

O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar em Pelotas, RS, Brasil

The community health worker as interlocutor in complementary feeding in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil

Francine Silva dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-6077-269X>)¹

Gicele Costa Mintem (<http://orcid.org/0000-0002-9321-2330>)¹

Denise Petrucci Gigante (<https://orcid.org/0000-0001-7309-5838>)¹

Abstract *This paper evaluates the knowledge of community health workers in complementary feeding and their association with sociodemographic characteristics, work routines and describes the resources available in primary care facilities to master this topic. We applied questionnaires to the responsible for health services and to community health workers, the latter consisting of a knowledge test that allowed the calculation of scores according to the number of correct answers in multiple-choice questions. There was a positive association with age, length of service, home visits to children under 24 months, providing guidance or seeking information about complementary feeding with the knowledge in feeding in the first 24 months of life. There were discrepant responses by health services and the community health workers regarding training, government materials and child growth monitoring. Greater mastery was noted in breastfeeding in relation to complementary feeding. Therefore, primary care facilities should provide support and resources to increase knowledge in complementary feeding through training and access to government materials.*

Key words *Infant nutrition, Community health workers, Family health strategy, Child health services*

Resumo *Este artigo avalia o conhecimento dos agentes comunitários de saúde em alimentação complementar e sua associação com características sociodemográficas, rotinas de trabalho e descreve os recursos disponíveis nas unidades básicas de saúde para que tenham domínio neste tema. Foi aplicado um questionário ao responsável do serviço de saúde e outro aos agentes comunitários de saúde, este último composto pelo teste de conhecimento que permitiu o cálculo de escores conforme o número de acertos em questões de múltipla escolha. Houve associação positiva com idade, tempo de profissão, visitas domiciliares a crianças com até 24 meses, realizar orientações e buscar informações sobre alimentação complementar com o conhecimento em alimentação nos primeiros 24 meses de vida. Evidenciou-se desacordo entre as respostas do serviço de saúde e dos agentes comunitários de saúde quanto a treinamentos, materiais governamentais e acompanhamento do crescimento infantil. Verificou-se maior domínio em aleitamento materno em relação à alimentação complementar, portanto, a unidade básica de saúde deve oferecer respaldo e recursos que ampliem o conhecimento em alimentação complementar, mediante treinamentos e acesso facilitado aos materiais governamentais.*

Palavras-chave *Nutrição do lactente, Agentes comunitários de saúde, Estratégia saúde da família, Serviços de saúde da criança*

¹ Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas. R. Gomes Carneiro 1, Centro. 96010-610 Pelotas RS Brasil. denise@ufpel.edu.br

Introdução

A alimentação é um direito humano fundamental por representar a base para sobrevivência¹ e ser fator essencial para proporcionar plenamente o crescimento, a saúde e o desenvolvimento durante a infância². Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão intensamente relacionadas à morbimortalidade de crianças³⁻⁵. De acordo com as recomendações, o aleitamento materno deve ser exclusivo no primeiro semestre e a introdução de alimentos iniciada a partir de seis meses, complementando o leite materno⁶.

Estima-se que ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável podem reduzir até 13% e 6%, respectivamente, a ocorrência de mortes em crianças menores de cinco anos no mundo⁷. Estudos demonstram que campanhas de promoção do aleitamento materno têm apresentado resultados positivos ao longo das últimas décadas^{5,8,9}, progresso similar não é verificado com relação à alimentação complementar em nível mundial⁶. Pesquisas divulgam que a introdução de alimentos no Brasil é precoce e de baixa qualidade⁸⁻¹¹. Por outro lado, alimentos com alta biodisponibilidade de ferro, extremamente necessários na alimentação complementar, são introduzidos tardiamente¹¹⁻¹³. Sendo de forma tardia ou precoce, a introdução de alimentos ocorre de forma equivocada e prejudicial à saúde da criança.

Ao encontro dessa situação, há relatos de deficiências nas orientações sobre alimentação infantil, por parte dos profissionais de saúde^{14,15}, inclusive dos agentes comunitários de saúde (ACSs) que, mesmo com a ampliação de suas atribuições, têm sua prática focada no aleitamento materno^{14,16-18} no que se refere à alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. Sendo assim, a promoção da alimentação complementar saudável vem se tornando uma prioridade das políticas públicas de alimentação e saúde¹⁹ e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que se propõe a promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde na atenção básica⁴, é uma dessas políticas de Estado.

No âmbito da atenção básica, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) existe desde o início da década de 90 e foi instituída e regulamentada em 1997²⁰. Entre as atribuições deste profissional constam: visitação às famílias no mínimo uma vez por mês, desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças

e agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e/ou coletivas²¹. A EACS é considerada uma transição para a Estratégia Saúde da Família (ESF)²² ou como uma maneira de agregar ACSs a outras formas de organização da atenção básica²¹. Nesse modelo, a promoção tem função de destaque¹⁶ tendo os ACSs como profissionais primordiais por fortalecerem a integração entre os serviços de saúde da atenção básica e a comunidade²³.

Neste contexto, o presente estudo justifica-se considerando as características e atribuições dos ACSs que fazem com que eles tenham papel fundamental na promoção da alimentação complementar saudável, envolvendo-se com a comunidade de forma prática, em linguagem simples e acessível e, ainda, por não ter sido identificado na revisão da literatura qualquer estudo no qual o conhecimento sobre alimentação complementar destes profissionais tenha sido avaliado. Para contribuir com este debate, o presente artigo objetiva avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde em alimentação complementar e sua associação com características sociodemográficas, rotinas de trabalho, além de descrever os recursos disponíveis nas unidades básicas de saúde para que tenham domínio neste tema.

Metodologia

Este é um estudo descritivo de abordagem quantitativa, com um censo dos agentes comunitários de saúde (ACSs) da zona urbana de Pelotas, situada na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Todas as unidades básicas de saúde (UBSs) urbanas do município com Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) participaram da pesquisa, totalizando 29 locais. Em apenas uma UBS havia uma equipe de EACS, enquanto em outra unidade havia duas equipes de ESF e uma de EACS. Nas demais 27 UBSs todas as equipes eram de ESF. Até outubro de 2015, havia 67 equipes da ESF e 329 ACSs cadastrados no sistema do Ministério da Saúde (MS), proporcionando cobertura estimada de 57,4% da população²⁴ de 329.435 habitantes²⁵. Os ACSs elegíveis deveriam estar em pleno exercício de suas atividades profissionais na zona urbana, portanto, excluíram-se aqueles em qualquer modalidade de licença e que atuassem na zona rural do município.

A aplicação do questionário foi conduzida de outubro de 2015 a março de 2016 nas UBSs e realizada por 24 graduandos do curso de Nutrição,

os quais foram selecionados e capacitados para aplicação do instrumento, e um nutricionista supervisor do trabalho de campo que compareceu em todos os locais, no mínimo uma vez, durante o período da coleta de dados. Na impossibilidade de encontrar o ACS na data agendada ou este estar em férias, o próprio auxiliar de pesquisa fazia novas tentativas para aplicar o questionário. Ou, em casos de recusa, o supervisor era comunicado para fazer, pelo menos, uma tentativa de reversão.

Caracterização dos ACSs

Dados sociodemográficos e relacionados à alimentação complementar (AC) na rotina de trabalho foram obtidos mediante questionário padronizado aplicado por auxiliares de pesquisa aos ACSs. As variáveis foram as seguintes: sexo; idade em anos completos; cor da pele autorreferida²⁶; tempo de profissão; escolaridade (considerando o grau mais elevado concluído); área de conhecimento para aqueles que concluíram curso técnico ou superior; realização de visita domiciliar no último mês para criança com até 24 meses e fazer orientação nestas visitas sobre AC e informação sobre AC (fontes de informação que poderiam contribuir na orientação da AC, além de treinamentos e/ou os materiais do MS). Para essas últimas questões que se referiam ao mês anterior a aplicação do instrumento foi considerado o último mês de trabalho para ACSs que retornavam das férias.

Escore de conhecimento

O desfecho para o presente estudo foi o escore de conhecimento, avaliado por um questionário autoaplicado e elaborado com base na literatura científica^{27,28}. As respostas de todas as questões estavam disponíveis em material do MS, destinado aos profissionais da atenção básica para orientação da população quanto à alimentação saudável das crianças brasileiras menores de dois anos²⁸. O instrumento continha 25 proposições, para as quais o participante deveria assinalar (*certo, errado ou não sei*) de acordo com o que considerava ser a recomendação do MS. O escore foi o produto da razão entre as questões respondidas corretamente e o número de questões, variando de 0,00 a 1,00 (0,00 – nenhum acerto e 1,00 – 25 acertos)²⁷. As afirmativas assinaladas como *não sei* foram consideradas como resposta errada no cálculo do escore. Para a descrição dos resultados, o instrumento foi dividido em dois módulos: módulo aleitamento materno, com cinco

questões e módulo alimentação complementar, com vinte questões, sendo seis sobre macro e micronutrientes e quatorze sobre saúde e comportamento que, somadas, formaram o módulo de conhecimento geral.

A fim de garantir que não ocorresse troca de informações entre os participantes ou leitura de materiais educativos, os auxiliares de pesquisa mantiveram-se presentes no local até que todos os participantes concluíssem o autopreenchimento do questionário.

Um primeiro estudo piloto foi realizado com acadêmicos do curso de Nutrição do primeiro e sexto semestre apenas com o teste de conhecimentos e um segundo, em uma UBS com ESF da zona rural do município. Análises e considerações a respeito da confiabilidade do instrumento, além das críticas e sugestões dos participantes nestes dois subestudos foram utilizadas para ajustes no teste de conhecimentos, a fim de possibilitar melhor compreensão por parte do público-alvo.

Caracterização das UBSs

O supervisor do estudo aplicou um questionário padronizado ao responsável/ profissional de nível superior da UBS no qual foram investigadas as seguintes variáveis: profissão do participante, turnos que a UBS presta atendimento à população; existência de grupo de gestantes ou de mães na UBS; abordagem sobre AC às participantes destes grupos; consultas de puericultura, existência de protocolo de atendimento sobre AC; responsabilidade pela elaboração do protocolo quando referido; presença de recursos humanos com capacitação técnica para orientar sobre AC e disponibilidade de infantômetro e balança portátil na UBS.

Informações do ACS e do responsável pela UBS

Os questionários aplicados ao ACS e ao responsável pela UBS continham perguntas com objetivos semelhantes, tais como: dificuldade na orientação sobre AC; realização de treinamento sobre AC; responsável pelo treinamento quando referido; carga horária do treinamento, tempo desde o último treinamento. Caso o participante tivesse referido mais de um treinamento foi considerada a seguinte ordem: idealizado por instituição governamental, o de maior duração ou o mais recente para cada uma das variáveis anteriormente relacionadas. Quanto aos materiais do

MS, para os ACSs verificou-se somente se sabiam da existência de qualquer um deles, não sendo questionado quanto à leitura e/ou uso frequente dos mesmos, enquanto que para o responsável da UBS foi considerada a disponibilidade de cada uma das cinco publicações que continham o tema AC²⁸⁻³². Com o intuito de facilitar a identificação do material informativo, a capa de cada um deles foi impressa e plastificada, sendo apresentadas no momento da aplicação dos questionários para ambos. Sobre o acompanhamento do crescimento infantil, questionou-se aos ACSs se aferiam o peso e comprimento das crianças com até 24 meses e aos responsáveis pela UBS se estes profissionais realizavam a tarefa descrita.

Análise estatística

Os dados coletados foram incluídos no *software* EpiData (3.1), com dupla digitação por pessoas distintas, para checagem de inconsistências na inserção dos dados, permitindo as devidas correções para obtenção do banco de dados final para análise. O pacote Stata 12.0 foi utilizado para as análises estatísticas. Medidas descritivas de frequência, média e desvio padrão são apresentadas para as variáveis contínuas e proporções para as variáveis categóricas.

O escore de conhecimento foi avaliado de forma contínua, apresentando distribuição normal, sendo assim, na análise bruta utilizou-se o teste-*t* para as associações com as variáveis independentes dicotômicas. Para estudar a associação do desfecho com as variáveis politômicas utilizou-se análise de variância (ANOVA) ou Kruskal-wallis na ausência de pressupostos para utilização de ANOVA, na identificação dos pares de médias que diferiam foram empregados Bonferroni ou Mann Whitney, respectivamente. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O consentimento informado, por escrito, foi obtido junto a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses no presente estudo.

Resultados

Caracterização dos ACSs

Dos 267 ACSs da zona urbana de Pelotas, 21 não responderam o questionário. Destes, doze estavam em licença (critério de exclusão), quatro recusaram e cinco foram consideradas perdas após mais de uma tentativa de contato, além da visita do supervisor. Assim, foram incluídos 246 participantes ou 96,6% do total de ACSs que fazem o acompanhamento da população urbana. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos ACSs, sendo cerca de 90,0% mulheres, com idade média de 36 anos e DP $\pm 8,6$ (dado não apresentado em tabela). Houve distribuição semelhante pe-

Tabela 1. Caracterização dos agentes comunitários de saúde. Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n = 246).

| Variável | N | % |
|----------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 28 | 11,4 |
| Feminino | 218 | 88,6 |
| Idade (em anos completos) | | |
| 19-29 | 74 | 30,1 |
| 30-39 | 96 | 39,0 |
| ≥ 40 | 76 | 30,9 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 175 | 71,1 |
| Preta | 52 | 21,1 |
| Parda | 19 | 7,7 |
| Tempo de profissão (meses) | | |
| < 12 | 40 | 16,3 |
| 12 – 24 | 95 | 38,6 |
| 25-59 | 78 | 31,7 |
| ≥ 60 | 33 | 13,4 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental ou médio | 137 | 55,7 |
| Curso Técnico completo | 76 | 30,9 |
| Curso Superior completo | 33 | 13,4 |
| VD para menor de 24 meses | | |
| Não | 15 | 6,1 |
| Sim | 231 | 93,9 |
| Orientação na VD* | | |
| Não | 144 | 62,3 |
| Sim | 87 | 37,7 |
| Informação sobre AC | | |
| Não | 83 | 33,7 |
| Sim | 163 | 66,3 |

VD: visita domiciliar no último mês; AC: alimentação complementar.

*Considerados os que realizaram VD no último mês (n = 231)

las categorias de idade, com predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos (39,0%). Setenta e um por cento se autodeclararam brancos e a maioria (54,9%) trabalhava há até dois anos como ACSs, sendo a média do tempo de profissão de 41,5 meses, variando de zero a 240 meses (dados não apresentados em tabela).

Quanto à escolaridade, mais da metade concluiu o ensino médio, sendo que oito completaram somente o ensino fundamental. Entre os que completaram o ensino técnico (n = 76), cerca de um terço foi na área da saúde. Em relação ao ensino superior (n = 33), aproximadamente 20,0% concluiu a graduação na área de ciências da saúde. Os cursos técnicos mais referidos foram enfermagem (23,4%) e contabilidade (19,5%), não sendo observado o mesmo em relação à graduação, cujos maiores destaques foram serviço social (18,2%) e pedagogia (15,2%) (dados não apresentados em tabela).

Ainda na Tabela 1 observa-se que, no mês anterior a aplicação do questionário, quase todos os ACSs (93,9%) realizaram visita domiciliar para as crianças menores de dois anos na sua área de abrangência. Porém, apenas pouco mais de um terço destes (37,7%) referiram ter realizado orientação sobre AC nessas visitas, enquanto que a procura por informações sobre AC foi referida por cerca de dois terços dos agentes. Essas informações poderiam ter sido obtidas tanto na mídia (45,4%) como via profissionais de saúde (46,7%) (dados não apresentados em tabela).

Escore de conhecimento

A Tabela 2 mostra que das cinco questões relacionadas à amamentação, quatro apresentaram proporção de acertos maior de 90,0%, sendo o período de duração do aleitamento materno exclusivo a segunda maior prevalência de acertos (98,0%), abaixo apenas da questão sobre higiene e manuseio adequado dos alimentos ofertados ao lactente (99,6%). Por outro lado, a maior proporção de respostas erradas foi em orientações sobre AC, como a de ofertar água entre as refeições em que apenas 17,1% dos participantes acertaram. Na Tabela 3 são apresentados os escores de conhecimento geral e para cada módulo. Em média, os participantes atingiram quase a nota sete, ou seja, apresentaram um índice de 68,0% de acertos para todas as questões do instrumento autoaplicado. Assim, a média e a mediana do escore de conhecimento foi de 0,68 (DP \pm 0,11), com amplitude de 0,20 a 0,88 acertos, apresentando distribuição normal. Ainda na

Tabela 3, podem ser observadas as médias dos escores de conhecimento em cada módulo avaliado, ressaltando-se que o módulo de aleitamento materno (AM) apresentou a maior proporção de acertos (88,0%), enquanto para alimentação complementar (AC) foi de 62,0%.

Na Tabela 4, ao analisar essas pontuações em relação às características dos ACSs, observaram-se médias maiores entre os ACSs mais velhos com diferença entre as categorias de 19-29 e 30-39 anos, que trabalham por mais tempo com diferença nas categorias de menores de 12 e 60 ou mais meses, que realizaram a visita domiciliar no último mês a um menor de 24 meses, que relataram receber informações sobre AC e fizeram orientação nos domicílios.

Embora a média do escore de conhecimento tenha sido mais elevada para as mulheres, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,05$ para o escore geral e $p=0,10$ para o escore de AC) e ter recebido treinamento teve significância estatística apenas para o escore geral ($p=0,04$).

Caracterização das UBSs

Todas as 29 UBSs elegíveis para o presente estudo foram incluídas, uma vez que nenhum responsável (ou outro profissional de nível superior, não sendo ACS) se recusou a participar. Os questionários com questões relativas ao serviço de saúde foram aplicados principalmente com enfermeiros (72,4%). A maioria das UBSs (82,8%) presta atendimento à população nos turnos da manhã e tarde.

Com relação à assistência materno-infantil todos os locais realizavam consultas de puericultura e mais da metade (51,7%) tinham grupo de gestantes ou de mães. Porém, a AC foi abordada em apenas 46,7% dos grupos daquelas UBSs. Dos serviços de saúde avaliados, 20 locais (69,0%) referiram ter protocolo para orientação da população assistida. Destes, a maioria (n = 12 ou 60,0%) era proveniente de instituições governamentais. Entretanto, em nove UBSs foi relatado que o protocolo de atenção à população assistida foi elaborado pelos profissionais de saúde do serviço. Assim, em uma das unidades na qual também foi referida a utilização de protocolo proveniente de instituição governamental, houve a elaboração própria de outro protocolo.

Quanto ao quadro de pessoal fixo de todas as UBSs, o nutricionista esteve presente em 15 delas, representando 51,7% do total, embora não tenha sido encontrada associação entre a presença deste profissional no serviço de saúde e os escores de

Tabela 2. Frequência das respostas para cada uma das vinte e cinco questões do teste de conhecimentos envolvendo agentes comunitários de saúde de Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n = 246).

| Assuntos das Questões | Frequência das alternativas por questões | | |
|--|--|------------|-----------|
| | Acertou | Errou | Não Sabia |
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1. Duração do AME | 241 (98,0) | 03 (1,2) | 02 (0,8) |
| 2. Não incluir água, chá, suco no AME | 225 (91,5) | 14 (5,7) | 07 (2,8) |
| 3. Período de introdução da AC | 222 (90,2) | 17 (6,9) | 07 (2,9) |
| 4. Duração do AM | 172 (69,9) | 52 (21,1) | 22 (9,0) |
| 5. Consumo de água entre as refeições, na AC | 42 (17,1) | 189 (76,8) | 15 (6,1) |
| 6. Introdução da AC para alimentados por fórmula | 66 (26,9) | 112 (45,5) | 68 (27,6) |
| 7. Período para introdução da alimentação da família | 134 (54,5) | 75 (30,5) | 37 (15,0) |
| 8. Período de introdução de leguminosas (feijão) | 124 (50,4) | 101 (41,1) | 21 (8,5) |
| 9. Frequência de ingestão de vísceras e miúdos | 86 (35,0) | 97 (39,4) | 63 (25,6) |
| 10. Alimentos fonte de vitamina C | 202 (82,1) | 23 (9,3) | 21 (8,6) |
| 11. Evitar alimentos líquidos para iniciar AC | 58 (23,6) | 164 (66,6) | 24 (9,8) |
| 12. Uso de liquidificador e peneira | 127 (51,6) | 92 (37,4) | 27 (11,0) |
| 13. Evitar insistir para criança ingerir toda a refeição | 178 (72,3) | 59 (24,0) | 09 (3,7) |
| 14. Variabilidade de frutas e vegetais na dieta | 230 (93,5) | 09 (3,7) | 07 (2,8) |
| 15. Alimentos fonte de ferro | 199 (80,9) | 12 (4,9) | 35 (14,2) |
| 16. Benefícios dos alimentos fonte de vitamina A | 144 (58,5) | 14 (5,7) | 88 (35,8) |
| 17. Contraindicação do mel | 134 (54,4) | 40 (16,3) | 72 (29,3) |
| 18. Alimentos não nutritivos no primeiro ano de vida | 238 (96,7) | 05 (2,0) | 03 (1,3) |
| 19. Alimentos não nutritivos e relação com doenças | 225 (91,4) | 11 (4,5) | 10 (4,1) |
| 20. Reaproveitamento das refeições | 226 (91,8) | 10 (4,1) | 10 (4,1) |
| 21. Higiene no manuseio e armazenamento adequados | 245 (99,6) | 01 (0,4) | 0 (0,0) |
| 22. Distrações (ex. TV) no momento da refeição | 191 (77,6) | 31 (12,6) | 24 (9,8) |
| 23. Quantidade de alimento ofertada a criança doente | 130 (52,8) | 77 (31,3) | 39 (15,9) |
| 24. Pode orientar refeição extra a criança convalescente | 90 (36,6) | 111 (45,1) | 45 (18,3) |
| 25. Orientações para mãe que trabalha seguir amamentação | 222 (90,2) | 10 (4,1) | 14 (5,7) |

AME: aleitamento materno exclusivo; AC: alimentação complementar e TV: televisão.

Tabela 3. Escores de acertos no teste de conhecimentos dos agentes comunitários de saúde de acordo com o módulo das questões. Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n = 246).

| Variáveis | Nº questões | Escore | IC 95% |
|---------------------------------|-------------|--------|-------------|
| Escore Geral | 25 | 0,68 | 0,66 – 0,69 |
| Módulo Aleitamento Materno | 05 | 0,88 | 0,86 – 0,90 |
| Módulo Alimentação Complementar | 20 | 0,62 | 0,61 – 0,64 |
| Macro e Micronutrientes | 06 | 0,67 | 0,64 – 0,69 |
| Saúde e Comportamento | 14 | 0,60 | 0,59 – 0,62 |

conhecimento geral e de AC dos ACSs. Já os pediatras estiveram presentes em apenas seis UBSs, representando 20,7% do total. Quanto à disponibilidade de recursos para o ACS realizar o acompanhamento do crescimento infantil nas visitas domiciliares, infantômetro esteve presente em 28 locais (96,5%), enquanto que a balança portátil foi identificada em apenas 11 UBSs (37,9%).

Informações do ACS e do responsável pela UBS

Na Tabela 5 são apresentadas as distribuições das variáveis avaliadas tanto no questionário aplicado aos ACSs como naqueles aplicados ao profissional responsável pela UBS. A realização de treinamento sobre AC foi mais frequen-

Tabela 4. Escores de conhecimento conforme as características dos agentes comunitários de saúde. Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n = 246).

| Variável | Escore Geral | | Escore AC | |
|----------------------------|--------------|-------------|-----------|-------------|
| | Média | IC 95% | Média | IC 95% |
| Sexo | 0,05* | | 0,10* | |
| Masculino | 0,64 | 0,58 - 0,69 | 0,59 | 0,53 - 0,64 |
| Feminino | 0,68 | 0,67 - 0,69 | 0,63 | 0,61 - 0,64 |
| Idade (em anos completos) | 0,03*** | | 0,01** | |
| 19-29 | 0,64 | 0,61 - 0,67 | 0,59 | 0,56 - 0,62 |
| 30-39 | 0,69 | 0,68 - 0,71 | 0,64 | 0,62 - 0,67 |
| ≥ 40 | 0,68 | 0,66 - 0,71 | 0,63 | 0,60 - 0,66 |
| Cor da pele | 0,72** | | 0,70** | |
| Branca | 0,68 | 0,66 - 0,70 | 0,63 | 0,61 - 0,65 |
| Preta | 0,66 | 0,63 - 0,69 | 0,61 | 0,58 - 0,64 |
| Parda | 0,68 | 0,63 - 0,72 | 0,62 | 0,56 - 0,67 |
| Tempo de profissão (meses) | 0,03*** | | 0,03*** | |
| < 12 | 0,64 | 0,60 - 0,68 | 0,58 | 0,54 - 0,63 |
| 12 - 24 | 0,68 | 0,66 - 0,70 | 0,63 | 0,61 - 0,65 |
| 25-59 | 0,67 | 0,64 - 0,70 | 0,62 | 0,59 - 0,65 |
| ≥ 60 | 0,72 | 0,69 - 0,75 | 0,67 | 0,64 - 0,70 |
| Escolaridade | 0,61** | | 0,53** | |
| Fundamental ou médio | 0,68 | 0,66 - 0,70 | 0,63 | 0,61 - 0,65 |
| Curso Técnico completo | 0,67 | 0,64 - 0,69 | 0,61 | 0,58 - 0,64 |
| Curso Superior completo | 0,69 | 0,66 - 0,72 | 0,63 | 0,60 - 0,67 |
| VD para menor de 24 meses | 0,02* | | 0,02* | |
| Não | 0,61 | 0,52 - 0,70 | 0,56 | 0,47 - 0,64 |
| Sim | 0,68 | 0,67 - 0,69 | 0,63 | 0,61 - 0,64 |
| Orientação na VD | <0,001* | | 0,004* | |
| Não | 0,66 | 0,64 - 0,68 | 0,61 | 0,59 - 0,63 |
| Sim | 0,71 | 0,69 - 0,73 | 0,65 | 0,63 - 0,67 |
| Informação sobre AC | 0,01* | | 0,002* | |
| Não | 0,65 | 0,62 - 0,67 | 0,59 | 0,56 - 0,62 |
| Sim | 0,69 | 0,67 - 0,70 | 0,64 | 0,62 - 0,66 |
| Treinamento | 0,04* | | 0,06* | |
| Não | 0,66 | 0,65 - 0,68 | 0,61 | 0,59 - 0,63 |
| Sim | 0,69 | 0,67 - 0,71 | 0,64 | 0,62 - 0,66 |

AC: alimentação complementar; VD: visita domiciliar no último mês. *valor-p teste-t. ** valor-p ANOVA. ***valor-p Kruskal-wallis.

te relatada pelo ACS (37,0% dos participantes) do que na UBS, onde apenas três referiram treinamento sobre AC para os ACSs. Entretanto, as respostas foram consistentes quanto ao principal responsável pelo treinamento dos ACSs, uma vez que todos referiram com maior frequência ter recebido treinamento das instituições de ensino superior, que os treinamentos foram de curta duração (até quatro horas) e que ocorreram há mais de 12 meses.

Outro resultado que chama atenção é o fato de que em 12 UBSs foi informado que os ACSs realizavam o acompanhamento do crescimento infantil. Por outro lado, apenas cinco ACSs

referiram coletar medidas antropométricas das crianças acompanhadas, discordando do relato feito pelos responsáveis pelas UBSs.

Dentre as cinco publicações do MS relacionadas com a AC, o Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23 foi o material mais identificado pelos ACSs, sendo referido por apenas 15,4% dos participantes e o mais presente nas UBSs, encontrado em 20 das 29 unidades (69,0%).

Mais da metade dos ACSs (57,7%) referiram ter alguma dificuldade na orientação sobre AC, enquanto a quase totalidade das UBSs (96,5%) relatou a ocorrência de alguma dificuldade. Con-

Tabela 5. Agentes comunitários de saúde e unidades básicas de saúde, descrição das variáveis semelhantes analisadas. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016.

| Variável | ACSs | UBSs |
|---|--------------------|-------------------|
| | (N = 246) N (%) | (N = 29) N (%) |
| Treinamento | | |
| Não | 155 (63,0) | 26 (89,7) |
| Sim | 91 (37,0) | 03 (10,3) |
| Responsável pelo treinamento** | | |
| Instituição governamental | 34 (38,6) | 0 (0,0) |
| Instituição de ensino superior | 37 (42,0) | 02 (66,7) |
| Outros | 25 (28,4) | 01 (33,3) |
| Carga horária do treinamento (horas) ** | | |
| 1-4 | 55 (67,1) | 02 (66,7) |
| > 4 | 27 (32,9) | 01 (33,3) |
| Data do treinamento (meses) *** | | |
| 1-12 | 35 (47,9) | 01 (33,3) |
| >12 | 38 (52,1) | 02 (66,7) |
| Acompanhamento do crescimento | | |
| Não | 241 (98,0) | 17 (58,6) |
| Sim | 05 (2,0) | 12 (41,4) |
| Materiais ⁺ | | |
| CAB | 38 (15,4) | 20 (69,0) |
| GA | 16 (6,5) | 13 (44,8) |
| AS | 10 (4,1) | 05 (17,2) |
| DEZPA | 13 (5,3) | 07 (24,1) |
| RECREG | 08 (3,3) | 04 (13,8) |
| Dificuldades na orientação | | |
| Não | 104 (42,3) | 01 (3,5) |
| Sim | 142 (57,7) | 28 (96,5) |
| Tipo de dificuldade na orientação ^{§+} | | |
| Relacionadas aos ACS/ ES | 90 (63,4) | 09 (32,1) |
| Relacionadas às famílias | 58 (40,8) | 21 (75,0) |

ACSs: agentes comunitários de saúde; UBSs: unidades básicas de saúde; CA: Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23; GA: Guia alimentar para crianças menores de dois anos; AS: Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO; DEZPA: Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos; RECREG: Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses; ES: equipe de saúde.

*03 ACS foram ignorados (n = 88). **09 ACS foram ignorados (n = 82). ***18 ACS foram ignorados (n = 73). § considerados os ACS (n = 142) e UBS (n = 28) que referiram dificuldade na orientação. + variável que admite mais de uma alternativa como resposta.

tudo, os ACSs relacionaram essa dificuldade às suas próprias limitações, enquanto 21(75,0%) dos responsáveis atribuíram às dificuldades das famílias para oferecer AC adequada às crianças.

Discussão

Considerando que o ACS é o responsável na atenção básica por ser o vínculo entre as famílias e o serviço de saúde²¹, o conhecimento deste profissional a respeito da orientação adequada às famílias pode ter importante repercussão para melhorar a prática de AC em sua comunidade. Os resultados do presente estudo conduzido, por meio da coleta de dados primários, com aproximadamente a totalidade dos ACSs atuantes na zona urbana de uma cidade de médio porte na região sul do país trazem contribuições relevantes a serem consideradas na implementação das atividades dos ACSs e de suas ações na atenção básica, em municípios brasileiros que possam apresentar características semelhantes a Pelotas, Rio Grande do Sul.

A população estudada foi composta quase exclusivamente por mulheres, assim como em pesquisas com os mesmos profissionais, nas quais o sexo feminino representou mais 80% das amostras avaliadas³³⁻³⁵, possivelmente devido aos aspectos históricos dessa profissão e ao tipo de trabalho desenvolvido pelos ACSs³⁶. O grau mais elevado de escolaridade da maioria dos participantes foi o ensino médio completo, corroborando com Florindo *et al.*³⁴ e Ferraz e Aerts³⁷ que demonstraram maior prevalência de ACSs com escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo. Uma pesquisa³⁸ que avaliou a escolarização dos ACSs constatou ampliação da escolaridade nesta categoria profissional, fato que pode ser verificado ao considerar que cerca de 45% dos indivíduos estudados têm um grau de escolaridade profissionalizante. Um resultado interessante foi que entre aqueles que relataram ter concluído ensino superior, os cursos mais prevalentes não pertenciam à área da saúde e assim como descrito por Musse *et al.*³³ predominaram os cursos das áreas humanas e sociais. Tal construção mostra uma tendência à formação humanística entre esses profissionais, o que poderia indicar seu potencial para articular políticas de natureza social e econômica³³ e/ou ingresso na profissão de ACS temporariamente como uma oportunidade de emprego³⁵.

Quanto ao desfecho desta pesquisa, identificou-se que pouco mais de um terço (35,0%) dos ACSs conhecia a frequência de oferta de alimentos ricos em ferro e 58,5% sabiam sobre os benefícios dos alimentos ricos em vitamina A, resultado preocupante ao considerar que a anemia e a deficiência de vitamina A, são dois dos principais problemas relacionados à alimentação comple-

mentar ofertada de forma inadequada³. Ao analisar o conhecimento dos ACSs sobre a alimentação de crianças até dois anos de idade, verificou-se que o escore do módulo com as questões sobre aleitamento materno (0,88) foi superior ao escore do módulo alimentação complementar (0,62). Em estudo de intervenção²⁷ com profissionais de saúde que atendiam crianças cadastradas na ESF, exceto ACS e em outra pesquisa³⁹ com pediatras e nutricionistas, o conhecimento sobre amamentação também foi superior quando comparado ao de alimentação complementar. Cabe destacar que ambos os estudos citados foram realizados no estado de São Paulo e avaliaram a efetividade do Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil (OMS/UNICEF). O resultado do presente estudo ainda pode ser corroborado com outras duas pesquisas^{14,16}, as quais apontaram que o trabalho dos profissionais das equipes de ESF e dos ACSs, quanto à alimentação infantil, têm sido focado no aleitamento materno, havendo pouca ênfase na alimentação complementar.

Quanto às diferenças de médias encontradas nos dois escores (geral e de alimentação complementar) em relação às categorias de idade e tempo de profissão dos participantes, o presente resultado corrobora com a literatura nacional que mostra maior aprendizagem de acordo com a experiência acumulada na atividade de saúde e ampliação das informações sobre a comunidade³⁵ referindo um conhecimento mais elevado decorrente das experiências profissional e pessoal dos ACSs^{40,41}, embora não tenham sido obtidas informações a respeito da maternidade/paternidade dos mesmos. Quanto às associações positivas encontradas entre os escores e as seguintes variáveis: realização de visita domiciliar para menores de dois anos, orientação sobre alimentação complementar e busca de fontes de informação não se encontraram estudos prévios que pudessem ajudar a explicar esses resultados, mas é possível sugerir maior motivação dos profissionais que efetivamente orientavam as famílias da sua área de atuação. Dessa forma, poderiam estar buscando mais informações que os auxiliassem nas atribuições com orientação às famílias e obtendo assim, maior conhecimento.

De acordo com os resultados foi possível constatar que os ACSs informaram ter realizado treinamento com mais frequência do que foi relatado pelos responsáveis pela UBS. Cabe destacar que as médias dos escores de conhecimento foram maiores para aqueles ACSs que receberam treinamento. Entretanto, mesmo sabendo-se que a capacitação dos profissionais de saúde com ob-

jetivo de promover as recomendações alimentares é fundamental quando se pretende melhorar o conhecimento e o comportamento materno⁴², apenas cerca de quatro entre dez ACSs relataram ter recebido treinamento. Em artigo de revisão, Campos et al.¹⁵ verificaram que ainda existe a necessidade de capacitar os profissionais de saúde a fim de realizar o aconselhamento de crianças menores de dois anos. Como alternativa à qualificação dos profissionais de saúde, a mais recente política do governo brasileiro neste âmbito é a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem como um dos principais objetivos a capacitação de recursos humanos na atenção básica para orientar a alimentação saudável de crianças nos primeiros 24 meses de vida⁴.

Importante salientar que aproximadamente a totalidade dos ACSs (98,0%) não faz o acompanhamento do crescimento infantil, embora alguns responsáveis pelas UBSs tenham relatado acreditar que essa tarefa teria sido executada por esses profissionais. Estudo de abordagem qualitativa realizado no município cearense de Uruburetama acompanhou, durante um ano, as visitas domiciliares de 15 ACSs a 16 famílias e mostrou que os profissionais não estavam adequadamente capacitados para o monitoramento do peso de crianças no primeiro ano de vida e que não foram capazes de reconhecer situações de risco nutricional¹⁶.

Embora os responsáveis pelas UBSs tenham informado sobre a disponibilidade das publicações governamentais sobre alimentação das crianças menores de dois anos na unidade, poucos ACSs referiram conhecê-las. Possivelmente por estes materiais não estarem acessíveis e/ou pelo fato dos ACSs terem buscado outras fontes de informação como referido pela maioria deles. Esse achado deve ser destacado, chamando atenção que pelo menos uma das publicações estava disponível em mais de dois terços das UBSs, enquanto apenas cerca de um ACS em cada seis tenha informado conhecê-la. Assim, embora se saiba que esses documentos são elaborados com o objetivo de qualificar as equipes de atenção à saúde, o presente estudo encontrou que esses materiais não estão disponíveis aos ACSs e, ao mesmo tempo, não se encontrou na literatura qualquer informação a respeito da disponibilização desses materiais às equipes de saúde.

Cabe destacar que no mesmo mês em que teve início a pesquisa de campo, o MS publicou uma nova versão do Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança: nutrição infantil, nº 23³. Porém, considerando que não haveria tempo hábil

para que este novo material fosse distribuído nas UBSs do município, utilizou-se a figura da capa da publicação anterior³⁰ para apresentar aos participantes. Assim, nas análises do conhecimento houve alteração de apenas uma recomendação do módulo alimentação complementar - saúde e comportamento. Dessa forma, o escore apresentado considerou a referência mais atual³. Análises excluindo essa questão do instrumento ou utilizando a recomendação anterior foram realizadas, porém os resultados foram semelhantes.

Finalmente, salienta-se que o objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento dos ACSs sobre alimentação complementar, não refletindo em mudança de comportamento, seja na conduta do profissional, quanto no comportamento das famílias. Contudo, cabe ressaltar que o conhecimento é a primeira etapa no processo da mudança de comportamento⁴³. Assim, os resultados poderão contribuir para a realização de intervenções que sejam capazes de influir na qualificação das ações de profissionais no que se refere, principalmente, à alimentação complementar de crianças até dois anos de idade, corroborando com pesquisa de intervenção em Porto Alegre/RS, a qual identificou impacto positivo da atualização dos profissionais da atenção básica em relação aos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos sobre as práticas alimentares das famílias no primeiro ano de vida⁴⁴. Além disso, não foram estudados ACSs da zona rural do município.

O presente estudo possibilitou constatar que os ACSs têm melhor domínio de informações sobre o aleitamento materno do que sobre alimentação complementar. Que receber treinamento melhora o escore de conhecimento sobre alimentação das crianças nos primeiros dois anos de vida e este deve ser estimulado na atenção básica, pois apenas pouco mais de um terço dos participantes referiram ter recebido treinamento

para orientar sobre alimentação complementar. Ainda cabe ressaltar que, a maioria das UBSs possui pelo menos um exemplar de publicações institucionais contendo orientações sobre alimentação de crianças menores de dois anos de idade, devendo haver empenho para que os ACSs tenham verdadeiros acessos a estes materiais, e incentivo à leitura, compreensão e apropriação dos conteúdos, na medida em que poucos referiram saber da existência dos materiais institucionais o que de certa forma, pôde ser constatado nos baixos escores de conhecimento sobre AC encontrados no presente estudo. Diante desses resultados, conclui-se que os ACSs devem auxiliar na promoção da alimentação infantil adequada, possivelmente por suas características de proximidade com as famílias, contato frequente e compreensão das barreiras socioeconômicas e culturais que impossibilitam a introdução de alimentos de forma adequada. Porém, para que eles possam ser efetivamente os interlocutores da alimentação complementar nos domicílios é preciso que a UBS ofereça respaldo e recursos necessários para obtenção de melhor e mais atualizado conhecimento sobre o tema. E, para que isso ocorra efetivamente, o processo de trabalho deve ser revisto e aprimorado, de forma que educação continuada e de qualidade sobre AC para os ACSs se torne uma prioridade no serviço. Sendo dessa forma, um fator importante na educação alimentar e nutricional da comunidade, salientando que não se pode esperar que as famílias tenham práticas corretas durante o processo de alimentação complementar se não forem adequadamente informadas. Por fim, sugere-se a realização de estudos com os profissionais da zona rural para identificar quais são as dificuldades enfrentadas por esses profissionais, ao mesmo tempo, que um treinamento para os ACSs que atuam na zona urbana do município seja implementado.

Colaboradores

FS Santos, GC Mintem e DP Gigante participaram igualmente de todas as etapas envolvidas no desenvolvimento da pesquisa e na redação do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN). *EN-PACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor*. Brasília: IBFAN/MS; 2010.
2. World Health Organization (WHO). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2ª ed. Brasília: DAB/MS; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação*. Brasília: MS; 2015.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387(10017):475-490.
6. World Health Organization (WHO). *Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Geneva: WHO; 2002.
7. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362(9377):65-71.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: MS; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: MS; 2009.
10. World Health Organization (WHO). Complementary feeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr* 2006; 450:27-37.
11. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1759-1771.
12. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):305-316.
13. Machado AKF, Elert VW, Pretto ADB, Pastore CA. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):1983-1989.
14. Arimatea JE, Castro LMC, Rotenberg S. Práticas Alimentares de Crianças Menores de um Ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. *Ceres* 2009; 4(2):65-78.
15. Campos AAO, Cotta RMM, Oliveira JM, Santos AK, Araújo RMA. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):529-538.

16. Ávila MMM, Azevedo DV, Galvão MM, Moraes LM. Nutrição e saúde: o agente comunitário de saúde e as ações realizadas com crianças de 0-12 meses em Uruburetama (CE). *Cad Saude Colet* 2011; 19(3):341-347.
17. Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth A. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutri* 2013; 17(4):948-955.
18. Leite AJM, Puccini RF, Atalah NA, Cunha ALA da, Machado MT. Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: A randomized clinical trial. *Acta Paediatr* 2005; 94(6):741-746.
19. Oliveira JM, Castro IRR, Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad Saude Publica* 2015; 31(2):377-394.
20. Brasil. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 18 dez.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde*. Brasília: DAB/MS; 2012.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília: MS; 2001.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: MS; 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal*. [acessado 2016 Jun 13]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010*. [acessado 2016 Jun 13]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas/panorama>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Conceitos*. [acessado 2016 Ago 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>
27. Toma TS. *Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores de saúde* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2008.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*. 2ª Edição. Brasília: DAB/MS; 2013.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília: OPAS, MS; 2002.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: DAB, MS; 2009.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN). *Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses*. Brasília: IBFAN, MS; 2010.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos: álbum seriado*. Brasília: DAB, MS; 2011.
33. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):525-536.
34. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GAO, Parra DC, Siqueira FVN, Lobelo F, Simoes EJ, Ramos LR, Bracco MM, Hallal PC. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. *BMC Public Health* 2015; 15:344.
35. Santos CW dos, Farias FMC. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1659-1668.
36. Vieira M, Durão AV, Lopes MR. *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2011.
37. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-355.
38. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saude* 2010; 8(2):229-248.
39. Bassichetto KC, Réa MF. Infant and young child feeding counseling: an intervention study. *J Pediatr* 2008; 84(1):75-82.
40. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1639-1646.
41. Maciazeki GRC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1637-1646.
42. Santos IS, Victora CG, Martinez J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, Peltó G. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(1):15-29.
43. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 2nd ed. California: Jossey-Bass; 1997. p. 60-84.
44. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saude Publica* 2014; 30(8):1685-1607.

Artigo apresentado em 17/09/2016

Aprovado em 29/01/2018

Versão final apresentada em 01/02/2018