



Infant and young child feeding counseling: an intervention study

*Aconselhamento em alimentação infantil:
um estudo de intervenção*

Katia Cristina Bassichetto¹, Marina Ferreira Réa²

Resumo

Objetivo: Avaliar a efetividade do Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil na transformação de conhecimentos, atitudes e práticas de pediatras e nutricionistas da rede municipal de saúde de São Paulo.

Métodos: Estudo de intervenção randomizado com 29 profissionais no grupo intervenção e 27 no grupo controle. Entrevistadores previamente capacitados coletaram dados dos profissionais nas unidades de saúde antes da intervenção e 2 meses após. Utilizaram-se três instrumentos para avaliar o perfil do profissional, seus conhecimentos e um roteiro de observação clínica. Para análise, utilizaram-se o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes e o método de Tukey.

Resultados: Quanto ao conhecimento, observou-se melhora no grupo intervenção ($p < 0,001$) para o conjunto das questões e para amamentação ($p = 0,004$); HIV e alimentação infantil ($p = 0,049$); alimentação complementar ($p = 0,012$); e aconselhamento em alimentação infantil ($p = 0,004$). Quanto ao desempenho, verificou-se que, após a intervenção, houve melhora significativa no grupo intervenção em anamnese alimentar ($p < 0,001$).

Conclusões: Este curso foi efetivo em propiciar aumento de conhecimento e melhora de desempenho na anamnese alimentar, mas o mesmo não se obteve para habilidades de aconselhamento.

J Pediatr (Rio J). 2008;84(1):75-82: Nutrição infantil/educação, pessoal de saúde, estudos de intervenção, efetividade, aleitamento materno.

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of an integrated infant and young child feeding counseling course for transforming the knowledge, attitudes and practices of pediatricians and nutritionists working for the municipal health system of São Paulo, Brazil.

Methods: A randomized intervention study enrolling 29 professionals in the intervention group and 27 in the control group. Interviewers were trained in advance to collect data on the professionals working at health centers, before and 2 months after the intervention. Three research instruments were used, the first was to assess the profile of each professional, the second assessed their knowledge and the third was a clinical observation protocol. Analysis was performed using the Kruskal-Wallis test for independent samples and the Tukey method.

Results: The results for the knowledge questionnaire showed improvements in the intervention group ($p < 0.001$) for the whole questionnaire and for questions on breastfeeding ($p = 0.004$); HIV and infant and young child feeding ($p = 0.049$); complementary feeding ($p = 0.012$); and counseling in infant and young child feeding ($p = 0.004$). In terms of performance, it was observed that the intervention group had significantly improved their dietary anamnesis after the intervention ($p < 0.001$).

Conclusions: This course effectively promoted an increase in knowledge and improvements in dietary anamnesis performance, but the same was not true of counseling skills.

J Pediatr (Rio J). 2008;84(1):75-82: Child nutrition/education, health personnel, intervention studies, effectiveness, breastfeeding.

1. Doutora. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP.

2. Doutora, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP.

Apoio financeiro: Este projeto contou com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 02/07836-2 e da Organização Mundial da Saúde (OMS), processo nº HQ/01/108/103.

Artigo baseado na tese de doutorado "Aconselhamento em alimentação infantil - avaliação de uma proposta da Organização Mundial da Saúde para capacitação de profissionais de saúde da cidade de São Paulo", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em agosto de 2006.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar este artigo: Bassichetto KC, Réa MF. Infant and young child feeding counseling: an intervention study. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(1):75-82.

Artigo submetido em 21.09.07, aceito em 21.11.07.

doi:10.2223/JPED.1750

Introdução

Várias iniciativas têm sido implementadas, para requalificar profissionais de saúde para o aconselhamento, entendido como "um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente, que pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação". O estímulo à autonomia do indivíduo para que consiga resolver seus problemas remete, em alguma medida, à Teoria de Aconselhamento Centrado no Cliente, desenvolvida por Carl Rogers¹. Contém três componentes: apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos, favorecendo a reflexão sobre valores, atitudes e condutas sobre o tema que se desejar tratar². Essa metodologia, quando aplicada à capacitação sobre alimentação infantil, pretende fortalecer mães ou cuidadores para que se tornem capazes de tomar decisões adequadas quanto à alimentação de seus filhos e fundamenta três cursos da Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF): aconselhamento em amamentação³, aconselhamento em HIV e alimentação infantil⁴ e aconselhamento em alimentação complementar⁵.

Estes vêm sendo disseminados em vários países, depois de testados em culturas distintas (África do Sul, Gana e Jamaica), com o objetivo de torná-los apropriados para uso amplo. Para facilitar sua aplicação, a OMS tomou recentemente a iniciativa de resumir os conteúdos em um único curso: Aconselhamento em Alimentação Infantil: um Curso Integrado, aqui denominado Curso Integrado⁶. Vários estudos⁷⁻¹⁶ têm analisado cursos que incluem a temática do aconselhamento, com resultados favoráveis quanto à melhoria das práticas, mas todos trataram apenas de amamentação.

O Curso Integrado reúne informações sobre alimentação complementar de crianças de 6 a 24 meses e alimentação para filhos de mães HIV-positivo, além de amamentação. A temática do aconselhamento perpassa esses três grandes conteúdos e nisso este estudo é único.

Observam-se no curso outros elementos da teoria da comunicação humana e das relações interpessoais profissional-cliente, como instrumental para a orientação de práticas saudáveis de alimentação infantil, em substituição aos modelos, nos quais os profissionais detentores do saber acabam por estabelecer relações de poder sobre o paciente, que impedem uma comunicação terapêutica efetiva¹⁷. Há diversas referências sobre o investimento em processos educativos, focando a melhoria da comunicação profissional-cliente, como suporte para o desenvolvimento de "habilidades para uma boa escuta e aprendizagem"¹⁸⁻²¹.

Na prática, os profissionais de saúde apresentam alguma dificuldade para se manter atualizados em relação à alimentação infantil, especialmente pela falta de investimentos da rede pública em treinamentos que enfoquem a melhoria do desempenho em aconselhamento. A nosso ver, no caso da

rede pública de saúde, a contínua pressão para atendimento à demanda tem tornado os gestores pouco sensíveis a experimentações no campo da educação permanente, tanto mais se não antevêem claros resultados práticos.

Este cenário configurou-se propício ao desenvolvimento deste estudo, que teve como objetivo avaliar a efetividade do Curso Integrado na transformação dos conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde em serviços, vinculados à atenção básica e especializada em doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo. Neste artigo, procura-se analisar se a formação proposta pelo Curso Integrado permite ao aconselhador atualizar-se em alimentação infantil e, ao mesmo tempo, preparar-se adequadamente para utilizar as habilidades de aconselhamento, não interferindo na vida do indivíduo e apoiando-o a encontrar soluções adequadas à sua realidade.

Métodos

Realizou-se um estudo de intervenção, com uma amostra de profissionais de saúde submetidos ao Curso Integrado – grupo intervenção (GI) – e não submetidos – grupo controle (GC) –, de serviços públicos da cidade de São Paulo em 2005. A avaliação dos profissionais ocorreu em dois momentos: antes e 2 meses após a realização da intervenção, sendo observada uma consulta por profissional no primeiro momento, e duas no segundo.

Como a metodologia do Curso Integrado prevê um limite de 24 a 30 participantes por curso, nossa amostra não poderia ser maior do que 30. Admitindo-se possíveis perdas, definiu-se que o tamanho da amostra deveria ser de cerca de 40 profissionais nos casos (GI) e 40 nos controles (GC). Este número limite esteve, portanto, condicionado à metodologia do curso (que visa um aproveitamento adequado das aulas práticas).

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: serem pediatras ou nutricionistas, estarem envolvidos no atendimento de crianças até 24 meses, terem a concordância da gerência do serviço para participarem e, no caso dos pediatras, haver outro profissional no mesmo período de trabalho. Tais profissionais foram captados dos serviços de saúde da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS/SP), vinculados à atenção básica ou especializada em DST/AIDS e que não desenvolvem a Estratégia Saúde da Família, considerando que os profissionais destes serviços têm recebido um maior investimento em capacitações em geral.

Foram contatadas todas as unidades de saúde elegíveis, em um total de 147: 132 unidades básicas de saúde (UBS) e 15 serviços de DST/AIDS, obtendo-se aceitação para participação de 63 delas (49 UBS e 14 especializadas). Isso representou uma proporção de 43%, nas quais se obteve a aceitação de 74 profissionais, que foram alocados por sorteio, sendo 37 em cada grupo. Diversos motivos foram alegados para a não participação no projeto: distância do local do

curso, férias, doenças, entre outros. Após a comunicação do sorteio, houve desistências resultando em 31 indivíduos no GI e 28 no GC (por mudança de função, problemas de saúde e revogação da autorização para participar ou por não terem sido sorteados para o curso).

Após o curso, no segundo momento, novas perdas ocorreram: duas no GI e uma no GC, por recusas ou por dificuldade de acesso aos participantes após várias tentativas. No total, foram 18 desistências (24,3%), sendo oito no GI (21,6%) e 10 (27,0%) no GC, três de serviços especializados e 15 de UBS, totalizando 15 pediatras (83%) e três nutricionistas (17%). Para avaliar a validade do processo de randomização, foi realizada uma comparação de algumas características desses profissionais, a fim de verificar se havia similaridade entre o GC e o GI, aplicando-se, antes da intervenção, testes estatísticos para algumas das variáveis do estudo: sexo, idade, tempo de formação e tempo de experiência com alimentação infantil. Utilizaram-se o teste exato de Fisher para as discretas e o de Kruskal-Wallis para as contínuas.

Para realizar a intervenção, o material do Curso Integrado (guias do diretor, do facilitador e do participante) foi traduzido e adaptado à realidade nacional. A carga horária inclui 8 horas de sessões práticas (4 em maternidade, 2 em serviços de cozinha e 2 em serviço ambulatorial). Do total de 34 sessões, oito são dedicadas ao aleitamento materno, seis a HIV e alimentação infantil, sete à alimentação complementar, 10 a aconselhamento e três a temas gerais em alimentação infantil, totalizando 40 horas de capacitação.

A equipe responsável foi composta por uma diretora (pediatra com *expertise* na realização destes cursos) e 11 facilitadoras (pediatras, nutricionistas, enfermeiras e psicóloga) que atendiam ao pré-requisito de terem participado de cursos de aconselhamento.

Foram aplicados três instrumentos de coleta de dados, sempre nos serviços de saúde: Questionário sobre o perfil do profissional (QPP) – auto-aplicado, com perguntas abertas e fechadas sobre a formação, experiência profissional e condições de trabalho; Questionário sobre prática de aconselhamento sobre alimentação infantil (QPAAI) – testes de múltipla escolha; Roteiro de observação da consulta clínica (ROCC) – buscando a frequência ou a presença de ações durante a consulta.

Os entrevistadores realizaram um treinamento de 7 horas, teórico e prático, com teste e aplicação dos instrumentos e, em um segundo momento, uma prática de observação de uma mesma consulta por duplas de entrevistadores, cada um desconhecendo a marcação do outro, visando medir o grau de variabilidade ou coincidência entre eles. Em uma reunião posterior, entrevistadores foram escolhidos pela consistência na avaliação e preenchimento do ROCC.

Para algumas ações ou conjunto de ações, foram criados escores, atribuindo o valor 1 para os que realizavam todas as

ações daquele conjunto e 0 para os que deixavam de realizar pelo menos uma. Foram elas: antropometria – pesar, medir e preencher o gráfico; anamnese alimentar – frequência, quantidade, consistência, preparo, quem e como oferece, orientação e demonstração sobre alimentação; desempenho – somatória das notas atribuídas no questionário a todos os itens da seção “Características pessoais do profissional durante a consulta”, sendo que, quanto *menor* o valor obtido, *melhor* é o desempenho avaliado, podendo variar de 0 a 82; alimentação – somatória das notas atribuídas a todos os itens da seção “Perguntas sobre alimentação”, podendo variar de 0 a 22; ações – somatória das notas atribuídas a todos os itens da seção “Ações”, podendo variar de 0 a 18; comportamento da mãe – somatória das notas atribuídas à seção “Características pessoais da mãe ou cuidador durante a consulta”, podendo variar de 0 a 15.

Para controle de qualidade, os entrevistadores foram mantidos na condição de “cegos” quanto ao resultado do sorteio, embora alguns profissionais acabassem revelando seu *status* – intervenção ou controle; foi feita seleção cuidadosa e “calibragem” dos entrevistadores quanto à consistência na observação de uma mesma consulta; utilizaram-se instrumentos pré-testados e padronizados e dupla digitação do banco de dados.

Quanto à análise de conhecimentos, foram atribuídas notas para cada um dos quatro tópicos do QPAAI – amamentação; HIV e alimentação infantil; alimentação complementar e aconselhamento; e uma nota geral. Essas notas foram comparadas de acordo com momento (1 – imediatamente antes do curso e 2 – após o curso, imediatamente após e 2 meses após) e grupo (GI e GC). Para cada participante, foram calculadas as diferenças entre as notas anteriores e a média das duas notas posteriores: se menores que zero significavam aumento de conhecimentos, se maiores que zero indicavam diminuição e, se iguais a zero, ausência de mudança. As notas foram descritas, segundo grupo, pelos valores mínimo, máximo e mediano das diferenças. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes (GC *versus* GI). Foram considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Para a análise do desempenho, utilizando o ROCC, os itens observados foram classificados em quatro domínios: A – habilidades de aconselhamento; B – anamnese alimentar; C – avaliação e orientação nutricional; e D – reação da mãe ao profissional. Atribuiu-se um escore a cada domínio, que representa a síntese do que se esperava analisar em cada tema. Por exemplo, para o domínio *habilidades de aconselhamento*, os escores variavam de 1 (continuamente) a 5 (nunca) e, para cada domínio, foi considerado o escore médio das observações.

Para comparar o comportamento dos grupos, utilizamos o modelo de análise de variância com medidas repetidas, considerando o momento (1 e 2*) e o grupo (GC e GI). Quando necessário, foi utilizado o método de Tukey para realizar as

comparações múltiplas²². Considerando os pesos atribuídos a cada possibilidade de caracterização da observação – 1 (continuamente) até 5 (nunca); 0 não avaliado –, quanto menor o escore, melhor a avaliação do profissional.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/SP. Foi aplicado um termo de consentimento livre e esclarecido para o profissional e um para a mãe.

Resultados

Os resultados a seguir se referem a 56 profissionais: 29 do GI e 27 do GC. A variação dos totais, em algumas análises, deve-se a informações incompletas.

Na verificação da randomização, não foram identificadas diferenças entre o GI e o GC para nenhuma das variáveis analisadas (Tabela 1). Assim, considera-se que, apesar das perdas, o processo foi adequado, resultando em dois grupos similares.

De 56 participantes que permaneceram até o final do estudo, 23 são nutricionistas e 33 são pediatras. A maioria (94,6%) é do sexo feminino, e a faixa etária predominante é a de 40 a 49 anos (66%).

Parte expressiva destes participantes (64,3%) é formada há mais de 21 anos, apresentando grande experiência com alimentação infantil, sendo que 64,3% trabalham com o tema há mais de 11 anos.

A proporção de indivíduos com melhora dos conhecimentos como um todo foi maior no GI (89,7%) do que no GC (33,3%) ($p < 0,001$).

Observa-se que a proporção de indivíduos com aumento de conhecimentos ocorreu em todos os tópicos avaliados: amamentação – GI (79,3%) e GC (37%) ($p = 0,004$); HIV e alimentação infantil – GI (48,3%) e GC (18,5%) ($p = 0,049$); alimentação complementar – GI (69,0%) e GC (37,0%) ($p = 0,012$); aconselhamento – GI (51,7%) e GC (22,2%) ($p = 0,004$), conforme mostrado na Figura 1, sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Realizando as comparações múltiplas, foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos no segundo momento (pós-intervenção) e comparando os momentos 1 e 2* no GI. Em todos estes casos, encontrou-se $p < 0,001$.

Para comparação do desempenho dos profissionais durante a consulta clínica, foram construídos gráficos de perfis médios.

Em relação ao domínio A (habilidades de aconselhamento), os dados sugerem variabilidades iguais nos grupos em cada momento, antes (1) e depois da intervenção (2). Os escores para este domínio são levemente inferiores no momento 2* no GI. Para o domínio B (anamnese alimentar), em geral, quando se comparam os grupos em cada momento, aparentemente antes do treinamento os profissionais apresentam o mesmo desempenho, em média. Porém, após o treinamento, o escore médio dos profissionais que receberam o treinamento indica melhor desempenho (Figura 1).

Em relação ao domínio C (avaliação e orientação nutricional), em geral observou-se que, em média, o GC apresenta escores de avaliação e orientação piores do que os do GI nos dois momentos.

Quanto aos resultados do domínio D (reação da mãe ao profissional), observou-se que os valores médios são muito próximos e que o GC apresenta um leve aumento no escore da reação das mães ao profissional entre os momentos 1 e 2*; no GI ocorre o contrário: os escores no momento 2* mostram tendência à melhora daqueles que foram expostos ao Curso Integrado. Contudo, com a variabilidade observada, esses valores não podem ser considerados diferentes.

Para comparar o comportamento dos grupos durante a consulta clínica, foi utilizado o modelo de análise de variância com medidas repetidas²². O domínio B foi o único que apresentou interação estatisticamente significativa entre momento e grupo ($p < 0,001$). Desta forma, é possível afirmar que os grupos têm comportamentos diferentes ao longo do tempo em relação à anamnese alimentar (Figura 2).

Através dos resultados das comparações múltiplas, pode-se afirmar que as únicas diferenças estatisticamente significativas ocorreram ao se comparar os momentos 1 e 2* no GI ($p = 0,032$) e ao se comparar os GC e GI no momento 2* ($p = 0,008$). Ou seja, enquanto o GC permaneceu com média constante ao longo do tempo, o GI apresentou melhora (Tabela 2).

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que o Curso Integrado foi efetivo em aumentar o conhecimento sobre aconselhamento em alimentação infantil, amamentação e alimentação complementar.

Quanto a mudanças no desempenho profissional resultante da intervenção, os resultados mostraram melhora significativa dos participantes apenas nas práticas de anamnese alimentar, e não em aconselhamento, respostas da mãe e avaliação e orientação nutricional. No caso do aconselhamento – objeto principal desta intervenção – vale notar que houve alguma melhora do GI, embora não significativa.

É importante considerar, no entanto, algumas limitações do estudo: a amostra inicialmente prevista teve perdas, ocorridas em várias etapas, explicáveis no contexto não de todo favorável da complexidade do município de São Paulo e de sua rede de saúde. Ainda que tenhamos trabalhado com o número previsto de participantes no curso e que a randomização tenha sido bem sucedida, não foi possível manter a igualdade de representação entre as categorias profissionais (pediatras e nutricionistas). Isso, ao final, configurou-se na desproporção de 23 nutricionistas para 33 pediatras – maior no GC do que no GI. Apesar de não ter sido definido como objetivo comparar o comportamento destas categorias profissionais, não se pode desconsiderar que há diferenças importantes, tanto na formação quanto na prática cotidiana com

Tabela 1 - Comparação entre os grupos controle e intervenção para algumas variáveis discretas e contínuas (São Paulo, SP, 2005)

Variáveis discretas	Grupos						p*
	Controle		Intervenção		Total		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo do profissional							
F	26	(92,9)	28	(90,3)	54	(91,5)	0,549
M	2	(7,1)	3	(9,7)	5	(8,5)	
Total	28	(100,0)	31	(100,0)	59	(100,0)	
Faz antropometria							
0	3	(11,1)	7	(22,6)	10	(17,2)	0,212
1	24	(88,9)	24	(77,4)	48	(82,8)	
Total	27	(100,0)	31	(100,0)	58	(100,0)	
Faz anamnese alimentar							
0	26	(92,9)	29	(93,5)	55	(93,1)	0,654
1	2	(7,1)	2	(6,5)	4	(6,9)	
Total	28	(100,0)	31	(100,0)	59	(100,0)	

Variáveis contínuas	Grupos						p†
	Controle		Intervenção		Sem resposta		
	n	Mediana	n	Mediana			
Idade do profissional (anos)	26	46	31	46	2	0,975	
Tempo de formado (anos)	28	22	31	23	-	0,988	
Experiência com alimentação infantil (anos)	22	19	27	20	-	0,762	
Desempenho* (de 0 a 82)	28	39	30	37	1	0,651	
Alimentação* (de 0 a 22)	28	09	31	09	-	0,865	
Ações* (de 0 a 18)	28	12	31	11	-	0,476	
Comportamento da mãe‡ (de 0 a 15)	28	07	31	08	-	0,667	

* Teste exato de Fisher.

† Teste de Kruskal-Wallis.

‡ Aferição antes da intervenção.

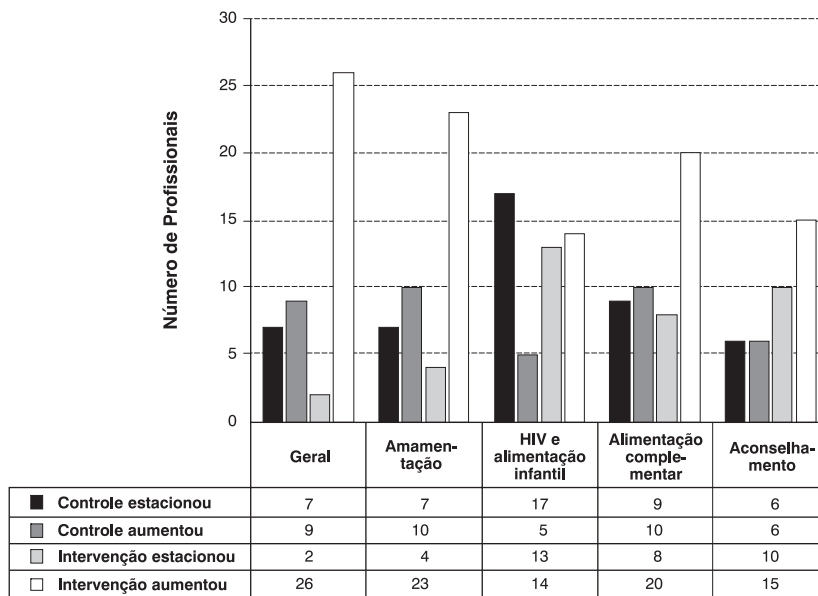


Figura 1 - Comparação entre o desempenho dos profissionais dos grupos controle e intervenção quanto à avaliação geral de conhecimentos e informações sobre amamentação, HIV e alimentação infantil, alimentação complementar e aconselhamento (São Paulo, SP, 2005)

alimentação infantil, e o fato de se ter restringido a essas categorias impede a discussão sobre como se comportariam outras categorias profissionais com essa mesma intervenção.

Poderia também ser questionado se as perdas se referem a profissionais menos interessados no tema do Curso Integrado, o que enviesaria nossos resultados para "mais"; entretanto, também se pode imaginar o contrário, que entre as perdas estavam aqueles que já conheciam o tema e por isso

não se interessaram pelo estudo; neste caso, nossos resultados estariam enviesados para "menos". Por não se ter os dados sobre os profissionais que fazem parte das perdas, não se pode afirmar qual viés possa ter existido, se algum houve.

Esta foi a primeira oportunidade na qual o Curso Integrado foi avaliado, com o atual formato e finalidade. Há, no entanto, na literatura, estudos com referenciais análogos, cujos resultados podem ser comparados^{7,10-13,15,23-26}.

Estudo realizado também com profissionais de São Paulo, objetivando avaliar o Curso de Aconselhamento em Amamentação da OMS/UNICEF, mostrou melhora significativa em habilidades de aconselhamento. Diferentemente do nosso, no entanto, ele foi desenvolvido tratando apenas do tema aleitamento materno. Foi observado que, imediatamente após o curso, os participantes tiveram seus conhecimentos, assim como as habilidades de manejo clínico da amamentação e de aconselhamento, significativamente aumentados, em relação aos do grupo controle, o que se repetiu 3 meses depois da intervenção¹⁵.

Achados semelhantes podem ser encontrados em estudos realizados no Reino Unido¹², Bangladesh¹⁰, Gana⁷, México¹³ e Brasil¹¹, mas sempre com intervenções em que, embora presente o aconselhamento, privilegiava-se apenas um aspecto (ou fase da vida) da alimentação da criança, sem incluir situações alimentares especiais, como nos casos de HIV/AIDS. Quanto ao Curso Integrado, objeto do presente estudo, embora se possa considerar que houve pouco ganho nas habilidades de aconselhamento, os bons resultados obtidos de conhecimentos gerais sobre alimentação infantil e habilidades de anamnese alimentar podem representar a

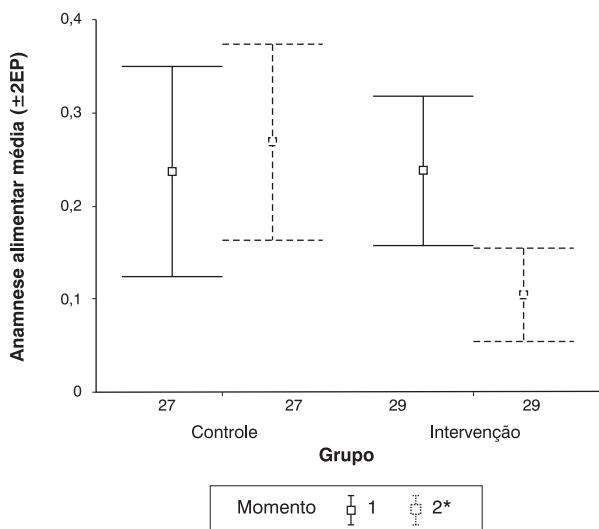


Figura 2 - Perfil médio do desempenho dos profissionais durante as consultas, em relação à anamnese alimentar, de acordo com grupo (intervenção ou controle) (São Paulo, SP, 2005)

Tabela 2 - Medidas-resumo do desempenho dos profissionais durante as consultas e níveis descritivos dos modelos de análise de variância utilizados em relação a cada um dos domínios observados, segundo grupo (intervenção ou controle) (São Paulo, SP, 2005)

Domínio	Momento	Grupo	Média	Desvio padrão	Fonte de variação		
					Momento	Grupo	Momento-Grupo
A) Habilidades de aconselhamento	1	Controle	2,42	0,59 (1,53-3,88)			
		Intervenção	2,38	0,51 (1,59-4,12)			
	2*	Controle	2,22	0,52 (1,38-3,71)	< 0,001	0,225	0,122
		Intervenção	1,96	0,50 (1,27-2,85)			
B) Anamnese alimentar	1	Controle	0,24	0,29 (0,00-0,86)			
		Intervenção	0,24	0,22 (0,00-0,71)			
	2*	Controle	0,27	0,27 (0,00-0,83)	0,137	0,131	0,018
		Intervenção	0,10	0,13 (0,00-0,50)			
C) Avaliação e orientação nutricional	1	Controle	0,53	0,22 (0,00-0,89)			
		Intervenção	0,44	0,23 (0,00-0,86)			
	2*	Controle	0,52	0,14 (0,27-0,78)	0,906	0,042	0,996
		Intervenção	0,44	0,19 (0,13-1,00)			
D) Reação das mães aos profissionais	1	Controle	2,44	0,69 (1,00-4,00)			
		Intervenção	2,44	0,75 (1,00-3,67)			
	2*	Controle	2,48	0,60 (1,17-3,83)	0,830	0,674	0,605
		Intervenção	2,36	0,57 (1,50-3,83)			

* Momento 2: média das duas observações feitas após a intervenção.
Controle: n = 27; Intervenção: n = 29.

melhoria desejável do que se encontra, atualmente, na prática cotidiana.

Essas evidências reafirmam a importância da incorporação de ações de aconselhamento em alimentação infantil integrando conteúdos, como práticas permanentes, às políticas de atenção à saúde da criança, ressaltando-se a preocupação com a contínua atualização profissional.

O fato de ter sido realizado com profissionais de saúde, já inseridos no mundo do trabalho, vinculados a uma instituição de grande porte como a SMS e em uma cidade com características metropolitanas como São Paulo, demonstra seu potencial para vir a ser difundido e adaptado para realidades mais circunscritas.

Agradecimentos

À Tereza Setsuko Toma, pela coordenação do Curso Integrado; à Ausônia Favorido Donato, pelo apoio na fundamentação teórica na área de pedagogia e na definição da metodologia de avaliação das facilitadoras; à Denise Pimentel Bergamaschi, pelo auxílio em parte da análise estatística e a José Martines (OMS), pelo apoio na definição do desenho metodológico usado neste estudo.

Referências

1. Patterson LE, Eisenberg S. O processo de aconselhamento. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

3. World Health Organization. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 1994.
4. World Health Organization. HIV and infant feeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 2000.
5. World Health Organization. Complementary feeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 2004.
6. World Health Organization. Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Geneva: WHO; 2006.
7. Aidam BA, Perez-Escamilla R, Lartey A. [Lactation counseling increases exclusive breast-feeding rates in Ghana](#). *J Nutr*. 2005; 135:1691-5.
8. Arranz P, Ulla SM, Ramos JL, Del Rincon C, Lopez-Fando T. [Evaluation of a counseling training program for nursing staff](#). *Patient Educ Couns*. 2005;56:233-9.
9. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PI. [Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas a amamentação no interior do Nordeste](#). *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:471-7.
10. Haider R, Kabir I, Hamadani JD, Habte D. [Reasons for failure of breast-feeding counselling: mothers' perspectives in Bangladesh](#). *Bull World Health Organ*. 1997;75:191-6.
11. Leite AJ, Puccini RF, Atalah AN, Alves Da Cunha AL, Machado MT. [Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial](#). *Acta Paediatr*. 2005;94:741-6.
12. Moran VH, Bramwell R, Dykes F, Dinwoodie K. [An evaluation of skills acquisition on the WHO/UNICEF Breastfeeding Management Course using the pre-validated Breastfeeding Support Skills Tool \(BeSST\)](#). *Midwifery*. 2000;16:197-203.
13. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. [Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial](#). *Lancet*. 1999;353:1226-31.
14. Pelto GH, Santos I, Gonçalves H, Victora C, Martines J, Habicht JP. [Nutrition counseling training changes physician behavior and improves caregiver knowledge acquisition](#). *J Nutr*. 2004; 134:357-62.
15. Rea MF, Venancio SI. [Avaliação do curso de aconselhamento em amamentação OMS/UNICEF](#). *J Pediatria (Rio J)*. 1999;75:112-8.
16. Santos IS, Victora CG, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, et al. [Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI \(OMS/UNICEF\)](#). *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5:15-29.
17. Stefanelli MC. *Comunicação com paciente: teoria e ensino*. 2ª ed. São Paulo: Robe; 1993.
18. Claeson M, Gillespie D, Mshinda H, Troedsson H, Victora CG; Bellagio Study Group on Child Survival. [Knowledge into action for child survival](#). *Lancet*. 2003;362:323-7.
19. Garrick C. [Teaching for counselling skills](#). *Med J Aust*. 1979; 2:358-9.
20. Kerr FRM. *A relação médico-paciente e a qualidade do atendimento médico [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
21. Leite AM, Silva IA, Scochi CG. [Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação](#). *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12:258-64.
22. Winer B. *Statistical principles in experimental design*. New York: McGraw-Hill; 1971.
23. Albernaz E, Giugliani ER, Victora CG. [Supporting breastfeeding: a successful experience](#). *J Hum Lact*. 1998;14:283-5.
24. Chopra M, Doherty T, Jackson D, Ashworth A. [Preventing HIV transmission to children: quality of counselling of mothers in South Africa](#). *Acta Paediatr*. 2005;94:357-63.
25. Santiago LB, Bettioli H, Barbieri MA, Guttierrez MR, Del Ciampo LA. [Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico](#). *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79:504-12.
26. Valle NJ, Santos I, Gigante DP, Gonçalves H, Martines J, Pelto GH. [Household trials with very small samples predict responses to nutrition counseling intervention](#). *Food Nutr Bull*. 2003; 24:343-9.

Correspondência:

Katia Cristina Bassichetto
 Rua Gal. Jardim, 36, 5º andar, Vila Buarque
 CEP 01223-010 – São Paulo, SP
 Tel.: (11) 3218-4084
 E-mail: kcbassi@gmail.com