

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUANA EVANGELISTA SANTIAGO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA O CUIDADO AO LACTENTE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA TEJUCO 801: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

São João Del Rei / Minas Gerais
2015

LUANA EVANGELISTA SANTIAGO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA O CUIDADO AO LACTENTE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA TEJUCO 801: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dra. Célia Maria de Oliveira

São João Del Rei /Minas Gerais
2015

LUANA EVANGELISTA SANTIAGO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA O CUIDADO AO LACTENTE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA TEJUCO 801: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Célia Maria de Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Examinador 2: Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família que sempre me apoiou durante toda a minha trajetória.

À colega Camila Silva pela agradável companhia durante a estadia em São João Del Rei.

Ao meu amigo e companheiro José Alvim que sempre esteve ao meu lado.

À minha orientadora profa. Dra. Célia Maria de Oliveira pela dedicação e orientação durante a realização deste trabalho.

E a todos os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família Tejuco 801, pela carinhosa recepção e ajuda durante a caminhada e trabalho árduo realizado neste ano.

*“Jamais considere seus estudos como uma obrigação,
mas como uma oportunidade invejável
para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito,
para seu próprio prazer pessoal e
para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer.”*

Albert Einstein

RESUMO

Dentre as competências da Atenção Primária à Saúde (APS) estão a promoção da nutrição apropriada e os cuidados de saúde materno-infantil. A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde e o respeito a esses direitos possibilitam o pleno crescimento e desenvolvimento humano. O desmame precoce e algumas práticas de alimentação complementar ainda são preocupações dentro da realidade brasileira. Objetivou-se elaborar plano de ação a fim de capacitar os agentes comunitários de saúde para orientação das famílias sobre as corretas práticas alimentares no cuidado ao lactente. O estudo se justifica pela alta incidência de práticas alimentares inadequadas no cuidado ao lactente existente na área de abrangência da equipe de saúde Tejuco 801. Procedimento metodológico seguiu as orientações do Planejamento Estratégico Situacional e da realização de uma revisão bibliográfica da literatura. O estudo possibilitou a criação de um projeto exequível de intervenção para a capacitação dos ACS sobre o tema e propôs a criação de um grupo de orientação familiar. Pretende-se com essas medidas possibilitar uma redução dos índices de erros alimentares do lactente praticados na área de abrangência da ESF Tejuco 801.

Palavras-chave: Alimentação. Alimentação complementar; Agentes Comunitários de Saúde; Educação em saúde.

ABSTRACT

Among the powers of the Primary Health Care (PHC) are the promotion of proper nutrition and maternal and child health. Food and nutrition are basic requirements for promotion and health protection and respect for these rights allow full growth and human development. Early weaning and some complementary feeding practices are still concerns within the Brazilian reality. The objective was to develop action plan to train community health workers to family guidance about the correct feeding practices in the care of infants. The study is justified by the high incidence of inappropriate feeding practices in the care of existing infant health team coverage area Tejuco 801. methodological procedure followed the guidelines of the Situational Strategic Planning and conducting a literature review of the literature. The study enabled the creation of an intervention feasible project for the training of ACS on the issue and proposed the creation of a group of family counseling. The aim of these measures lead to a reduction of food error rates of infant practiced in the area covered by the ESF Tejuco 801.

Key words: Feeding; Supplementary Feeding; Community Health Workers; Health Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabelas

Tabela01: Divisão demográfica da população de São João Del Rei, Minas Gerais, 2010, segundo faixa etária, de acordo com dados do IBGE.	11
Tabela 2: Dez passos para a alimentação saudável em crianças menores de dois anos, segundo Ministério da Saúde/OPAS e a Sociedade Brasileira de Pediatria.	27

Quadros

Quadro 01: Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Tejuco 801	32
Quadro 02: Desenho das operações para os “nós” críticos do problema “cuidados inadequados com os recém-nascidos e lactentes no que se refere à alimentação”.	34
Quadro 03: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “cuidados inadequados com os recém-nascidos e lactentes no que se refere à alimentação”.	35
Quadro 04: Propostas de ações para motivação dos atores.	36
Quadro 05: Cronograma de operacionalização da proposta de ação para redução da ocorrência de erros alimentares no cuidado ao recém-nascido e lactente.	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.2. A Unidade de Saúde da Família (USF) Tejuco 801	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Infância	23
5.1.1. Alimentação de lactentes	23
5.1.2. Educação em saúde	28
5.1.3. Estratégia de Saúde da Família	29
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Identificação dos problemas	30
6.2 Priorização dos Problemas	32
6.3 Descrição do problema	33
6.4. Explicação do problema e seleção dos nós críticos	33
6.5. Desenho das operações	34
6.6. Identificação dos recursos críticos	35
6.7. Análise da viabilidade	36
6.8. Cronograma de operacionalização da proposta	38
6.9. Orçamento	39
6.10. Avaliação e acompanhamento do projeto	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

São João Del-Rei é um município brasileiro pertencente ao estado de Minas Gerais. Localiza-se na Bacia do Alto Rio Grande e tem seu relevo formado pelas serras do complexo da Mantiqueira. A cidade enquadra-se na região do Campo das Vertentes, sudeste de Minas Gerais e polariza cidades de sua região e do Sul de Minas.

Até o século XVIII, antes da chegada dos bandeirantes, a região era habitada por índios Puris. Em 1701, iniciou a ocupação europeia da região e em 1704, com a descoberta de ouro no Ribeirão de São Francisco Xavier, atual centro da cidade, as terras foram distribuídas visando à exploração do ouro de aluvião às margens do ribeirão. Como outros arraiais mineradores, o povoado surgiu a partir de uma capela erguida em devoção a Nossa Senhora do Pilar, ao redor da qual se fixaram bandeirantes e aventureiros, que chegaram à região, atraídos pelo ouro.

Em 1713, a localidade foi elevada a vila e recebeu o nome de São João Del Rei em homenagem a Dom João V, rei de Portugal. O ouro, a pecuária e a agricultura foram os fatores de desenvolvimento e progresso da vila e no dia 6 de março de 1838 foi elevada à categoria de cidade.

O prefeito atual da cidade é Helvécio Luíz Reis e a secretária municipal de saúde é Miriam Ramos de Gouveia Lopes.

A área total do município é composta de 1.464,327 Km² e a densidade demográfica local é de 57,68 hab/Km². O índice de desenvolvimento humano (IDH) da cidade é de 0,758 e o número aproximado de domicílios é de 33.373 unidades, sendo a renda média familiar nos domicílios rurais de 1.462,21 reais e nos urbanos de 2.424,38 reais.

A população total do Município de São João Del Rei é de 84.469 habitantes, de acordo com os dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010, com população estimada em 88.405 habitantes para 2013, chegando a uma taxa de crescimento anual de 4,45%. Podemos observar, na tabela 01, a divisão demográfica de acordo com a faixa etária.

Tabela 01. Divisão demográfica da população de São João Del Rei, Minas Gerais, 2010, segundo faixa etária, de acordo com dados do IBGE.

Faixa etária	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	1.797	1.806
5 a 9 anos	2.674	2.580
10 a 14 anos	3.223	3.072
15 a 19 anos	3.408	3.327
20 a 29 anos	6.702	6.882
30 a 39 anos	6.337	6.715
40 a 49 anos	6.196	6.847
50 a 59 anos	5.067	5.468
60 a 69 anos	2.739	3.446
70 a 79 anos	1.456	2.165
80 a 89 anos	434	974
90 a 99 anos	68	167
Mais de 100 anos	1	6

Fonte: IBGE, 2010.

A taxa de urbanização do município é de aproximadamente 94%. A infra-estrutura de serviços é adequada, apresentando taxa de 84,1% de abastecimento de água e taxa de 80,6% de recolhimento de esgoto por rede pública e esgoto, fornecimento de energia elétrica para todos os domicílios, internet e telefonia em quase toda área urbana e rural, além de correios e bancos na área central e em bairros mais afastados.

As principais atividades econômicas em São João Del Rei estão nas áreas da agricultura, indústria e comércio. A cidade é um dos principais polos industriais do Campo das Vertentes. Na cidade, estão localizadas multinacionais como a Bozel Brasil S/A e a LSM Brasil S/A.

A cidade tem grande importância no âmbito da cultura religiosa, possuindo várias igrejas em estilo barroco.

O município apresenta adequada estrutura educacional, não havendo nenhuma área descoberta. A região é provida de 34 creches, 46 entidades para ensino fundamental e 14 para o ensino médio, e além de possuir faculdades particulares, possui a Universidade Federal de São João Del Rei e institutos técnicos profissionalizantes como SESI/SENAI.

A taxa de escolarização da população de São João Del Rei é de 67,86%. O número de habitantes alfabetizados em 2010 era de 76.473 pessoas, o número de matrículas no Ensino Fundamental em 2012 era de 11.269 e no Ensino Médio era de 3.818 matrículas. A incidência de pobreza é de 27,04 %. De acordo com o banco de dados nacional do SIAB, em 2010, 38% da população era coberta pela Estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Em 1991, foi instituído no município de São João Del Rei, através da lei n° 2.784, o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Atualmente o CMS local tem a seguinte composição: 24 membros, tendo 50% de representação de usuários, 25% de entidades governamentais e prestadores de serviço e 25% de trabalhadores do SUS. A parcela dos usuários é composta pela associação de moradores, trabalhadores urbanos, portadores de deficiência, trabalhadores rurais, um representante da Sociedade São Vicente de Paula no Município de São João Del Rei, um representante da APAE, um da associação de dependentes químicos e um dos Aposentados e Pensionistas - (ASAP). Das entidades governamentais conta-se com representantes da prefeitura municipal, dos hospitais privados e conveniados com o SUS, das entidades privadas que prestam serviço ao SUS, da secretaria estadual e representante do INSS. Dos trabalhadores do SUS conta-se com membros do SUS indicados por seus pares, sendo estes, representantes dos Trabalhadores Federais da Saúde (SINTS-PREV), dos Trabalhadores Estaduais da Saúde (SIND-SERV), dos Trabalhadores Municipais da Saúde, dos trabalhadores em hospitais, consultórios (SINTRAS), da associação Médica e das Associações dos demais profissionais da área de saúde.

O CMS possui sessões plenárias a cada 30 dias e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus membros. Cada membro tem direito a um voto único. A fiscalização do desempenho do CMS fica a cargo da Câmara Municipal.

Os recursos referentes à saúde são repassados ao município através do Fundo Municipal de Saúde. A constituição do Fundo já é uma realidade desde 1990 com a edição da lei 8080 e a lei 8142. De acordo com o DATASUS de 2009, a despesa total com a saúde foi de aproximadamente R\$31 milhões, sendo que quase R\$24 milhões foram de transferência para o SUS. A despesa com saúde por habitante foi de R\$367,96. Os gastos com procedimentos foram cerca de R\$11 milhões.

O Programa Saúde da Família foi implantado em 05/04/2000 e qualificado pelo Ministério da Saúde, em 07/07/2000, portaria n.º 751. A criação resultou de levantamento da FUNREI que mostrou o perfil social, econômico, epidemiológico, sanitário, cultural e cívico dos vários bairros e micro áreas do município, fornecendo dados para que a Secretaria Municipal de Saúde criasse uma estratégia de atendimento abrangente, inovadora no cuidado da saúde pública, priorizando a prevenção da doença, através da atenção básica na área da saúde em todos os seus aspectos. O município conta com várias equipes de PSF, dentre elas: Bela Vista, Guarda-Mor, Senhor dos Montes, Tijuco e Bonfim.

O Programa já cobre grande parte do município, permitindo a melhora da qualidade de vida das pessoas e das comunidades, diminuição das demandas aos ambulatórios médicos e aos Prontos Socorros, diminuição da morbimortalidade populacional, diminuição das internações hospitalares, cobertura pré-natal em 98% dos casos, realização do esquema vacinal básico em 98,66% dos casos, taxa de aleitamento materno exclusivo em 81% dos casos, entre outros.

O município de São João Del Rei é polo microrregional, onde está instalada a Gerência Regional de Saúde, que é uma unidade da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. A cidade conta com vários postos de saúde tradicionais, Unidades Básicas de Saúde e com mais de dez unidades que fazem parte do PSF.

O pronto atendimento, nos casos de Urgência e Emergência, é realizado na Antônio Andrade Reis Filho, aberta UPA 24horas/dia. Atualmente, foi implantada na cidade uma unidade regional do SAMU, responsável por atender São João Del Rei e região. Conta ainda com dois hospitais de média complexidade, a Santa Casa da Misericórdia e o Hospital Nossa Senhora das Mercês. Em 2009, de acordo com o DATASUS, a população contava com 647 médicos, 41 enfermeiros, 245 auxiliares de enfermagem, 127 técnicos de enfermagem, 58 fisioterapeutas, 50 farmacêuticos e 35 psicólogos.

1.2. A Unidade de Saúde da Família (USF)Tejuco 801

A ESF foi criada em São João Del Rei no ano de 2000. Neste ano foi implantado no bairro Tejuco a ESF Tejuco801. Posteriormente, foram criadas duas equipes no bairro Tejuco, a 802 e a 801. A ESF está instalada na Rua José Cândido Gouveia, 72 e funciona de segunda a sexta-feira, no período de 07 às 17 horas.

A ESF é composta por 2 médicos clínicos gerais, 1 enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem, 1 médica pediatra, 1 fisioterapeuta, 1 psicóloga e 7 agentes comunitários de saúde.

O prédio da ESF Tejuco 801 não foi construído para funcionar como uma UBS. Trata-se de uma área alugada e deste modo não tem estrutura adequada. Sua estrutura física é composta de: 02 banheiros; 01 cozinha; 01 consultório de enfermagem; 02 consultórios multiprofissionais; 01 sala para aferição de pressão arterial, pesagem de adultos, medição de glicemia; 01 sala para pesagem de crianças, realização de nebulização; 01 sala para arquivar prontuários e 01 sala para recepção.

O espaço físico não está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde em termos de quantidade e qualidade, pois falta 01 sala para agentes, 01 sala de reuniões, 01 sala

de curativos, 01 sala de vacinação, 01 consultório ginecológico com banheiro anexo, 01 sala para lavagem e desinfecção de materiais, 01 sala de esterilização, 01 depósito de materiais de limpeza (DML), 01 rouparia, 01 almoxarifado, 01 abrigo reduzido de resíduos sólidos e 01 lavanderia. Por isso, alguns procedimentos como curativos e vacinação não são desenvolvidos no local, ficando a cargo das outras equipes de saúde. Além disso, a manutenção regular da infra-estrutura da unidade não tem acontecido como deveria e os cômodos não se encontram identificados, como o recomendado.

As consultas médicas acontecem por agendamento. Os pacientes que não estavam agendados são atendidos pelo enfermeiro e de acordo com a necessidade são encaminhados para a consulta médica no mesmo dia ou tem sua consulta agendada para outro dia. A triagem da enfermagem conforme Protocolo de Manchester é realizada de segunda a sexta-feira, no período da manhã.

Os atendimentos e procedimentos disponibilizados na unidade são: atendimento médico (clínico geral e pediatria), atendimento de enfermagem, visitas domiciliares, puericultura, exame preventivo, nebulização, injeção, teste do pezinho, glicemia capilar, aferição de pressão arterial, medidas antropométricas, educação em saúde / grupos operativos, classificação de risco.

A área de abrangência da equipe Tejuco 801 é dividida em 7 micro áreas. Embora existam 3 equipes, o crescimento e o surgimento de casas populares no bairro, inviabilizaram a cobertura da totalidade da população. Essa área em questão não é atendida pelos agentes comunitários de saúde, que recebem apenas atendimento médico e de enfermagem das 3 equipes.

Funcionando como pontos de atenção à saúde, existe na área de abrangência o Centro de Referência de Medicina Antroposófica que faz parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Dentro do território de responsabilidade da equipe, encontram-se pequenos córregos poluídos e lotes vagos que frequentemente são utilizados para acúmulo de lixo. O acúmulo de lixo e o abandono do cuidado desses lotes favorecem o aparecimento de animais como cães, ratos e baratas. Estes aspectos mostram a necessidade de ações para prevenção de agravos como dengue, leptospirose, doenças infecciosas, além de acidentes com animais.

Apesar da maioria da população da área de abrangência receber água da rede pública existe um número considerável de pessoas que consomem água de nascentes ou poços.

A maior parte da população do bairro não possui plano de saúde, fato que reforça a necessidade de existir nesta área uma ESF para garantir o acesso da população ao serviço de saúde.

Na ESF Tejuco 801, atualmente, estão cadastrados 474 (12,62%) pacientes hipertensos e 98 (2,02%) pacientes diabéticos. Além disso, a ESF possui 36 gestantes cadastradas, sendo 07(19,44%) adolescentes. A população local de idosos corresponde a 12,46% da população total. Em 2012 foram realizados apenas 55 exames de Papanicolau, o que equivale a uma cobertura de apenas 4,74% neste ano. Foram diagnosticados 03 pacientes com tuberculose (0,10%).

2 JUSTIFICATIVA

Os cuidados inadequados com recém-nascidos e lactentes, principalmente no que tange à alimentação nessa fase da vida foram considerados o principal problema para intervenção da equipe de saúde.

Na ESF 801 do Tijuco as consultas de puericultura são realizadas pela médica pediatra que pertence à equipe de saúde e pela médica pediatra que atende no Núcleo Materno Infantil para onde são referenciadas crianças de todo o município.

A pediatra da ESF é responsável por suprir as necessidades das três ESF do bairro Tejuco. Portanto, a demanda acaba se tornando maior que o número de consultas disponibilizadas.

Assim, muitas crianças da comunidade não passam pelo número necessário de consultas de puericultura, e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças muitas vezes não é realizado. As consultas de puericultura são rápidas, devido à grande demanda, ficando os pais sem orientação adequada sobre os cuidados com os lactentes. Além disso, o analfabetismo, a pobreza, a inexperiência das mães adolescentes e as questões culturais promovem hábitos incorretos.

Os erros mais frequentes dos pais estão relacionados à alimentação do bebê no primeiro ano de vida.

Durante discussão com a equipe de saúde sobre o tema “dificuldades dos pais e familiares para prestarem cuidados às crianças até o primeiro ano de vida”, foi sugerido que os agentes comunitários de saúde assumissem a tarefa de instruir e orientar as famílias sobre os cuidados corretos, principalmente em relação à alimentação das crianças, durante as visitas domiciliares.

A melhoria da informação e criação de programas para orientação aos pais e familiares sobre o cuidado com a criança até o primeiro ano de vida, permitirá a redução de erros durante a assistência ao lactente e promoverá uma melhor qualidade de vida e do estado de saúde das crianças da região, permitindo o correto crescimento e desenvolvimento das crianças, influenciando no estado de saúde do indivíduo adulto.

3. OBJETIVOS

Elaborar plano de ação a fim de capacitar os agentes comunitários de saúde para orientação das famílias sobre as corretas práticas alimentares no cuidado ao lactente.

4 METODOLOGIA

Para realização desta proposta de intervenção foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) composto por 10 passos (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Este método proporciona ao pesquisador buscar na própria realidade de atuação a problemática, classificar os problemas de acordo com a prioridade e elaborar medidas práticas e planejadas de atuação na realidade pesquisada, produzindo modificações.

O primeiro passo foi o diagnóstico situacional da unidade de saúde fazendo o reconhecimento da unidade básica de saúde Tejuco do município de São João Del Rei.

O diagnóstico em saúde possibilita o levantamento de dados pertinentes de uma determinada área de abrangência. Diagnóstico significa "através do conhecimento" isto é, não há como realizar diagnóstico sem um conhecimento prévio e amplo da área de atuação. Portanto, o importante é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento.

O planejamento é um mediador entre o conhecimento e a ação. É preciso conhecer no território os problemas, suas causas e consequências para então pensar em uma intervenção. Deve-se realizar o diagnóstico de forma coletiva, com os membros da equipe de saúde.

Para definição do problema, foi utilizado a Estimativa Rápida, identificando os erros dos pais e familiares relacionados à alimentação dos lactentes como um problema significativo para intervenção urgente da equipe.

Em seguida foi feita a descrição do problema selecionado e por fim a definição dos “nós críticos” que foram: falta de conhecimento e orientação dos pais e familiares sobre alimentação na infância, falta de conhecimento e orientação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o assunto, reduzido número de consultas de puericultura para a população pediátrica da área de abrangência, cultura adquirida pela população no manejo alimentar do lactente, negligência e maus tratos no cuidado à criança, déficit de recursos financeiros pela família para comprar alimentos adequados para a nutrição do lactente, como as fórmulas infantis. O último nó crítico, apesar de contribuir para o problema encontrado, não é passível de resolução pela equipe de saúde local, pois se trata de problema que envolve questões políticas e econômicas e foge ao alcance da área de atuação dos profissionais de saúde.

Estes dados foram coletados através de realização de reuniões da equipe de saúde e conversa com os agentes comunitários de saúde e conversa com a população, principalmente com as mães dos lactentes durante consulta médica.

De posse dos dados, buscou-se na literatura estudos que contribuíssem para sustentação teórica da proposta. O levantamento de dados bibliográficos foi feito na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bireme e Scielo com os descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Alimentação, Alimentação Complementar, Agentes Comunitários de Saúde e Educação em Saúde.

Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde; do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF); do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo exposto na Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a base para a promoção de um nível de saúde adequado aos povos que lhes permita levar uma vida social e economicamente ativa. Para atingir esse objetivo é essencial que a APS faça uso dos cuidados primários com a saúde, nos quais estão inseridos a promoção da nutrição apropriada e os cuidados de saúde materno-infantil. A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde e o respeito a esses direitos possibilitam o pleno crescimento e desenvolvimento humano (DIAS *et al*, 2010; JAIME *et al*, 2006).

O surgimento de Ações de Alimentação e Nutrição no Brasil ocorreu no ano de 1954, com a criação do Programa da Merenda Escolar. Em 1970, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), vinculado ao Ministério da Saúde, que lançou o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN), o II PRONAN e o III PRONAN. Os programas privilegiavam grupos considerados vulneráveis, como as gestantes e as crianças, e incorporavam projetos que atuavam em diferentes setores como: saúde, assistência social, educação, trabalho e abastecimento de alimentos básicos. Em 1990, com a publicação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei 8.080/90), a vigilância nutricional (VAN) e a orientação alimentar foram incluídas no campo de atuação do SUS. A Vigilância nutricional fornece dados sobre o padrão alimentar e nutricional da população e estes dados são encontrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Em 1999 o Ministério da Saúde assume o compromisso com a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos agravos nutricionais e então é publicada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2013).

Para potencializar as ações de promoção da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, foi elaborada a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, que tem como finalidade a formação de profissionais de saúde da Atenção Básica, para promover a orientação alimentar nos serviços de saúde. Em 2005 são também instituídos o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Além da suplementação com micronutrientes, a fortificação do sal com iodo e as farinhas com ferro e ácido fólico foram ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o controle das deficiências nutricionais (JAIME *et al*, 2006).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, pertencente à rede Cegonha, que pretende incentivar a orientação alimentar como atividade de

rotina nos serviços de saúde, desde o incentivo e apoio ao aleitamento materno até a introdução da alimentação complementar de qualidade (BRASIL, 2013).

A elaboração de programas nacionais relacionados à alimentação e nutrição objetiva a manutenção de adequadas práticas alimentares pela população, uma vez que esta é base fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos da criança e do adulto. A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas e os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves conseqüências para os indivíduos e as comunidades e podem gerar repercussões ao longo de toda a vida de um indivíduo (BRASIL, 2009). Por estar em desenvolvimento toda criança é muito vulnerável e o déficit de crescimento linear adquirido cedo na infância é difícil de ser revertido após os 2 anos e por isso, atingir a alimentação ideal para a maioria das crianças é estratégia para assegurar a segurança alimentar de uma população (MONTE *et al*, 2004).

Segundo Silva *et al* (2010) as crianças brasileiras menores de cinco anos apresentaram uma queda importante na prevalência de desnutrição energético-proteica em todo o país, mas a prevalência de crianças sob risco de desenvolvimento de obesidade na infância tem aumentado. As deficiências de micronutrientes, especialmente a hipovitaminose A, a anemia ferropriva e os distúrbios por deficiência de iodo, continuam sendo alguns dos principais problemas de saúde no Brasil. Tanto a desnutrição, como a obesidade, são expressões de erros alimentares. Uma criança desnutrida ou obesa poderá se tornar um adulto obeso e com outros distúrbios nutricionais associados, como diabetes, hipertensão e dislipidemias. O crescimento da obesidade e das dislipidemias entre crianças gera preocupação e denota atenção dos familiares e profissionais na área da saúde e da educação para a melhora da qualidade na alimentação dessas crianças. Políticas públicas voltadas para a Educação Nutricional tornam-se assim necessárias.

Durante os anos acumularam-se evidências científicas sobre a importância da amamentação e da alimentação complementar adequada. Em 2001, a partir de uma revisão bibliográfica a OMS lançou a proposta de Estratégia Global para a alimentação infantil a partir da qual recomenda a promoção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, e a introdução de alimentos complementares adequados a partir de seis meses, com manutenção da amamentação por dois anos ou mais. Estabeleceu-se consenso de que não há benefício que justifique a introdução precoce de alimentos complementares antes dos seis meses (DIAS *et al*, 2010).

O aleitamento materno é um componente importante na alimentação infantil e isoladamente, nutre adequadamente a criança nos primeiros seis meses de vida. A partir dessa

época deve ser complementado e a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso, e na prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública (BRASIL, 2005).

Nos últimos anos, têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem tido menos progressos. Uma parcela da população, incluindo profissionais de saúde, desconhece os novos conhecimentos sobre alimentação infantil adquiridos nos últimos 20 anos (MONTE *et al*, 2004).

O conhecimento sobre a nutrição, por todos os profissionais que atuam no campo da alimentação infantil, parece ser essencial para a melhora do quadro do estado nutricional das crianças, pois estes, além de contribuir na formação do hábito alimentar das crianças, podem auxiliar os pais na realização de tal tarefa (SILVA *et al*, 2010).

Entende-se que a cultura, condições de vida e experiências cotidianas das populações influenciam o modo como os indivíduos se alimentam e de que a cultura e o comportamento humano influenciam-se mutuamente (ROTEMBERG, VARGAS, 2004). Assim sendo, entende-se o porquê de muitos erros no cuidado ao lactente, principalmente no que tange a alimentação infantil, ainda serem problemas frequentemente encontrados no dia a dia da população brasileira. As práticas de cuidado visando ao êxito da amamentação e da alimentação infantil são influenciadas por diferentes pessoas do contexto cultural nos quais pertencem as mães, sejam elas do meio familiar, do sistema profissional ou popular (GROSS *et al*, 2011).

O desmame precoce ainda é uma realidade no país e algumas práticas de alimentação complementar preocupantes são observadas em muitas pesquisas realizadas no Brasil. A grande maioria dos lactentes começa a receber alimentação complementar aos 4 meses de idade, muitos sendo alimentados com leite de vaca integral. A adição de açúcar e achocolatado ao leite de vaca integral e às fórmulas infantis são frequentes a lactentes menores de 6 meses. Somente 12% dos lactentes menores de 6 meses usam fórmula infantil e somente 6,7% daqueles com mais de 6 meses de idade. A fórmula infantil frequentemente é diluída ou concentrada de maneira inapropriada. As deficiências nutricionais específicas, principalmente as de zinco, ferro e vitamina A associadas à alimentação complementar nos lactentes também são relatadas. A ingestão de alimentos processados, como biscoitos e sucos de fruta, também é muito alta no Brasil, sendo fontes deficientes desses nutrientes (GREER, 2010).

Neste contexto, a orientação nutricional da criança assume papel imprescindível para garantir seu desenvolvimento satisfatório. Diante da importância em se orientar adequadamente cuidadores de crianças menores de dois anos de idade e profissionais de saúde quanto à prática da alimentação infantil, justifica-se a retomada dos estudos de aconselhamento nutricional, que tem o objetivo de aconselhamento quanto à prática da alimentação saudável e esclarecimento das necessidades nutricionais da criança (CAMPOS *et al*, 2014).

O Ministério da Saúde prevê que atividades relativas ao cuidado façam parte do campo de atuação do ACS nos espaços de vida cotidiana da criança como domicílio e instituições de educação infantil, para atuação na prevenção de doenças, promoção da saúde e identificação de necessidades especiais precoces, como nas que apresentam alteração no processo de crescimento e desenvolvimento, desvios na alimentação e imunização atrasada. Tal proposta permitiria a imediata abordagem da criança com algum sinal de risco (MACHADO *et al*, 2010).

A educação em saúde, desenvolvida pelos ACS, pode ser considerada uma atividade essencial para a promoção em saúde. O ACS é capaz de mediar os saberes populares com os conhecimentos científicos adquiridos ao integrar uma equipe multiprofissional (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013).

No âmbito da equipe da ESF, acredita-se que o agente comunitário de saúde (ACS) constitui elemento em posição privilegiada para a implantação de ações de promoção à saúde no que se refere à orientação da população sobre alimentação infantil, devendo ser capacitado para tal (MACHADO *et al*, 2010).

5.1 Infância

5.1.1 Alimentação de lactentes

O uso de leite materno exclusivo é preconizado pela OMS até os seis meses de idade. O aleitamento materno deve ser oferecido em regime de livre demanda logo após o parto, sem horários estipulados, desde que a mãe se encontre em adequadas condições para praticar o aleitamento. O aleitamento materno é essencial, pois evita mortes infantis, diarreia, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias, HAS, colesterol alto, diabetes e de obesidade, melhora a nutrição, tem efeito positivo na inteligência, melhora desenvolvimento da cavidade bucal, apresenta menores custos financeiros, protege a mãe contra câncer de mama, evita nova gravidez e melhora o vínculo afetivo entre mãe e filho. A técnica de amamentação e a

pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama (BRASIL, 2009).

Nos casos em que o aleitamento materno está contra-indicado ou há impossibilidade para sua execução uma fórmula infantil de partida deve ser iniciada antes dos seis meses de idade e uma fórmula infantil de seguimento iniciada após os seis meses. Para as crianças em uso dessas fórmulas infantis, a introdução de alimentos não lácteos deve seguir o mesmo preconizado para aquelas em aleitamento materno exclusivo, ou seja, a partir dos seis meses de idade. O leite de vaca (“in-natura”, integral, pó ou fluido) não é considerado alimento apropriado para crianças menores de um ano, pois apresenta inadequações nutricionais para a idade (BRASIL, 2006). Se iniciado o leite de vaca, este deve ser apropriadamente diluído e a criança deve receber suplementação vitamínica e de ferro, e introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida (BRASIL, 2014).

Água, chás e outros leites devem ser evitados, pois seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação. O uso da chupeta tem sido desaconselhado pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno e estar associado a uma maior ocorrência de candidíase oral, de otite média e de alterações do palato (BRASIL, 2005).

A introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil, uma vez que ocorre menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno e, além disso, esses alimentos são fonte de contaminação e podem possuir valor nutricional inferior ao leite materno. A alimentação complementar precoce pode diminuir a duração do aleitamento materno, interferir na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno como o ferro e o zinco, reduzir a eficácia da lactação na prevenção de nova gravidez e pode estar ligada ao desenvolvimento de doenças atópicas. Introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, pois o acarreta parada ou atraso do crescimento da criança, além de aumentar o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes (MONTE, GIUGLIANI, 2004; TADDEI, WARKENTIN, 2012).

A partir dos seis meses de idade, a introdução de alimentos complementares deve ser iniciada, pois apenas o leite materno não supre as necessidades nutricionais da criança. Idealmente a amamentação deve ser mantida até os dois anos de idade ou mais. O estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição) permite a iniciação desses alimentos. A Alimentação complementar é o conjunto de outros alimentos, além do leite materno, oferecidos durante o período de aleitamento (BRASIL, 2005).

Os alimentos complementares devem ser oferecidos, inicialmente, em forma de papa, passando para consistência de pequenos pedaços e, após o primeiro ano deve atingir a consistência dos alimentos consumidos pela família. A introdução dos alimentos deve ser gradual e fornecida com colher. Deve-se ter cuidado durante a administração desses alimentos pelo risco de sua contaminação devido à manipulação inadequada. Água potável deve ser fornecida porque os alimentos apresentam maior sobrecarga de solutos para os rins do lactente (MATTOS *et al*, 2006).

A composição da dieta deve ser variada e fornecer todos os tipos de nutrientes. O aleitamento materno deve continuar e naqueles casos em que isso não é possível, deve-se usar fórmula infantil de seguimento. As frutas devem ser oferecidas nesta idade, preferencialmente sob a forma de papas e sucos e nenhuma fruta é contra-indicada. Os sucos naturais devem ser usados preferencialmente após as refeições principais em uma dose máxima de 240ml/dia. A primeira papa salgada deve ser oferecida entre o sexto e sétimo mês, no horário de almoço ou jantar, podendo ser utilizados os mesmos alimentos da família, desde que adequados às características do lactente. Tal refeição deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carne e hortaliças. Óleo vegetal e sal devem ser usados em menor quantidade e deve-se evitar o uso de caldos e temperos industrializados. A papa deve ser amassada e não peneirada ou batida no liquidificador. A carne não deve ser retirada, mas sim, picada e oferecida à criança. Entre sete e oito meses, respeitando-se a evolução da criança, deverá ser introduzida a segunda refeição de sal. Assim que possível, os alimentos não precisam ser muito amassados (BRASIL, 2009).

A criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de sal e uma de fruta) e aquela não amamentada, seis refeições (duas papas de sal, uma de fruta e três de leite). Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida, pois o consumo desses tipos de alimentos está associado ao excesso de peso e à obesidade ainda na infância, condições que podem perdurar até a idade adulta, além de provocarem dislipidemias, alteração da pressão arterial, anemia e alergias. No primeiro ano de vida não usar mel pelo risco de botulismo (BRASIL, 2009).

Recomenda-se que os alimentos sejam oferecidos separadamente, para que a criança identifique os vários sabores e os aceite. Não se deve acrescentar açúcar ou leite nas papas, pois podem prejudicar a adaptação da criança à dieta. A exposição frequente a um determinado alimento facilita a sua aceitação. O ovo inteiro pode ser introduzido, sempre cozido, após o sexto mês. A maneira como será conduzida a mudança do regime alimentar

poderá determinar atitudes favoráveis ou não em relação ao hábito e comportamento alimentares (MATTOS *et al*, 2006).

Nessa fase inicial, manifestam-se as predisposições genéticas como a preferência pelo sabor doce, a rejeição aos sabores azedos e amargos e uma indiferença pelo sabor salgado. Para permitir a atuação dos mecanismos reguladores do apetite e saciedade, deve-se respeitar o tempo de adaptação da criança aos alimentos, suas preferências e quantidade de volume ingerido. Atitudes impositivas podem induzir a forçar a criança a consumir porções mais volumosas do que o necessário além de alimentos hipercalóricos, favorecendo o aumento das taxas de obesidade e também de inapetência na infância. A alimentação complementar, embora com horários mais regulares, deve permitir a atuação do mecanismo fisiológico da regulação da ingestão alimentar, mantendo, assim, a percepção correta das sensações de fome e saciedade, característica imprescindível para a nutrição adequada, sem excessos ou carências (BRASIL, 2009).

No segundo ano de vida, a amamentação deve continuar. As refeições de sal devem ser semelhantes às dos adultos. Podem ser consumidos todos os tipos de carnes e vísceras. Deve-se estimular o consumo de frutas e verduras e desaconselhar a utilização de alimentos artificiais e corantes, assim como os “salgadinhos” e refrigerantes, lembrando que os hábitos alimentares adquiridos nesta idade mantêm-se até a vida adulta. Deve ser incentivada a ingestão média de 500 ml de leite, assim como de outros derivados para garantir correta oferta de cálcio. Nessa fase, as crianças devem receber diariamente três refeições principais e dois lanches, em quantidade adequada. A queixa de recusa alimentar é muito frequente no segundo ano de vida, quando a velocidade de crescimento diminui bastante em relação ao primeiro ano e, conseqüentemente diminuem também as necessidades nutricionais e o apetite. As crianças devem ser estimuladas a comer vários alimentos, com diferentes gostos, cores, consistência, temperaturas e texturas. A dependência de um único alimento como o leite pode levar a um desequilíbrio nutricional. O sal deve ser usado com moderação. Não deve haver restrição de gordura e de colesterol durante os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2005).

Nos casos de alimentação deficiente com riscos de carência, as vitaminas devem ser utilizadas sob a forma medicamentosa, principalmente nos primeiros anos de vida. Em relação à reposição de vitaminas e minerais na infância as recomendações atuais são: A vitamina K deve ser dada ao nascimento, na dose de 0,5 a 1 mg por via intramuscular, para prevenir a doença hemorrágica. A vitamina D deve ser dada na dose de 200UI/dia até 18 meses em lactentes em aleitamento materno exclusivo ou recebendo menos de 500 ml de fórmula infantil e que não tenham exposição solar adequada. A vitamina A deve ser administrado a

cada 4-6 meses em regiões de alta prevalência de hipovitaminose A. O sulfato ferroso deve ser fornecido para todo lactente, nascido a termo, que não estiver em aleitamento materno exclusivo ou em uso de fórmula infantil fortificada (pelo menos 500 ml) na dose de 1mg/kg/dia até os dois anos de idade. Para os nascidos prematuramente (com peso maior que 1500g) ou de baixo peso, a partir do 30º dia de vida, na dose de 2mg/kg/dia no primeiro ano, seguido por 1mg/kg/dia até dois anos de idade. Para recém-nascidos de extremo baixo peso fornecer 4mg/Kg/dia para prematuros com peso abaixo de 1000g e 3mg/Kg/dia para prematuros com peso entre 1000 e 1500g (MATTOS *et al*, 2006).

O Ministério da Saúde/OPAS e a Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram, para crianças menores de dois anos, dez passos para a alimentação saudável, conforme exposto na tabela 2.

Tabela 2. Dez passos para a alimentação saudável em crianças menores de dois anos, segundo Ministério da Saúde/OPAS e a Sociedade Brasileira de Pediatria.

Passo 01	Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
Passo 02	A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
Passo 03	Após os seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes), três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.
Passo 04	A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
Passo 05	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
Passo 06	Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.
Passo 07	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 08	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 09	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu

	armazenamento e conservação adequados.
Passo 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: Brasil, 2005.

5.1.2 Educação em saúde

Educação em saúde envolve a aprendizagem sobre as doenças, seus efeitos sobre a saúde, em como preveni-las e em como restabelecer o estado de saúde do indivíduo, levando em consideração os fatores sociais que afetam a saúde. Dessa forma, ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como um conceito mais amplo de um processo que abrange a participação da população no contexto de sua própria vida. Este conceito envolve uma noção de saúde mais ampliada que integra os aspectos físicos e mentais, pessoais e emocionais da pessoa aos aspectos ambientais e sócio-ecológicos (MALFITANO et al., 2009; CESAR et al., 2002).

Atualmente existem diferentes modelos de educação em saúde, os quais apresentam diferentes práticas. Uma forma de educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriado se reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas diferenciadas (VÍTOLO et al., 2014; SILVA, A. C. et al., 2010).

A educação é um instrumento precioso na saúde quando se constitui em ação política que busca a participação popular consciente e garantia do indivíduo de decidir sobre suas ações e responsabilizar-se sobre o seu destino. A educação respeita os princípios da liberdade humana, a autonomia, a conscientização, a reflexão crítica sobre o mundo e a formação política dos indivíduos (SILVA, A. C. et al., 2010).

A educação em saúde é uma prática pedagógica que objetiva a produção coletiva do conhecimento, através da problematização da realidade, autoconhecimento e autotransformação, e está baseada no conceito de saúde como sendo aquele onde ocorre qualidade de vida, equidade, participação e cidadania (VÍTOLO et al., 2014; MALFITANO et al., 2009).

Pode ser intitulada como Educação Popular em Saúde porque pressupõe que o saber coletivo sobre saúde é construído pela junção entre o saber popular e o saber técnico.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo ACS, a educação em saúde deve ser considerada como uma das ações base da promoção em saúde. Os ACS possuem potencial de atuação política e educativa através do saber, das vivências e das experiências que esse profissional traz acerca do processo saúde-doença e da dinâmica de vida e trabalho da coletividade em que vive (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013).

5.1.3. Estratégia de Saúde da Família

A partir de 1997, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) passaram a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde. A estratégia Saúde da Família busca uma reorientação do modelo de atenção a partir da Atenção Básica e, ao mesmo tempo, uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde. O modelo procura agir sobre as necessidades em saúde, atuando de forma preventiva e não apenas através de práticas curativas. (BORSTEIN, STOTZ, 2008).

Sobre o agente comunitário de saúde recaem expectativas de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde. Na equipe de saúde, ele é o trabalhador que detém o maior conhecimento sobre a área onde atua. Os ACS conhecem as crenças e os valores da realidade em que vivem, e com isso desenvolvem a integração da equipe com a população local. O ACS deve realizar a promoção da saúde, planejar e avaliar ações de saúde, prevenir e monitorar grupos específicos (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013). Além de sua origem e inserção na comunidade onde atua, o ACS tem participação profissional no serviço de saúde, e isto lhe possibilita o acesso ao saber popular e também ao tecno-científico (BORSTEIN, STOTZ, 2008).

A educação popular como metodologia e como movimento social aponta para uma mediação transformadora. As diferentes formas de mediação presentes no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde oscilam entre o convencimento e a transformação. Considera que a função mediadora desempenhada pelos agentes pode ser de grande importância na mudança do modelo assistencial, na medida em que assuma um caráter transformador, e entende a educação popular como um caminho para o fortalecimento desta forma de mediação e para a mudança do modelo assistencial (BORSTEIN, STOTZ, 2008).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Identificação dos problemas

A análise dos dados coletados permitiu a elaboração de uma lista dos principais problemas identificados.

É alto o número de gestantes adolescentes na região. Não há na ESF, a não ser durante as consultas médicas, orientação sobre contracepção e planejamento familiar. O uso incorreto de anticoncepcionais orais e o desconhecimento das mulheres da comunidade sobre outros métodos contraceptivos são preocupantes.

Não há abastecimento de água a todos os domicílios, principalmente nas áreas mais carentes como o bairro Tejuco e nas áreas rurais. A utilização de água não tratada está associada ao grande número de casos de diarreia infecciosa e parasitoses intestinais na região, afetando principalmente a população infantil.

O uso de drogas ilícitas e lícitas como o álcool ainda é grande. A área de abrangência da ESF Tejuco 801 é uma região muito carente onde o índice de pobreza, violência e tráfico de drogas ainda são altos. O serviço conta com uma CAPES álcool e drogas como apoio, mas o problema ainda merece atenção.

O número de tabagistas atendidos é significativo e o grupo antitabagismo recentemente implantado está mal estruturado.

Muitos pacientes apresentam problemas sociais e familiares e fazem uso de medicações ansiolíticas e antidepressivas, como os benzodiazepínicos, muitas vezes usados de maneira incorreta e sem acompanhamento médico e/ ou de um psicólogo.

A taxa de escolarização da população é de 67,86%. Portanto, o índice de analfabetismo ainda é significativo e influencia nas condições de saúde/doença de grande parte da população. O analfabetismo e a baixa escolaridade são fatores que dificultam a comunicação entre profissionais e pacientes e podem levar a não adesão dos pacientes ao tratamento.

A cidade conta apenas com uma UPA 24hs para os atendimentos de urgência/emergência pelo SUS, que se encontra sobrecarregada, não conseguindo atender à demanda. Por outro lado, os pacientes temem necessitar de atendimento na unidade e reclamam da má qualidade do serviço e da longa espera pela consulta.

Durante as consultas médicas os pacientes são questionados quanto à realização de atividade física e poucos pacientes relatam manter atividade física rotineiramente. Além disso,

não há incentivo formal à iniciação e manutenção da prática de esportes, seja através da criação de grupos de caminhadas e ginásticas ou da oferta de locais adequados para realização de atividade física. Neste sentido, a baixa adesão à atividade física regular aliada à falta de orientação profissional sobre a importância de uma boa alimentação pode estar relacionadas ao aumento de casos de obesidade na população.

O número de atendimento aos pacientes adolescentes é baixo e esta faixa etária é consideravelmente descoberta, não havendo nenhum tipo de programa voltado para a orientação quanto aos principais dilemas vivenciados nessa fase da vida.

A dificuldade em manter o acompanhamento dos idosos na ESF é uma questão importante, pois é comum, por parte dos familiares, a negligência no cuidado com esses pacientes.

A falta de alguns especialistas na rede é outro problema que merece destaque, pois sem os quais não há como tratar determinados agravos de saúde da população. Um exemplo é a doença arterial periférica e a insuficiência venosa crônica. Muitos pacientes com ulceração crônica de membros inferiores são atendidos e necessitam de abordagem cirúrgica, mas permanecem por anos aguardando um atendimento especializado.

A taxa de aleitamento materno exclusivo até os quatro meses é de 81%, valor que ainda pode ser melhorado. A população ainda deve ser orientada quanto à importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e as mães devem ser atendidas durante o período de amamentação para que o vínculo com a equipe de saúde não seja perdido.

Apesar da boa cobertura do pré-natal para as gestantes da região, os erros relacionados aos cuidados com os recém-nascidos e lactentes ainda é frequente e motivo de preocupação dos profissionais da ESF.

Após o levantamento dos problemas, foi feita a classificação dos mesmos por prioridade. Todos os problemas citados abaixo são importantes, mas através de discussão com a equipe de saúde foi considerado como sendo prioritários aqueles que, a partir de medidas implantadas, apresentassem resultados em menor prazo. Os problemas são citados abaixo em ordem de prioridade:

1. Cuidados inadequados com recém-nascidos e lactentes;
2. Erros alimentares e obesidade;
3. Sedentarismo e falta de grupos de incentivo a realização de atividades físicas;
4. Alto índice de tabagismo;
5. Alto índice de uso de drogas ilícitas e álcool;

6. Uso inadequado de medicações psicotrópicas;
7. Falta de orientação contraceptiva e sobre planejamento familiar;
8. Baixa cobertura de atendimento aos adolescentes;
9. Dificuldade de acompanhamento dos idosos e negligência familiar;
10. Alto índice de doenças diarreicas agudas e parasitoses intestinais;
11. Analfabetismo e pobreza;
12. Número insuficiente de unidades para atendimento de urgência/emergência pelo SUS;
13. Falta de especialidades médicas na rede.

6.2. Priorização dos Problemas

Quadro 01: Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Tejuco 801

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Cuidados inadequados com recém nascidos e lactentes	Alta	07	Parcial	01
Erros alimentares e obesidade	Alta	07	Parcial	02
Sedentarismo e falta de grupos de incentivo a realização de atividades físicas	Alta	07	Parcial	03
Alto índice de tabagismo	Alta	07	Parcial	04
Alto índice de uso de drogas ilícitas e álcool	Alta	07	Parcial	05
Uso inadequado de medicações psicotrópicas	Alta	07	Parcial	06
Falta de orientação contraceptiva e sobre planejamento familiar	Alta	07	Parcial	07
Baixa cobertura de atendimento aos adolescentes	Alta	07	Parcial	08
Dificuldade de acompanhamento dos idosos e negligência familiar	Alta	06	Parcial	09
Alto índice de doenças diarreicas agudas e parasitoses intestinais	Alta	06	Parcial	10
Analfabetismo e pobreza	Alta	06	Baixa	11
Número insuficiente de unidades para atendimento de urgência/emergência pelo SUS	Alta	06	Baixa	12
Falta de especialidades médicas na rede	Média	05	Baixa	13

Fonte: Própria autora.

6.3 Descrição do problema

Foi definido como objeto de estudo o alto índice de erros alimentares praticados pelos familiares no cuidado ao lactente. Esse problema, identificado como prioridade para atuação da ESF do Tejuco 801, está relacionado à vários aspectos como o baixo acesso às consultas de puericultura e a falta de orientação das famílias sobre o tema pelos profissionais da área da saúde e dos ACS.

6.4 Explicação do problema e seleção dos nós críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), para explicar um problema que se quer enfrentar é preciso entender a sua formação, identificando suas causas. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

Abaixo estão listadas prováveis causas e consequências do alto índice de erros alimentares no cuidado ao lactente. Prováveis causas:

- Baixo nível de informação e orientação familiar sobre alimentação na infância;
- Baixo nível sócio-econômico das famílias, o que dificulta o acesso aos alimentos ideais;
- Hábitos culturais inadequados;
- Influência de pessoas do convívio familiar, como avós, vizinhos ou babás;
- Baixo acesso às consultas de puericultura;
- Negligência ao lactente;
- Baixo nível de conhecimento dos profissionais de saúde e dos ACS sobre o tema.

Possíveis consequências:

- Atraso ou parada de crescimento e desenvolvimento da criança;
- Aumento dos índices de desnutrição e obesidade infantil;
- Aumento do risco de desenvolvimento de HAS, DM, dislipidemias em crianças e adultos;
- Aumento dos índices de carências nutricionais e desenvolvimento de anemias; hipovitaminoses, deficiência de zinco e outros minerais;
- Aumento de incidência de alergias alimentares e atopias.

6.5 Desenho das operações

Quadro 02: Desenho das operações para os “nós” críticos do problema “cuidados inadequados com os recém-nascidos e lactentes no que se refere à alimentação”.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de conhecimento e orientação dos pais e familiares sobre alimentação na infância	“Conhecer” Orientação dos pais durante as consultas de puericultura Orientação dos pais durante as visitas domiciliares pelos ACS Reuniões de grupos de discussão entre profissionais de saúde e pais	Melhorar o acesso à informação dos familiares e reduzir a incidência de práticas alimentares inadequadas no cuidado ao lactente.	Aumento do número de consultas de puericultura Aumento do número de visitas domiciliares direcionadas Grupo de orientação familiar	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organizar agenda para aumento do número de consultas de puericultura e visitas domiciliares direcionadas, criação das reuniões de grupo
Falta de conhecimento e orientação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o assunto	“Capacitar” Avaliação do nível de conhecimento sobre o tema pelos ACS Realização de reuniões dos profissionais de saúde da equipe objetivando a capacitação dos ACS sobre o tema	Capacitar os ACS para orientação familiar durante as visitas domiciliares sobre alimentação infantil Capacitação dos ACS para realizarem busca ativa das crianças sob cuidados alimentares inadequados que devem passar por consulta médica	Resultado da avaliação do nível de conhecimento das ACS sobre o tema. Reuniões de equipe para discussão do tema e orientação das ACS Capacitação dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: organização da agenda para as reuniões de equipe. Material: sala para reuniões, materiais educativos, questionários semi estruturados antes do término da capacitação
Reduzido número de consultas de puericultura para a população pediátrica da área de	“Mais puericultura” Organizar agenda do médico clínico geral para disponibilização de horário para	Aumentar o número de consultas de puericultura para lactentes menores de 2 anos.	Maior número de consultas de puericultura, realizadas pelo clínico geral.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema pelo clínico geral Organizacional: organização da agenda. Materiais: sala e

abrangência	realização de consultas de puericultura			materiais para avaliação do lactente
Hábitos culturais adquiridos pela população no manejo alimentar do lactente	“Novo saber” Orientar a população sobre as corretas práticas alimentares no cuidado ao lactente Desmistificar culturas populares inadequadas	Melhorar a qualidade e o acesso a informação sobre o tema Reduzir as práticas alimentares inadequadas no cuidado ao lactente	Adesão aos grupos de orientação familiar e às consultas de puericultura e desconstrução de crenças populares prejudiciais à saúde.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: Organização da agenda Materiais: sala para reuniões do grupo

Fonte: Própria autora.

6.6 Identificação dos recursos críticos

Quadro 03: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “cuidados inadequados com os recém nascidos e lactentes no que se refere à alimentação”.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Conhecer	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organizar agenda para reuniões de grupo e consultas de puericultura Financeiro: recursos para folhetos, recursos audiovisuais etc. Estrutural: espaço físico para realização de reuniões de grupos e consultório médico
Capacitar	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: organização da agenda para as reuniões de equipe Material: materiais educativos, questionários semi estruturados antes da capacitação. Estrutural: sala para reuniões da equipe
Mais puericultura	Cognitivo: conhecimento do clínico geral sobre o tema. Organizacional: organização da agenda. Materiais: materiais para avaliação do lactente Estrutural: consultório médico
Novo saber	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: Organização da agenda Materiais: sala para reuniões do grupo de orientação familiar

Fonte: Própria autora.

6.7 Análise da viabilidade

Quadro 04: Propostas de ações para motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos: ator que controla	Controle dos recursos críticos: motivação	Ações estratégicas
Conhecer Orientação familiar.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organizar agenda Estrutural: espaço físico para realização de reuniões de grupos e consultório médico. Financeiro: recursos para folhetos, recursos audiovisuais etc.	Profissionais da ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Agendamento de consultas de puericultura e visitas domiciliares direcionadas Criação do Grupo de orientação familiar
Capacitar Capacitar os ACS sobre o tema	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: organização da agenda para as reuniões de equipe Estrutural: sala para reuniões da equipe Material: materiais educativos.	Profissionais da ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Reuniões da ESF
Mais puericultura Atendimento de puericultura pelo clínico geral	Cognitivo: conhecimento sobre o tema pelo clínico geral Organizacional: organização da agenda. Estrutural: consultório médico Materiais: recursos materiais para avaliação do lactente	Profissionais da ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Agendamento de consultas de puericultura para o clínico geral
Novo saber Desmistificar práticas alimentares inadequadas	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: Organização da agenda Materiais: sala para reuniões do grupo de orientação familiar	Profissionais da ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Reuniões de grupo de orientação familiar

Fonte: Própria autora.

6.8 Cronograma de operacionalização da proposta

Quadro 05: Cronograma de operacionalização da proposta de ação para redução da ocorrência de erros alimentares no cuidado ao recém-nascido e lactente.

Fonte: Própria autora.

Operações	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Conhecer Orientação familiar	Aumento do número de consultas de puericultura Aumento do número de visitas domiciliares direcionadas Grupo de orientação familiar	Agendamento de consultas de puericultura e visitas domiciliares direcionadas Criação do Grupo de orientação familiar	A enfermeira, a médica e os ACS da equipe da ESF.	06 meses para início das atividades.
Capacitar Capacitar os ACS sobre o tema	Resultado da avaliação do nível de conhecimento das ACS sobre o tema Reuniões de equipe para discussão do tema e orientação das ACS Capacitação dos ACS.	Reuniões da ESF	A enfermeira, a médica da ESF.	03 meses para início das atividades.
Mais puericultura Atendimento de puericultura pelo clínico geral	Maior número de consultas de puericultura, realizadas pelo clínico geral.	Consultas de puericultura realizadas pelo clínico geral	A médica da Equipe da ESF	06 meses para início das atividades.
Novo saber Desmistificar práticas alimentares inadequadas	Adesão aos grupos de orientação familiar e às consultas de puericultura e desconstrução de crenças populares inadequadas.	Reuniões de grupo de orientação familiar	A enfermeira e médica da ESF	06 meses para início das atividades

Fonte: Própria autora.

6.9 Orçamento

Os custos previstos para esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da unidade de saúde e/ou recursos providos do município.

6.10 Avaliação e acompanhamento do projeto

Operação “Conhecer”					
Coordenação: Luana Evangelista Santiago – avaliação após 04 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1- Aumento do número de visitas domiciliares direcionadas	Os ACS da Equipe da ESF.	06 meses	Iniciado	Visitas domiciliares direcionadas a menores de 02 anos (já iniciadas)	Prazo mantido a partir do início do projeto.
2- Aumento do número de consultas de puericultura.	A médica da Equipe da ESF.	06 meses	Iniciado.	Consultas de puericultura estão sendo realizadas pelo médico clínico geral.	Prazo mantido a partir do início do projeto.
3- Grupo de orientação familiar.	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF	06 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação	Prazo estendido para 08 meses do início do projeto

Operação “Capacitar”					
Coordenação: Luana Evangelista Santiago – avaliação após 04 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1- Resultado da avaliação do nível de conhecimento das ACS sobre o tema	A médica da Equipe da ESF.	03 meses	Concluído	Aplicação de questionário antes da capacitação	Prazo mantido a partir do início do projeto.
2- Reuniões de equipe para discussão do tema e orientação das ACS	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	03 meses	Concluído.	Reuniões foram realizadas.	Prazo mantido a partir do início do projeto.
3-Capacitação dos ACS	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF	03 meses	Concluído	Reuniões realizadas com a equipe e os ACS	Prazo mantido a partir do início do projeto

Operação “Mais puericultura”					
Coordenação: Luana Evangelista Santiago – avaliação após 04 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1-Consultas de puericultura realizadas pelo clínico geral	A médica da Equipe da ESF	06 meses	Iniciado.	Consultas de puericultura estão sendo realizadas pelo médico clínico geral.	Prazo mantido a partir do início do projeto.

Operação “Novo saber”					
Coordenação: Luana Evangelista Santiago – avaliação após 04 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1- Reuniões de grupo de orientação familiar	A médica e a enfermeira da ESF	06meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo estendido para 08 meses do início do projeto.

Fonte: Própria autora.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura mostrou a importância dos profissionais de saúde em promover práticas alimentares adequadas durante a assistência ao lactente. Dentre essas práticas ressalta-se a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a gradual e oportuna introdução da alimentação complementar após os seis meses de idade. A alimentação ideal durante a infância permite o pleno desenvolvimento da criança e do adulto.

As práticas alimentares inadequadas durante a nutrição do lactente ainda é uma problemática relevante no país, e possibilitam a ocorrência de distúrbios nutricionais na infância, como desnutrição, anemia ferropriva, hipovitaminose A e obesidade.

Devido sua importância, o tema exige atenção dos profissionais de saúde, já que são estes os responsáveis pela orientação dos pais e familiares e pela promoção das práticas alimentares adequadas na infância.

A proposta é que se desenvolvam atividades educativas e de capacitação com os profissionais de saúde, em especial com os agentes comunitários de saúde para que estes possam realizar a promoção de práticas alimentares saudáveis através da “educação popular em saúde”.

A Educação em Saúde é uma ferramenta política importante para buscar uma reorientação do modelo assistencial de saúde, na qual transmite ao indivíduo conhecimentos necessários para que o mesmo decida sobre seu destino, além de caracterizá-lo como sendo responsável pela sua própria saúde.

O estudo possibilitou a criação de um projeto de intervenção para a capacitação dos ACS sobre o tema e propôs a criação de um grupo de orientação familiar. Pretende-se com essas medidas possibilitar uma redução dos índices de erros alimentares do lactente praticados na área de abrangência da ESF Tejuco 801. Posteriormente, novos estudos serão necessários para avaliar a eficácia dessas medidas educativas na redução dos índices de erros relacionados ao tema cometidos nessa comunidade.

REFERENCIAS

BASSICHETTO, K. C; RÉA, M. F. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. *Jornal de Pediatria*, v. 84, n. 1, 2008.

BORNSTEIN, V. J; STOTZ, E. N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. *Trabalho em educação de saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 32 p.: il.

BRASIL. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 26 outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 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). Guia alimentar para menores de dois anos. Ministério da saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2009, 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

BRASIL. Promovendo o aleitamento materno. UNICEF 2010. Disponível em <www.unicef.org.br>. Acesso em 26 outubro 2014.

CAMPOS, A.A.O. et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciências de saúde coletiva*; v.19, n.2, p. 529-538, 2014.

CAMPOS, A.A.O. et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciências da saúde coletiva*, v.19, n.2, p. 529-538, 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento estratégico situacional. In: Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CESAR, J. A. et al. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* vol.18 n.6 Rio de Janeiro Nov./Dez. 2002

DIAS, M. C. A. P et al. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-486, maio/jun. 2010.

FEDERAL, Legislação. Lei Orgânica da Saúde n 8080 de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), v. 128, p. 55-90, 1990.

GREER, F.R. Comentário: Preocupações referentes à alimentação complementar de lactentes no Brasil. *Jornal de Pediatria*, Rio janeiro, v. 86, n. 3, p. 169-170., 2010.

GROSS, F.M. et al. Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras. *Acta paulista de enfermagem*, São Paulo, v.24, n.4. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 maio 2014.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica: A experiência de organização no governo brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.24, n.6, p.:809-824, nov./dez. 2011.

MACHADO, M. C. H. S. et al. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v.10, n.4, out./dez. 2010.

MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciências da saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan. 2014.

MALFITANO, A. S; LOPES, R. E. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. *Caderno CEDES*, Campinas, v.29, n.79, Set./Dez. 2009.

MATTOS A. P, et al. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. Sociedade Brasileira de Pediatria/Departamento de Nutrologia., São Paulo, 2006, 64 p.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.80, n.5, nov. 2004.

PEREIRA, I. C; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.66, n.3, mai/jun. 2013.

ROTEMBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado à saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 4 , n. 1, jan./mar. 2004.

SILVA, A. C. et al. Analisando conhecimentos e práticas de agentes educacionais e professoras relacionados a alimentação infantil. *Ciência & Educação*, v. 16, n. 1, p. 199-214, 2010.

Sistema de Vigilância alimentar e nutricional: Orientações para implementação nos municípios.UNICEF 2010. Disponível em <www.unicef.org.br>. Acesso em 26 outubro 2014.

TADDEI, J. A. C; WARKENTIN, S. Alimentação nos primeiros três meses de vida. Revista Paulista de Pediatria, v. 30, n. 2, p. 156, 2012.

VÍTOLO, M. R.et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar.Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n.8, ago. 2014.