oferta de alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade e câncer na idade adulta.	B, D
	50. Os alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) não devem ser oferecidos para a criança porque, além de conterem aditivos, conservantes artificiais e altos teores de sal, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos saudáveis.	A
2. Oportunidade		
	51. Até os seis meses de idade as crianças amamentadas com leite materno podem receber, eventualmente ou quando a mãe	A, D

2.1. Idade de início	não está presente, oferta complementar de água ou outros líquidos não adoçados com açúcar ou qualquer produto artificial.	
	52. Ao completar seis meses de idade, apenas a oferta de leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais da criança.	A
	53. Até os seis meses de idade a oferta de qualquer outro alimento pode prejudicar o bebê, pois aumenta os riscos de adoecimento por contaminação e substitui o volume do leite materno que poderia estar sendo ingerido.	A
	54. Nos dias em que a temperatura estiver muito elevada, recomenda-se a oferta de água para os bebês de qualquer idade, inclusive para os amamentados exclusivamente.	A
2.2. <i>Maturidade fisiológica</i>	55. Por volta dos seis meses de idade para a maioria das crianças o reflexo de protrusão de língua estará ausente.	A, D
	56. Dos quatro aos cinco meses de idade todas as crianças já conseguem sustentar a cabeça, podendo ser oferecida alimentação complementar.	A
	57. Quando há necessidade de introdução da alimentação complementar aos quatro meses de idade, a composição e a consistência das papas devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente.	A, D**
	58. O uso de chupeta está associado à maior frequência de candidíase oral (sapinho) e alterações respiratórias, dentais e orofaciais.	B
	59. Aos seis meses de idade a maioria das crianças não teve a primeira erupção dentária.	A, D
	60. Os vegetais folhosos verde-escuros podem ser ofertados crus, desde as primeiras papas principais.	+
	61. Somente a partir da erupção do primeiro dente recomenda-se higienizar a cavidade bucal do bebê.	B
	62. A capacidade gástrica do bebê é de cerca de 20 a 30ml/Kg de peso.	A
	63. A alimentação complementar deve ser ofertada em copos com tampa ou bico, no caso dos líquidos.	A
2.3. <i>Contexto da oferta</i>	64. A oferta de um volume maior de alimentos do que a capacidade gástrica da criança pode resultar na recusa de parte da alimentação ou do leite materno.	A
	65. Os alimentadores com rede/tela podem ser utilizados pelas crianças em introdução da alimentação complementar pois, além de promoverem a autonomia alimentar da criança, protegem contra o risco de engasgos.	+
	66. Quando a criança estiver doente e convalescente devem ser ofertados a ela os seus alimentos preferidos, desde que saudáveis, como estratégia para a manutenção da ingestão adequada de calorías.	A
	67. O Baby Led-Weaning (BLW) é um método de introdução da alimentação complementar no qual as crianças são estimuladas a escolher os alimentos, dentre aqueles apresentados pelos responsáveis, e as quantidades que irão consumir.	+
	68. O Baby Led-Weaning (BLW) é um método que deve ser ensinado à mãe por ser a opção mais atual e inovadora de introdução da alimentação complementar.	+

	69. A criança deve ser estimulada a pegar os alimentos com as próprias mãos quando introduzida a alimentação complementar.	A, D
	70. A oferta de alimentos favoritos ou de conforto quando a criança recusa comer uma papa principal ou de fruta pode condicionar a criança a recusas sucessivas, visando receber seu alimento preferido.	A
	71. Se a criança recusar determinado alimento, deve-se insistir na sua oferta, em outras oportunidades, em diferentes refeições ou com variadas formas de apresentação, para estimular que a criança o aceite.	A, D
	72. Os pais ou cuidadores devem ser estimulados a adotarem hábitos alimentares saudáveis, já que as crianças aprendem por imitação.	D
	73. Se a criança doente e convalescente aceitar bem apenas um tipo de preparação saudável, é recomendado manter a sua oferta até que a criança se recupere.	A
	74. Práticas de gratificação (por exemplo, a oferta de doces após as refeições) ou o uso da televisão durante a refeição podem ser utilizados para crianças doentes e convalescentes no intuito de garantir aporte nutricional suficiente.	A
3. Segurança		
3.1. Inocuidade da preparação	75. Antes de oferecer frutas e hortaliças para crianças menores de dois anos de idade, os pais ou cuidadores devem higienizá-las com detergente e água para diminuir as possibilidades de contaminação biológica.	A
	76. A oferta de mel é totalmente contra-indicada no primeiro ano de vida.	A, D
	77. As carnes devem ser oferecidas sempre muito bem cozidas, sem sangue aparente.	A, D
	78. Sobras de alimentos no prato da criança podem ser oferecidas na próxima refeição, desde que tenham sido adequadamente acondicionados na geladeira.	A
	79. Mamadeiras e chuquinhas apresentam alto risco de contaminação pela dificuldade para sua limpeza e higienização.	A
	80. Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.	A
	81. Nos alimentos preparados, a proliferação de microrganismos pode ocorrer se eles permanecerem à temperatura ambiente ou se o refrigerador não for mantido em temperatura adequada, ou seja, abaixo de 5 graus Celsius.	A
	82. Para evitar que o armazenamento esteja acontecendo de forma inadequada, deve-se sempre certificar-se de que o refrigerador está sendo mantido fechado e que a porta do refrigerador apresenta boas condições de vedação.	A
3.2. Ausência de aditivos alimentares	83. Para as refeições de crianças menores de dois anos, recomenda-se a oferta preferencial de frutas e hortaliças orgânicas, ou seja, livres de agrotóxicos.	+
	84. Panelas de ferro e/ou alumínio são indicadas para a preparação dos alimentos complementares a serem ofertados para a criança, já que podem adicionar quantidades de minerais, como o ferro, ao alimento.	+
	85. O glúten deve ser ofertado apenas aos doze meses de idade, já que a sua introdução antes desta idade pode aumentar os	D

3.3. <i>Alimentos alergênicos</i>	riscos do desenvolvimento de doença celíaca em crianças geneticamente predispostas.	
	86. As oleaginosas, como castanhas e nozes, devem ser ofertadas à criança apenas após os dois anos de idade.	B
	87. Os frutos do mar, como camarão e lagosta, devem ser ofertados à criança somente após dois anos de idade.	B
	88. Para crianças não amamentadas no peito pode ser oferecido leite de soja.	D
	89. O consumo de produtos a base de soja deve ser desestimulado para crianças menores de dois anos, pois se sabe que a ingestão de fitoestrógenos provoca conseqüências sérias na saúde reprodutiva.	D

*Fontes de dados para redação dos itens: A) 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, 2013); B) Caderno de Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar (Brasil, 2015); C) Guia alimentar para crianças menores de dois anos: Série A - Normas e Manuais Técnicos (Brasil, 2005); D) Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola (SBP, 2012).

**Itens nos quais os materiais utilizados como fonte divergiram quanto às recomendações oferecidas.

+Informações não constam, de forma explícita, em nenhum dos materiais utilizados.

Tabelas

Tabela 1. Descrição da amostra dos profissionais de saúde participantes da pesquisa. Brasil, 2018.

Variáveis do estudo	n	%
Sexo/gênero		
Feminino	293	92,7
Masculino	23	7,3
Raça/cor		
Amarelo/a e Indígena	10	3,1
Branco/a	210	66,5
Pardo/a e Preto/a	95	30,1
Não soube responder	1	0,3
Renda Mensal pessoal* (IBGE)		
> 20 SM (Maior que R\$ 19080,00)	22	7,0
10 - 20 SM (Entre R\$ 9540,00 e R\$ 19080,00)	45	14,2
4 - 10 SM (Entre R\$ 3816,00 e R\$ 9540,00)	115	36,4
2 - 4 SM (Entre R\$ 1908,00 e R\$ 3816,00)	86	27,2
< 2 SM (Menor que R\$ 1908,00)	48	15,2
Categoria Profissional		
Enfermeiro/a	85	26,9
Médico/a	52	16,5
Nutricionista	179	56,6
Tipo de instituição da graduação		
Privada	145	45,9
Pública	171	54,1
Grau de instrução		
Apenas graduação	58	18,4
Especialização ou residência	189	59,8
Mestrado	51	16,1
Doutorado e Pós-doutorado	18	5,7
Local de atuação profissional por região		
Norte	8	2,5
Nordeste	30	9,5
Centro-oeste	135	42,7
Sudeste	107	33,9
Sul	36	11,4
Tipo de estabelecimento de atuação profissional		
Centro de Saúde, UBS ou Clínica de Saúde da Família	47	14,9
Consultório e/ou hospital particular	101	32,0
Creche ou Escola	22	7,0
Hospital público e/ou universitário	77	24,4
Unidade de Alimentação e Nutrição	6	1,9
Universidade pública e/ou particular	45	14,3
Outro	96	30,4
	Média	Desvio Padrão
Idade em anos	34,6	9,1
Tempo de formação profissional em anos	10,3	8,6

*Salário mínimo (SM) em vigor (Lei de Diretrizes Orçamentárias, 2018): R\$ 954,00.

Tabela 2. Descrição das médias segundo item pesquisado. Brasil, 2018.

Item	Média
27. O ovo inteiro, isto é, clara e gema, deve ser ofertado apenas após os nove meses de vida da criança.	2,529
22. O óleo vegetal utilizado para a cocção dos alimentos para as crianças deve ser preferencialmente o óleo de soja ou óleo de canola.	2,557
85. O glúten deve ser ofertado apenas aos doze meses de idade, já que a sua introdução antes desta idade pode aumentar os riscos do desenvolvimento de doença celíaca em crianças geneticamente predispostas.	2,612
38. Considerando que as crianças têm uma preferência inata pelo sabor doce, recomenda-se que a introdução da alimentação complementar se inicie pela oferta de frutas espremidas ou sucos de frutas naturais, sem adição de açúcar, como a laranja lima e a água de coco.	2,659
60. Os vegetais folhosos verde-escuros podem ser ofertados crus, desde as primeiras papas principais.	2,669
75. Antes de oferecer frutas e hortaliças para crianças menores de dois anos de idade, os pais ou cuidadores devem higienizá-las com detergente e água para diminuir as possibilidades de contaminação biológica.	2,723
55. Por volta dos seis meses de idade para a maioria das crianças o reflexo de protrusão de língua estará ausente.	2,737
17. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação vitamina D.	2,743
65. Os alimentadores com rede/tela podem ser utilizados pelas crianças em introdução da alimentação complementar pois, além de promoverem a autonomia alimentar da criança, protegem contra o risco de engasgos.	2,772
63. A alimentação complementar deve ser ofertada em copos com tampa ou bico, no caso dos líquidos.	2,783
31. A carne de porco deve ser adicionada às papas principais apenas após 12 meses de idade.	2,828
33. Aos seis meses de idade, a quantidade mínima de água para beber que deve ser ofertada para a criança é de aproximadamente 700ml/dia.	2,859
32. É contra-indicada a dieta vegetariana para crianças na fase de introdução de alimentação complementar.	3,137
46. É obrigatório manter um intervalo regular de cerca de 2 a 3 horas entre as refeições da criança	3,287
20. Para crianças que recebem fórmula infantil, é necessário realizar a suplementação de ferro e vitamina A.	3,378
59. Aos seis meses de idade a maioria das crianças não teve a primeira erupção dentária.	3,396
16. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação de ferro e de vitamina A.	3,416
5. É muito comum que alguns alimentos consumidos pela mãe sejam responsáveis pelas cólicas dos bebês e, por isso, é recomendada a sua exclusão da dieta materna.	3,419
86. As oleaginosas, como castanhas e nozes, devem ser ofertadas à criança apenas após os dois anos de idade.	3,437
57. Quando há necessidade de introdução da alimentação complementar aos quatro meses de idade, a composição e a consistência das papas devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente.	3,439
7. Em qualquer situação, a amamentação cruzada (prática em que a criança é amamentada por outra lactante que não a própria mãe) é contra-indicada.	3,454
18. Considerando que após os seis meses de vida somente o leite materno não é capaz de suprir as necessidades de ferro da criança, é importante ofertar vísceras e miúdos (por exemplo, fígado, coração e moela) no mínimo uma vez por semana para os bebês.	3,490

Tabela 3. Frequência de concordância ou discordância total segundo o item pesquisado. Brasil, 2018

Item	Frequência
Concordância total	
72. Os pais ou cuidadores devem ser estimulados a adotarem hábitos alimentares saudáveis, já que as crianças aprendem por imitação.	96,5%
80. Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.	96,0%
82. Para evitar que o armazenamento esteja acontecendo de forma inadequada, deve-se sempre certificar-se de que o refrigerador está sendo mantido fechado e que a porta do refrigerador apresenta boas condições de vedação.	94,9%
50. Os alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) não devem ser oferecidos para a criança porque, além de conterem aditivos, conservantes artificiais e altos teores de sal, tiram o apetite da criança e competem com alimentos saudáveis.	91,0%
77. As carnes devem ser oferecidas sempre muito bem cozidas, sem sangue aparente.	90,1%
71. Se a criança recusar determinado alimento, deve-se insistir na sua oferta, em outras oportunidades, em diferentes refeições ou com variadas formas de apresentação, para estimular que a criança o aceite.	89,6%
47. Até completar um ano de vida não devem ser ofertados para a criança café, chás, mate, enlatados e refrigerantes.	86,1%
49. A oferta de alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade e câncer na idade adulta.	85,0%
12. A pega inadequada durante mamada pode levar ao desmame precoce devido a lesões mamilares.	83,7%
76. A oferta de mel é totalmente contra-indicada no primeiro ano de vida.	80,9%
19. Para aumentar a absorção do ferro é importante incentivar o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto ou logo após a refeição da criança.	80,6%
Discordância total	
11. Existem mães que possuem leite fraco ou insuficiente para satisfazer as necessidades nutricionais do bebê.	86,4%
51. Até os seis meses de idade as crianças amamentadas com leite materno podem receber, eventualmente ou quando a mãe não está presente, oferta complementar de água ou outros líquidos não adoçados com açúcar ou qualquer produto artificial.	80,7%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o contexto epidemiológico, alimentar e nutricional atual, em que crianças brasileiras com idades muito precoces já experimentam o excesso de peso e a obesidade, em que o consumo alimentar infantil é caracterizado pela baixa qualidade nutricional e pouca diversidade de alimentos, em que carências nutricionais específicas ainda permanecem com alta prevalência, a hipótese inicial deste estudo era de que haveria lacunas de conhecimento entre profissionais de saúde.

De fato, esses profissionais ainda apresentam muitas dúvidas em relação a determinadas temáticas e, por isso, é preciso revisitar e atualizar constantemente os materiais disponibilizados aos profissionais de saúde, com atenção especial aos tópicos ainda aqui identificados como lacunas de conhecimento ou como omissos nas recomendações oficiais.

Em consonância com a necessidade de adoção de estratégias para enfrentamento deste problema, algumas ações realizadas pelo poder público já podem ser pontuadas. Uma delas corresponde ao processo de revisão e atualização da publicação “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, 2013), previsto para ser lançado no início de 2019, com o nome de Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos de Idade.

Elaborado em processo participativo, incluiu chamada pública para seleção de receitas saudáveis, de forma a valorizar a culinária das diferentes regiões brasileiras, oficinas de revisão com pesquisadores e especialistas e, ainda, uma consulta pública para que qualquer cidadão pudesse conhecer e contribuir com a versão preliminar do documento.

Este novo Guia traz recomendações e novos parâmetros sobre a alimentação da criança nos dois primeiros anos de vida, adotando-se os princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira, revisado e publicado em 2014 (Brasil, 2014). Importante salientar que algumas temáticas não mencionadas na edição anterior estão disponíveis, como o estímulo ao consumo de alimentos livres de agrotóxicos, a contraindicação do aleitamento materno cruzado e a adequação da oferta de hortaliças cruas (Brasil, 2018b).

Além desta ação do MS, é importante destacar que o Departamento de Nutrologia da SBP vem lançando e publicando em seu *site*, documentos científicos com consensos e

diretrizes de assuntos específicos, como alergia alimentar infantil e dieta vegetariana na infância (SBP, 2017; 2018).

Em relação às limitações do estudo, por ter sido utilizada a metodologia do tipo bola de neve para seleção e recrutamento da amostra, tem-se como limitação o viés de seleção e recrutamento. Além disso, a utilização desta metodologia não garante representatividade da amostra e, somado a isso, não foram selecionadas todas as categorias profissionais que atuam no contexto da promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável reconhecendo-se, portanto, que as conclusões deste estudo não podem ser generalizadas para todos os profissionais de saúde do Brasil.

Outra limitação diz respeito à estrutura do instrumento de coleta de dados que, por ser demasiadamente longo, gerou desistência por parte dos respondentes. Porém, ressalta-se que as autoras optaram por manter todos os itens do questionário, tendo em vista a importância dos temas trabalhados no contexto da nutrição e saúde infantil.

Por fim, entende-se que o processo de disponibilização de informações e de atualização dos profissionais de saúde é necessário e contínuo. Esta pesquisa buscou identificar temáticas relevantes no âmbito da amamentação e da alimentação complementar e como os profissionais as vislumbram na sua prática diária, identificando lacunas de conhecimento.

Estudos como este são importantes ferramentas de avaliação e monitoramento de demandas de conhecimento muitas vezes não identificadas facilmente por aqueles que elaboram os materiais de apoio a estes profissionais na esfera da gestão. Claramente, a apropriação do conhecimento pelos profissionais não garantirá que este seja transmitido adequadamente à população e menos ainda que se transforme em prática cotidiana, mas é um primeiro e grande passo de uma longa e desafiadora jornada que é a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anastasi A. Testes psicológicos. São Paulo: EPU/EDUSP. 1977.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA): Relatório de atividades de 2010. Gerência Geral de Toxicologia. AVISA, 2011.

Anderson GH, Zlotkin SH. Developing and implementing food-based dietary guidance for fat in the diets of children. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72: 1404-9.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

Atkinson R, Flint J. Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies, *Social Research Update*, Vol. 33, pp. 1-5, 2001.

Azemati B, Heshmat R, Sanaei M, Salehi F, Sadeghi F, Ghaderpanahi M, Mirarefin M, Abdollahi Z, Hemami MR, Larijani B. Nutritional knowledge, attitude and practice of Iranian households and primary health care staff: NUTRIKAP Survey. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2013, 12:12

Badran IG. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. *East Mediterr Health J* 1995;1:S8-16.

Baltar F, Brunet I. Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, Vol. 22 Issue 1, pp.57-74, 2012.

Barbosa RMS, Salles-Costa R, Soares EA. Guias alimentares para crianças: aspectos históricos e evolução. *Rev. Nutr.*, Campinas, 19(2):255-263, mar./abr., 2006.

Bezerra TCA, Falcão MLP, de Goes PSA, Felisberto E. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 445-472, maio/ago. 2016.

Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica.* 2017;51:108.

Boog, MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. Revista Ciência e Saúde, v. 1, n. 1, p. 33-42, jan/jun. Porto Alegre, 2008.

Borigato VM, Martines FE. Conteúdo de ferro na dieta do lactente cozida em panela de ferro. Jornal de Pediatria - Vol. 71, Nº2, 1995.

Borrego LM, Fonseca JA, Pereira AM, Pinto VR, Linhares D, Morais-Almeida M. Development process and cognitive testing of CARATkids - Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test for children. Ver Port Imunoalergologia. 2014, V.22, 183-193.

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

Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(11):2413-2424, nov, 2015.

Brasil RFG, Moreira MMC, Tele LMR, Damasceno AKC, Moura ERF. Grau de conhecimento, atitudes e práticas de puérperas sobre a infecção por HIV e sua prevenção. Acta Paul Enferm. 2014; 27(2):133-7

Brasil. Lei nº 7498 de 25 de junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

Brasil. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. 152 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS de 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Capítulo 10: Amamentação e alimentação infantil. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília - DF. 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS de 2006. Dimensões do Processo

Reprodutivo e da Saúde da Criança. Capítulo 13: Micronutrientes. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília - DF. 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS de 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Capítulo 11: Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília - DF. 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

Brasil. Ministério da Saúde; Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (Brasil). ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável: caderno do tutor. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; n. 23. 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, 2015b.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública nº 4 de 3 de julho de 2018. Diário Oficial da União. 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos/ Versão para consulta pública. Brasília, junho/julho, 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS. Disponível em <http://redehumanizasus.net/>. Acesso realizado em setembro de 2018.

Bhutta CB. Not by the book: Facebook as a sampling frame. *Sociological Methods & Research* 41(1) 57–88, 2009.

Carvalho FS, Van Laer NM, Sachs A, de Salvo VLMA, Coelho LC, dos Santos GMS, Akutsu RC, Asakura L. Desenvolvimento e pré-teste de um questionário de frequência alimentar para graduandos. *Rev. Nutr., Campinas*, 23(5):847-857, set./out., 2010.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 334/2004. Código de Ética do Nutricionista. Brasília, 2004.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 600/2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referências por área de atuação e dá outras providências. Brasília, 2018.

Cunha AJDA, Leite AJM, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J)*. 2015; 91:S44 – 51.

Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Revista Gestão Organizacional*, Vol. 6 - Edição especial, 2013.

Dantas ST, Saron ES, Dantas FBH, Yamashita DM, Kiyataka PHM. Determinação da dissolução de alumínio durante cozimento de alimentos em panelas de alumínio. *Ciênc. Tecnol. Aliment.*, Campinas, 27(2): 291-297, abr.-jun. 2007.

De Henauw S, Gottrand F, De Bordeaudhuij I, Gonzalez- Gross M, Leclercq C, Kafatos A. Nutrition status of lifestyles of adolescents from a public health perspective. The HELENA Project – Healthy lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence. *J Public Health*. 2007; 15(3): 187-97.

Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição*. 2010; 23(3):475-86.

Enes CC, Slater B. Dietary intake of adolescents compared with the Brazilian Food Guide and their differences according to anthropometric data and physical activity. *Rev Bras Epidemiol*. Oct-Dec 2015; 18(4): 798-808.

Ferrari GLM, Araújo TL, Oliveira LC, Matsudo V e Fisberg M. Association between electronic equipment in the bedroom and sedentary lifestyle, physical activity, and body mass index of children. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(6):574-582.

Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr*. 2000; 76 (Supl.3):S253-62.

Golley RK, Hendrie GA, McNaughton SA. Scores on the dietary guideline index for children and adolescents are associated with nutrient intake and socio-economic position but not adiposity. *J Nutr* 2011; 141(7): 1340-7.

Gonçalves VLM, Leite MMJ. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. *Rev Bras Enferm* 2005 set-out; 58(5):563-7.

Harris S, Black R, Harvey AG. Dietary guidelines: past experience and new approaches. *Am J Diet Assoc*. 2003; 103: 3-4.

Jesus PC, Oliveira MIC, Moraes JR. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1):311-320, 2017.

Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. Vol.22, n. 140, p. 44-53, 1932.

Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB e Taddei AAC. Formação de hábitos alimentares e promoção da saúde e nutrição: o papel do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Rev. APS*. 2015 abr/jun; 18(2): 248 - 255.

Marconi MA, Lakatos EM. *Técnicas de pesquisa*. 3 ed. São Paulo: Atlas. 1996.

Maynard M, Gunnell D, Emmett P, Frankel S, Smith GD. Fruits, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(3): 218-25.

Moura MS, Moura LFAD, Mendes RF. Dental caries in children under five years old in Teresina-PI. *RevOdontol UNESP*. 2010; 39(3): 143-149

Niemeier HM, Raynor HA, Lloyd-Richardson EE, Rogers ML, Wing RR. Fast food consumption and breakfast skipping: predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *J Adolesc Health* 2006; 39(6): 842-9.

Nunes LM, Vigo A, Oliveira LD, Giugliani RRJ. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(6):e00205615.

Oliveira JM, Castro IRRD, Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Assessing complementary feeding practices in the first two years of life: a proposal for indicators and a monitoring tool. *Cadernos de SaudePublica*, 31(2), 377-394, 2015.

Oliveira, SI; Oliveira, KSN. Perspectivas em educação alimentar e nutricional. *Psicol. USP* 2008;19(4):495-504.

Peña M. Guias de Alimentación en América Latina. In: *Anais do I Workshop Instituto Danone. Alimentação equilibrada para a população brasileira*. Florianópolis: Instituto Danone; 1998. p.31-43.

Quintaes KD, Amaya-Farfan J, Tomazini FM, Morgano MA, Mantovani DMB. Migração de minerais de panelas brasileiras de aço inoxidável, ferro fundido e pedra-sabão (esteatito) para simulantes de alimentos. *Ciênc. Tecnol. Aliment.*, Campinas, 24(3): 397-402, jul.-set. 2004

Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e pré-escolar: uma revisão crítica. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*, 80(5), 199-210, 2004.

Santos, LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas Contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2):453-462, 2012.

Shonkoff JP, Bales SN. Science does not speak for itself: translating child development research for the public and its policy makers. *Child Dev.* 2011;82:17 – 32.

Silva ABO, Matheus RF, Parreiras FS, Parreiras TAS. Social network analysis as a method to support the debates about the information science and its interdisciplinary nature. *Cilnf* 2006;35(1):72-93.

Silva, Gabriela Bioni e. Efetividade de uma intervenção educativa em alimentação Complementar sobre o conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano/ Gabriela Bioni e Silva. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. 2014.

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

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de atualização: a alimentação complementar e o método BLW (*Baby Led-Weaning*). Departamento Científico de Nutrologia. Maio, 2017.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Vegetarianismo na infância e adolescência. Julho, 2017.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar. Abril, 2018.

Sperandio N, Piore SE. Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2):499-508, 2017.

SPRING/USAID. United States Agency for International Development - Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally Project. The KAP survey model (knowledge, attitudes and practices), 2011.

Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, v. 387, Jan 30, 2016.

Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grehi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(8):1695-1707, ago, 2014.

Von Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS, Leal MC. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(4):e00038516.

WHO. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO, 2003.

WHO. World Health Organization. FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO/WHO Technical Consultation on National Food Based Dietary Guidelines: Cairo, Egypt. 6-9 December 2004. 2006.

WHO. World Health Organization. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO/HTM/STB/2008.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário

Amamentação e alimentação complementar: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde

Bloco 1 - Identificação Profissional

* 2. Qual é o seu sexo/gênero?

- Feminino
 Masculino

* 3. Como você se classifica em relação à sua raça/cor?

- Amarelo/a
 Branco/a
 Indígena
 Pardo/a
 Preto/a
 Não sei

* 4. Qual é a sua data de nascimento?

Data / /

5. Qual é a sua renda mensal? (informe a renda líquida em reais)

* 6. Qual é a sua categoria profissional?

- Aposentado
 Enfermeiro(a)
 Estudante de graduação
 Farmacêutico(a)
 Fisioterapeuta
 Médico(a)
 Nutricionista

- Odontólogo(a)
- Psicólogo(a)
- Terapeuta Ocupacional
- Outra (especifique)

* 7. Em qual tipo de instituição realizou a graduação?

- Privada
- Pública

* 8. Qual é a UF de localização da Instituição de Ensino Superior em que realizou a graduação?

* 9. Em que ano em concluiu a graduação?

* 10. Qual é o seu maior grau de instrução acadêmica?

- Graduação
- Especialização ou Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

* 11. Qual é o local onde trabalha atualmente? (é possível marcar mais de uma alternativa)

- Centro de Saúde, Unidade Básica de Saúde ou Clínica de Saúde da Família
- Consultório particular
- Creche ou Escola
- Hospital particular
- Hospital público ou Hospital Universitário
- Unidade de Alimentação e Nutrição
- Universidade particular
- Universidade pública
- Outro (especifique)

* 12. Qual é a Unidade da Federação de sua atuação?

Amamentação e alimentação complementar:
conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde

Bloco 2 - Conhecimentos, Atitudes e Práticas

Quanto às afirmações abaixo, marque a opção que melhor se adequar ao seu grau de concordância.

- * 13. O desenvolvimento da capacidade de autocontrole na ingestão de alimentos ocorre mais precocemente em crianças amamentadas no peito em comparação às não amamentadas.
- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente
- * 14. Até os seis meses de idade as crianças amamentadas com leite materno podem receber, eventualmente ou quando a mãe não está presente, oferta complementar de água ou outros líquidos não adoçados com açúcar ou qualquer produto artificial.
- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente
- * 15. A introdução da alimentação complementar deve preferencialmente incluir alimentos regionais como, por exemplo, frutas específicas da região.
- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 16. Ao completar seis meses de idade, apenas a oferta de leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 17. Por volta dos seis meses de idade para a maioria das crianças o reflexo de protrusão de língua estará ausente.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 18. Dos quatro aos cinco meses de idade todas as crianças já conseguem sustentar a cabeça, podendo ser oferecida alimentação complementar.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 19. O óleo vegetal utilizado para a cocção dos alimentos para as crianças deve ser preferencialmente o óleo de soja ou óleo de canola.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 20. Até completar um ano de vida não devem ser ofertados para a criança café, chás, mate, enlatados e refrigerantes.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 21. No período da introdução da alimentação complementar, a adoção de horários fixos para a oferta de alimentos ajuda no processo de adaptação da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 22. A partir dos nove meses de idade a criança deve estar em esquema alimentar que contém duas papas de fruta, uma pela manhã e outra pela tarde, e duas papas principais, uma no almoço e outra no jantar.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 23. O leite de vaca e/ou outros alimentos lácteos podem ser oferecidos para a criança a partir dos seis meses de idade, exceto para bebês que possuam histórico familiar de alergia ou intolerância a este alimento.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 24. As carnes devem ser ofertadas apenas quando a criança completar sete meses de idade.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 25. O peixe não deve ser ofertado antes do primeiro ano de vida da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 26. Inicialmente, os ingredientes da papa principal podem ser ofertados misturados para melhorar a aceitação da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 27. Antes de oferecer frutas e hortaliças para crianças menores de dois anos de idade, os pais ou cuidadores devem higienizá-las com detergente e água para diminuir as possibilidades de contaminação biológica.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 28. O ovo inteiro, isto é, clara e gema, deve ser ofertado apenas após os nove meses de vida da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 29. Quando a criança estiver doente e convalescente devem ser ofertados a ela os seus alimentos preferidos, desde que saudáveis, como estratégia para a manutenção da ingestão adequada de calorias.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 30. Quando há necessidade de introdução da alimentação complementar aos quatro meses de idade, a composição e a consistência das papas devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente no peito.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 31. Desde a oferta da primeira papa principal todos os grupos alimentares devem estar presentes, ou seja, a papa deve conter alimentos do grupo dos cereais ou tubérculos, do grupo de legumes e verduras, do grupo de carnes ou ovos e, ainda, do grupo de feijões ou outras leguminosas.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 32. O glúten deve ser ofertado apenas aos doze meses de idade, já que a sua introdução antes desta idade pode aumentar os riscos do desenvolvimento de doença celíaca em crianças geneticamente predispostas.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 33. A oferta de mel é totalmente contra-indicada no primeiro ano de vida.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 34. Iogurtes naturais sem açúcar podem ser ofertados como opção de lanche para crianças a partir de seis meses de idade, mesmo que amamentadas.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 35. Considerando que as crianças têm uma preferência inata pelo sabor doce, recomenda-se que a introdução da alimentação complementar se inicie pela oferta de frutas espremidas ou sucos de frutas naturais, sem adição de açúcar, como a laranja lima e a água de coco.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 36. O leite materno ordenhado pode ser armazenado na geladeira por até 12 horas e no congelador ou freezer por no máximo 30 dias.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 37. O descongelamento do leite materno estocado pode ser realizado no forno microondas.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 38. O uso de chupeta está associado à maior frequência de candidíase oral (sapinho) e alterações respiratórias, dentais e orofaciais.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 39. Não há comprovação de que o uso de chupetas esteja associado ao desmame precoce.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 40. É muito comum que alguns alimentos consumidos pela mãe sejam responsáveis pelas cólicas dos bebês e, por isso, é recomendada a sua exclusão da dieta materna.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 41. É imprescindível adicionar sal às papas principais (almoço e jantar) que serão ofertadas aos bebês.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 42. Uma das estratégias para aumentar o valor calórico diário da dieta de crianças com baixo peso é a adição de uma pequena quantidade de óleo vegetal ou azeite às papas principais.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 43. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação de ferro e de vitamina A.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 44. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação vitamina D.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 45. Aos seis meses de idade a maioria das crianças não teve a primeira erupção dentária.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 46. É necessário que a oferta de alimentos se dê, inicialmente, na consistência liquidificada ou na forma líquida, como sucos ou sopas, a fim de facilitar a sua deglutição e garantir o aporte energético necessário para o bebê.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 47. A criança deve receber água à vontade, nos intervalos das refeições, quando não estiver mais em aleitamento materno exclusivo.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 48. No lugar de frutas podem ser oferecidos, nos lanches dos lactentes, sucos naturais não adoçados com açúcar, mel, melado ou outros adoçantes.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 49. O Baby Led-Weaning (BLW) é um método de introdução da alimentação complementar no qual as crianças são estimuladas a escolher os alimentos, dentre aqueles apresentados pelos responsáveis, e as quantidades que irão consumir.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente
- Não tenho conhecimento do método

* 50. O Baby Led-Weaning (BLW) é um método que deve ser ensinado à mãe por ser a opção mais atual e inovadora de introdução da alimentação complementar.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente
- Não tenho conhecimento do método

* 51. A carne de porco deve ser adicionada às papas principais apenas após 12 meses de idade.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 52. Os vegetais folhosos verde-escuros podem ser ofertados crus, desde as primeiras papas principais.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 53. Não é adequada a oferta de leite materno como complementação das refeições.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 54. As oleaginosas, como castanhas e nozes, devem ser ofertadas à criança apenas após os dois anos de idade.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 55. Em qualquer situação, a amamentação cruzada (prática em que a criança é amamentada por outra lactante que não a própria mãe) é contra-indicada.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 56. Os frutos do mar, como camarão e lagosta, devem ser ofertados à criança somente após dois anos de idade.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 57. O aleitamento materno noturno aumenta o risco do desenvolvimento de cáries, caso a criança tenha dentição.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 58. É contra-indicada a dieta vegetariana para crianças na fase de introdução de alimentação complementar.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 59. Alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) podem estar associados ao desenvolvimento de transtornos do comportamento em crianças, como hiperatividade e déficit de atenção.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

- * 60. A oferta de alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade e câncer na idade adulta.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 61. Segundo manuais e diretrizes brasileiras, são contra-indicações permanentes para a amamentação: doenças infecciosas não tratadas (por exemplo, tuberculose) e contaminação materna pelo vírus HIV.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 62. De acordo com manuais e diretrizes brasileiras, são contra-indicações temporárias para a amamentação: tratamento regular com medicamentos nocivos aos bebês e crianças com doenças metabólicas raras, como galactosemia e fenilcetonúria.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 63. Para as refeições de crianças menores de dois anos, recomenda-se a oferta preferencial de frutas e hortaliças orgânicas, ou seja, livres de agrotóxicos.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente

* 64. Somente a partir da erupção do primeiro dente recomenda-se higienizar a cavidade bucal do bebê.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 65. A capacidade gástrica do bebê é de cerca de 20 a 30ml/Kg de peso.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 66. Aos seis meses de idade, a quantidade mínima de água para beber que deve ser ofertada para a criança é de aproximadamente 700ml/dia.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 67. Nas primeiras papas, as leguminosas, como o feijão, a lentilha e a ervilha, devem ser liquidificadas para evitar engasgos.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

- * 68. Existem mães que possuem leite fraco ou insuficiente para satisfazer as necessidades nutricionais do bebê.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 69. Até os seis meses de idade a oferta de qualquer outro alimento pode prejudicar o bebê, pois aumenta os riscos de adoecimento por contaminação e substitui o volume do leite materno que poderia estar sendo ingerido.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 70. A pega inadequada durante mamada pode levar ao desmame precoce devido a lesões mamilares.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 71. Nos dias em que a temperatura estiver muito elevada, recomenda-se a oferta de água para os bebês de qualquer idade, inclusive para os amamentados exclusivamente.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente

* 72. A produção do leite materno depende da sucção do bebê e a sua ejeção é influenciada pelo estado emocional da mãe.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 73. Se a família tem o costume de consumir alimentos com temperos picantes, estes podem ser ofertados ao bebê, já que a introdução da alimentação complementar deve respeitar e valorizar a identidade cultural e alimentar da família.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 74. A criança deve ser estimulada a pegar os alimentos com as próprias mãos quando introduzida a alimentação complementar.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 75. Considerando que após os seis meses de vida somente o leite materno não é capaz de suprir as necessidades de ferro da criança, é importante ofertar vísceras e miúdos (por exemplo, fígado, coração e moela) no mínimo uma vez por semana para os bebês.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

76. A alimentação complementar deve ser ofertada em copos com tampa ou bico, no caso dos líquidos.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

77. Para aumentar a absorção do ferro é importante incentivar o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto ou logo após a refeição da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

78. Na introdução da alimentação complementar, o alimento deve ser ofertado amassado, desfiado, triturado ou picado em pequenos pedaços, dependendo do grau de desenvolvimento da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 79. A utilização do liquidificador ou da peneira para a oferta da alimentação complementar é totalmente contra-indicada.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 80. A oferta de um volume maior de alimentos do que a capacidade gástrica da criança pode resultar na recusa de parte da alimentação ou do leite materno.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 81. Horários muito rígidos para a oferta de alimentos podem diminuir a capacidade da criança de distinguir as sensações de fome e saciedade.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 82. É obrigatório manter um intervalo regular de cerca de 2 a 3 horas entre as refeições da criança.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 83. A substituição das refeições por bebidas lácteas pode causar anemia, excesso de peso e predisposição para alergias alimentares.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 84. A oferta de alimentos favoritos ou de conforto quando a criança recusa comer uma papa principal ou de fruta pode condicionar a criança a recusas sucessivas, visando receber seu alimento preferido.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 85. Se a criança recusar determinado alimento, deve-se insistir na sua oferta, em outras oportunidades, em diferentes refeições ou com variadas formas de apresentação, para estimular que a criança o aceite.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 86. Os pais ou cuidadores devem ser estimulados a adotarem hábitos alimentares saudáveis, já que as crianças aprendem por imitação.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 87. Os alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) não devem ser oferecidos para a criança porque, além de conterem aditivos, conservantes artificiais e altos teores de sal, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos nutritivos.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 88. As carnes devem ser oferecidas sempre muito bem cozidas, sem sangue aparente.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 89. Sobras de alimentos no prato da criança podem ser oferecidas na próxima refeição, desde que tenham sido adequadamente acondicionados na geladeira.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 90. Mamadeiras e chuquinhas apresentam alto risco de contaminação pela dificuldade para sua limpeza e higienização.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 91. Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 92. Se a criança doente e convalescente aceitar bem apenas um tipo de preparação saudável, é recomendado manter a sua oferta até que a criança se recupere.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 93. Práticas de gratificação (por exemplo, a oferta de doces após as refeições) ou o uso da televisão durante a refeição podem ser utilizados para crianças doentes e convalescentes no intuito de garantir aporte nutricional suficiente.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 94. Nos alimentos preparados, a proliferação de microrganismos pode ocorrer se eles permanecerem à temperatura ambiente ou se o refrigerador não for mantido em temperatura adequada, ou seja, abaixo de 5 graus Celsius.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 95. Para evitar que o armazenamento esteja acontecendo de forma inadequada, deve-se sempre certificar-se de que o refrigerador está sendo mantido fechado e que a porta do refrigerador apresenta boas condições de vedação.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

- * 96. Quando esgotadas as possibilidades de aleitamento materno da criança menor que quatro meses de idade, recomenda-se a utilização de fórmulas infantis ou a diluição do leite de vaca de acordo com o grupo etário.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 97. Para crianças que recebem fórmula infantil, é necessário realizar a suplementação de ferro e vitamina A.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 98. Para crianças não amamentadas no peito pode ser oferecido leite de soja.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente
- * 99. O consumo de produtos a base de soja deve ser desestimulado para crianças menores de dois anos, pois se sabe que a ingestão de fitoestrógenos provoca conseqüências sérias na saúde reprodutiva.
- Discordo completamente
 - Discordo parcialmente
 - Não discordo nem concordo
 - Concordo parcialmente
 - Concordo completamente

* 100. Os alimentadores com rede/tela podem ser utilizados pelas crianças em introdução da alimentação complementar pois, além de promoverem a autonomia alimentar da criança, protegem contra o risco de engasgos.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

* 101. Panelas de ferro e/ou alumínio são indicadas para a preparação dos alimentos complementares a serem ofertados para a criança, já que podem adicionar quantidades de minerais, como o ferro, ao alimento.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

Amamentação e alimentação complementar:
conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde

Bloco 3 - Atuação Profissional

* 102. Você realiza orientações de rotina sobre aleitamento materno e/ou alimentação complementar para indivíduos ou grupos?

- Sim
- Não

* 103. As orientações realizadas abordam qual(is) temática(s)?

- Apenas sobre aleitamento materno
- Apenas sobre alimentação complementar
- Aleitamento materno e alimentação complementar

104. Geralmente, qual é o formato de apresentação das orientações (técnica pedagógica)?

- Dinâmicas ou jogos
- Dramatizações
- Oficinas culinárias
- Orientações coletivas (ex.: sala de espera)
- Orientações individuais/consultas
- Palestras
- Rodas de conversa
- Outro (especifique)

105. Quais são os recursos utilizados na apresentação das orientações?

- Apenas a fala/voz
- Data show ou televisão (ex.: áudios, vídeos, PowerPoint)
- Materiais de papelaria (ex.: canetinhas, cartolinas, papel pardo)
- Materiais impressos (ex.: banner, cartaz, folders, lista de orientações, cadernos)
- Material elaborado pelo próprio profissional
- Materiais pedagógicos (ex.: materiais de pelúcia, plástico, tecido)
- Outro (especifique)

106. Em relação aos conteúdos abordados durante as orientações, quais dos tópicos abaixo são incorporados por você?

- A importância da amamentação para o bebê
- A importância da ordenha da mama
- A importância do aleitamento materno para a mãe
- A importância do bom posicionamento e da pega adequada
- Aproveitamento integral de alimentos
- Como deve ser feita a introdução da alimentação complementar
- Consistência da alimentação complementar
- Dieta vegetariana para crianças menores de dois anos
- Duração do aleitamento materno (exclusivo e complementado)
- Leite de vaca e fórmulas infantis
- Métodos alternativos de introdução da alimentação complementar
- Oferta de alimentos orgânicos para crianças menores de dois anos
- Problemas do uso de bicos e chupetas
- Quando iniciar a alimentação complementar
- Reconhecendo quando o bebê está recebendo leite suficiente
- Riscos da alimentação artificial
- Outro (especifique)

107. Nos últimos 3 meses, você planejou ou realizou atividades sobre aleitamento materno e/ou alimentação complementar em conjunto com outros profissionais de saúde?

- Sim
- Não

108. Com qual profissional de saúde você planejou ou realizou atividades em conjunto?

- Enfermeiro/a
- Médico/a Pediatra
- Nutricionista
- Outro (especifique)

109. Nos últimos 3 meses, você utilizou algum material educativo como referencial de conhecimento para o planejamento ou a realização de atividades ou orientações sobre aleitamento materno e/ou alimentação complementar?

- Sim
- Não

* 110. Que tipo de material educativo foi utilizado como referencial de conhecimento?

- Publicação oficial (ex.: manuais, guias, cadernos)
- Revistas Científicas
- Sites e/ou blogs de alimentação e saúde
- Outro (especifique)

* 111. Qual publicação oficial foi utilizada como referencial de conhecimento?

- Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria
- Guia alimentar para crianças menores de dois anos
- Caderno de Atenção Básica nº 23
- Outro (especifique)

* 112. Nos últimos 3 meses, você participou de algum evento para atualização ou aprofundamento na temática de amamentação e/ou alimentação complementar?

Sim

Não

* 113. Qual foi o tipo de evento que você participou?

Congresso científico

Curso de curta duração

Encontro

Palestra

Roda de conversa

Seminário

Simpósio

Outro (especifique)

* 114. Você já participou de algum(uns) dos seguintes cursos de formação ou oficinas de trabalho?

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)

Rede Amamenta Brasil

Nenhum

* 115. Você já realizou algum curso de atualização ou capacitação/aperfeiçoamento em alguma(s) das seguintes áreas?

Aleitamento Materno

Alimentação Complementar

Educação em Saúde

Informação e Comunicação em Saúde

Nutrição em Pediatria

Psicologia aplicada à Saúde

Técnicas de Aconselhamento em Saúde

Nenhum

Bloco 4 - Comunicação

Quanto às afirmações abaixo, marque a opção que melhor se adequar ao seu grau de concordância.

116. Os profissionais de saúde devem ser capazes de fazer mais do que apenas fornecer informações e uma boa abordagem requer que o profissional aceite e concorde com aquilo que o paciente e/ou seus acompanhantes sentem ou pensam a respeito da alimentação.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

117. Durante o atendimento, o profissional de saúde deve atentar-se apenas para a comunicação verbal, assegurando-se de que as informações estejam corretas e adequadas para cada caso.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

118. Uma boa estratégia de comunicação durante o atendimento é fazer perguntas fechadas e direcionadas, pois perguntas abertas estimulam a conversa, incentivando os pais ou cuidadores a fornecerem mais informações do que o necessário.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

119. É essencial que o profissional de saúde demonstre empatia e interesse no que é dito pelos pais ou cuidadores da criança, devendo-se evitar palavras que envolvam julgamento, como "certo" ou "errado", pois alguns comentários podem levar à inferência de que existe um único padrão de alimentação para o bebê, o que não é verdade.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

120. Quando fizer as orientações sobre amamentação e alimentação complementar, o profissional de saúde deve sempre falar em uma linguagem clara e adequada, não exagerando na quantidade de informações fornecidas e dando sugestões ao invés de ordens.

- Discordo completamente
- Discordo parcialmente
- Não discordo nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo completamente

Amamentação e alimentação complementar:
conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde

O questionário foi finalizado e suas respostas foram salvas.

Agradecemos a sua disponibilidade e, principalmente, a sua colaboração com esta pesquisa!

Amamentação e Alimentação Complementar: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde.

*Obrigatório

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Avaliador(a),

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da etapa de aperfeiçoamento do instrumento de pesquisa do projeto “Amamentação e alimentação complementar: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Muriel Bauermann Gubert e Bruna dos Santos Nunes. Este projeto, que corresponde a uma pesquisa de mestrado, tem como objetivo avaliar conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno e à introdução da alimentação complementar.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. A sua participação corresponderá à etapa de aperfeiçoamento do instrumento de coleta de dados desta pesquisa, na qual o(a) senhor(a) receberá, em sua caixa eletrônica, uma versão preliminar de um questionário online para sua apreciação do instrumento quanto ao seu conteúdo, estrutura e linguagem. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os riscos relacionados à sua participação consistem na possibilidade de constrangimento e/ou desconforto ao responder algum item do instrumento de pesquisa. Contudo, com vistas a minimizá-los, informamos que o seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a) e, ainda, que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão do questionário, podendo, inclusive, desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para a formulação e revisão de diretrizes de políticas de amamentação e alimentação complementar e para um aprimoramento nos processos de formação e educação continuada de profissionais de saúde.

Será garantido o ressarcimento de despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa e caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil, conforme Resolução CNS nº 466/2012. Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos científicos. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Por fim, se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com Bruna dos Santos Nunes ou com a coordenadora da pesquisa, Muriel Bauermann Gubert, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, através dos endereços de email brunadsn@hotmail.com e muriel@unb.br ou, ainda, dos telefones (61) 98123-9710 e (61) 98223-0258, disponíveis inclusive para ligações a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h00 às 12h00 e de 13h30 às 15h30, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, marque a opção referente a "Eu concordo em participar deste estudo".

A concordância equivale à assinatura deste Termo. *

Eu concordo em participar deste estudo.

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado para Participantes do Estudo Piloto e da Pesquisa.

**Amamentação e alimentação complementar:
conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar do projeto de pesquisa "Amamentação e alimentação complementar: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde", sob a responsabilidade das pesquisadoras Muriel Bauermann Gubert e Bruna dos Santos Nunes. Este projeto, que corresponde a uma pesquisa de mestrado, tem como objetivo avaliar conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno e à introdução da alimentação complementar.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, sendo a sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. A sua participação se dará através do preenchimento de um questionário autoaplicado via internet, com tempo estimado de 30 minutos.

Os riscos relacionados à sua participação consistem na possibilidade de constrangimento e/ou desconforto ao responder algum item do instrumento de pesquisa. Contudo, com vistas a minimizá-los, informamos que o seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a) e, ainda, que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão do questionário, podendo, inclusive, desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para a formulação e revisão de diretrizes de políticas de amamentação e alimentação complementar e para um aprimoramento nos processos de formação e educação continuada de profissionais de saúde.

Será garantido o ressarcimento de despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa e caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil, conforme Resolução CNS nº 466/2012.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos científicos. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Por fim, se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com Bruna dos Santos Nunes ou com a coordenadora da pesquisa, Muriel Bauermann Gubert, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, através dos endereços de email brunadsn@hotmail.com e muriel@unb.br ou, ainda, dos telefones (61) 98123-9710 e (61) 98223-0258, disponíveis inclusive para ligações a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h00 às 12h00 e de 13h30 às 15h30, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, marque a opção referente a "Eu concordo em participar deste estudo". A concordância equivale à assinatura deste termo.

*** 1. Você concorda em participar deste estudo?**

Eu concordo em participar deste estudo

Apêndice 4 – Quadro 2

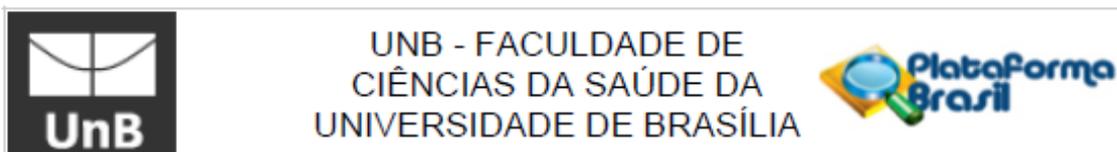
Quadro 2. Apresentação dos trechos nos quais divergências de recomendações foram encontradas e indicação da localização no respectivo material consultado.

Identificação e redação do item	
Fonte	Texto
14. Quando esgotadas as possibilidades de aleitamento materno da criança menor que quatro meses de idade, recomenda-se a utilização de fórmulas infantis ou a diluição do leite de vaca de acordo com o grupo etário.	
A Página 35 Página 41	<i>“É importante reforçar que o leite de vaca integral fluido ou em pó não é recomendado para criança menor de um ano. Diante da impossibilidade de impedir a utilização deste alimento (leite de vaca) para o lactente, o profissional de saúde deve orientar a mão quanto aos procedimentos a seguir, que incluem a diluição adequada para a idade, a correção da deficiência de ácido linoléico com óleo nos primeiros quatro meses e a suplementação com vitamina C e ferro”</i> <i>“Para crianças maiores de quatro meses totalmente desmamadas, se recomenda a oferta de leite de vaca (ou outro) na forma pura ou adicionado de fruta.”</i>
D Página 33	<i>“O leite de vaca (in natura, integral, em pó ou fluido), por não contemplar as características da fórmula infantil, não é considerado alimento apropriado para crianças menores de 1 ano”</i>
15. É imprescindível adicionar sal às papas principais (almoço e jantar) que serão ofertadas aos bebês.	
A Página 28	<i>“O sal iodado, além de fornecer o iodo, é importante para que a criança se adapte à alimentação da família, porém seu uso deve ser moderado e restrito àquele adicionado às papas salgadas”</i>
D Página 27	<i>“O sal não deve ser adicionado às papas, sendo suficiente o conteúdo de sódio intrínseco aos alimentos utilizados no preparo”</i>
26. Inicialmente, os ingredientes da papa principal podem ser ofertados misturados para melhorar a aceitação da criança.	
A Página 17 Página 27	<i>“Destaca-se que no início da introdução dos alimentos complementares, as preparações “básicas” como arroz, tubérculos, feijão, legumes, verduras, carnes e ovos sejam oferecidas separadas no prato da criança, pois a criança precisa conhecer os novos sabores e texturas dos alimentos”</i> <i>“No primeiro ano de vida não se recomenda que os alimentos sejam muito misturados, porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas dos alimentos.”</i>
D Página 30	<i>“Nas primeiras papas, pode-se misturar os componentes para facilitar a aceitação do lactente. À medida que ele vai aceitando a alimentação pastosa, sugere-se separar os alimentos, amassá-los com garfo e oferecê-los individualmente para que o lactente aprenda a desenvolver preferências e paladares diversos”</i>
37. A partir dos nove meses de idade a criança deve estar em esquema alimentar que contém duas papas de fruta, uma pela manhã e outra pela tarde, e duas papas principais, uma no almoço e outra no jantar.	
A Página 20	<i>“Esquema alimentar ao completar 8 meses de idade: Leite materno sob livre demanda, papa de fruta, papa salgada, papa de fruta e papa salgada.”</i>
D Página 29	<i>“Dos 6 aos 11 meses, a criança amamentada estará recebendo três refeições com alimentos complementares ao dia (duas papas principais e uma de frutas).(...) A partir dos 12 meses, acrescentar às três refeições mais dois lanches ao dia, com fruta ou leite”</i>
38. Considerando que as crianças têm uma preferência inata pelo sabor doce, recomenda-se que a introdução da alimentação complementar se inicie pela oferta de frutas espremidas ou sucos de frutas naturais, sem adição de açúcar, como a laranja lima e a água de coco.	
A Página 26	<i>“As frutas devem ser oferecidas in natura, amassadas, ao invés de sucos.”</i>
D	<i>“As frutas in natura, preferencialmente sob a forma de papa, devem ser oferecidas nesta idade,</i>

Página 28 Página 40	<p><i>amassadas, sempre em colheradas, ou espremidas”</i></p> <p><i>“Os sucos naturais devem ser evitados, mas se forem administrados que sejam dados no copo, de preferência após as refeições principais, e não em substituição a estas”</i></p> <p><i>“Respeitando-se o período de aleitamento materno exclusivo, deve-se estimular o com sumo de água potável, frutas e sucos naturais (limitar a 100mL/dia)”</i></p>
<p>57. Quando há necessidade de introdução da alimentação complementar aos quatro meses de idade, a composição e a consistência das papas devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente.</p>	
A Página 37	<p><i>“Caso a criança não esteja mais sendo alimentada ao peito, oferecer quatro refeições diárias, além de duas refeições lácteas, a partir dos 4 meses de vida: duas refeições básicas (almoço e jantar) e duas frutas, além do leite sem adição de açúcar. A composição das papas, forma de introdução e consistência deve seguir as orientações contidas nos passos deste material.”</i></p>
D Página 28 Página 32	<p><i>“A introdução de grande variedade de alimentos sólidos por volta de 3 a 4 meses de vida parece elevar o risco de eczema atópico e de alergia alimentar”</i></p> <p><i>“Para as crianças que usam fórmulas infantis, a introdução de alimentos não lácteos deverá seguir o mesmo padrão preconizado para aquelas que estão em aleitamento materno exclusivo (a partir dos 6 meses)”</i></p>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer de Aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB).



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Amamentação e alimentação complementar: conhecimentos, atitudes e práticas do nutricionista e do pediatra.

Pesquisador: MURIEL BAUERMANN GUBERT

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66063316.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.232.437

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Anexo 2 – Comprovante de submissão do artigo científico.

Assunto **Successfully received: submission Lacunas e conhecimentos consolidados sobre amamentação e alimentação complementar entre profissionais de saúde no Brasil for Jornal de Pediatria**

De Jornal de Pediatria <EvisSupport@elsevier.com>

Para <brunan@unb.br>

Responder para <jped@elsevier.com>

Data 2018-08-19 19:09



This message was sent automatically. Please do not reply.

Ref: JPED_2018_847

Title: Lacunas e conhecimentos consolidados sobre amamentação e alimentação complementar entre profissionais de saúde no Brasil

Journal: Jornal de Pediatria

Dear Miss. Nunes,

Thank you for submitting your manuscript for consideration for publication in Jornal de Pediatria. Your submission was received in good order.

To track the status of your manuscript, please log into EVISE® at:

http://www.evise.com/evise/faces/pages/navigation/NavController.jspx?JRNL_ACR=JPED and locate your submission under the header 'My Submissions with Journal' on your 'My Author Tasks' view.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Jornal de Pediatria

Have questions or need assistance?

For further assistance, please visit our [Customer Support](#) site. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about EVISE® via interactive tutorials. You can also talk 24/5 to our customer support team by phone and 24/7 by live chat and email.

Copyright © 2018 Elsevier B.V. | [Privacy Policy](#)

Elsevier B.V., Radarweg 29, 1043 NX Amsterdam, The Netherlands, Reg. No. 33156677.