



**TATIANE FERREIRA DOS SANTOS**

**VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO: O PROCESSO DA  
VISITA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DRº LENDRO DOS SANTOS  
SOUSA FILHO, EM OEIRAS DO PARÁ, PA**

**OEIRAS DO PARÁ  
2017**



**TATIANE FERREIRA DOS SANTOS**

**VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO: O PROCESSO DA  
VISITA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DRº LENDRO DOS SANTOS  
SOUSA FILHO, EM OEIRAS DO PARÁ, PA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Daniel Victor Coriolano Serafim

**OEIRAS DO PARÁ**

**2017**

## RESUMO

Trata-se de um estudo Clínico Intervencionai, onde serão classificados os pacientes com fatores de risco como, obesidade, sedentarismos, dislipidemias, maus hábitos dietéticos e hipertensão arterial encontrado durante o processo de cadastramento e acompanhamento na comunidade. Os sujeitos envolvidos na intervenção é a população da UBS de Porto Grande, com um total de 4643 habitantes do município Cametá, estado Pará, Brasil. Trabalharemos com o total de pacientes adultos diabéticos, compreendidos na faixa etária de 15 anos e mais, sendo um total de 49, deles 27 são masculinos e 22 femininas. A equipe de profissionais que desenvolvera a intervenção esta composta por o médico, o enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os assistentes sociais. Nosso objetivo será desenvolver estratégias para aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes com diabetes mellitus e/ou risco de adoecer, além de diminuir as complicações com promoção de hábitos de vida saudáveis. Realizaremos uma intervenção, com atividades educativas a nível individual e grupal em sala comunitária do posto de saúde, desenvolvendo conferências e palestra a população, com 4 atividades, uma vez por semana, as quartas feiras, começando às duas horas da tarde, com uma duração de 60 minutos cada uma. Também, possibilitaremos que a população selecionada para o estudo poda transmitir os conhecimentos adquiridos ao resto das pessoas, e assim, poder garantir modo e estilos de vidas mais saudáveis, diminuindo os fatores de risco de padecer a doença, reduzindo a incidência e complicações de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

**Descritores: Atenção Primária, Educação em saúde , Promoção da saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>8</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR</b>	<b>15</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>18</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>21</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Minha formação acadêmica se deu através da medicina pela Elam (Escola Latino-Americana de Medicina) em 2014. Foram 06 anos de aprendizado médico, me preparando para saber lidar no dia-a-dia com a atenção básica em saúde e atender as pessoas mais necessitadas de conhecimentos mediante o Sistema Único de Saúde.

A Escola Latino-Americana de Medicina é reconhecida oficialmente pela Comissão Educacional para Graduados Médicos Estrangeiros (ECFMG) e pela Organização Mundial de Saúde. É totalmente credenciado pela Medical of Board California, que tem os mais rigorosos padrões dos EUA.

Logo após eu me formar e revalidar meu diploma no Brasil, ingressei no Programa do Governo Mais Médicos e pude aprimorar ainda mais meus conhecimentos participando de vários cursos e ao mesmo tempo atendendo a população no Município de Oeiras do Pará, PA. Oeiras do Pará está localizada ao norte do Pará, na microrregião de Cametá, limitando-se ao norte com o rio Pará, a oeste com Bagre, ao sul com os municípios de Mocajuba e Baião e a leste com Limoeiro do Ajurú e Cametá. A população oeirense está estimada em 23.252 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 3.500 famílias.

Eu atuo na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, localizada na Rua Magalhães Barata, no Centro de Oeiras. Centro é uma comunidade na zona urbana do município Oeiras do Pará, onde sua população está em torno de 750 moradores, destacando as atividades fundamentais que são a agricultura e a pesca e depois a outra fonte empregatícia é o setor público (prefeitura). A maioria das casas é construída de madeira, mais pode-se encontrar outras de alvenaria. As estradas estão em péssimas condições e no período das chuvas ficam quase sem condições de tráfego. A água fornecida à população é tratada e bombeada através de um poço e levada a estação de tratamento que é custeada pelo município sem custo algum para a população e logo distribuído através da rede pública, a maiorias das famílias não acostumam filtrar, ferver ou clorar a água. A rede de esgotos é inexistente e em algumas casas pode ser encontrado as fossas sépticas, a disposição ou destino dos resíduos sólidos é inadequada já que não contam com serviço de coleta pública de lixo. A comunidade é abastecida de corrente elétrica e não existe transporte público,

contando com barcos particulares que fazem o transporte para as cidades vizinhas que fazem uma viagem diária, seis dias na semana. Outros meios de locomoção são barcos particulares (rabetas), bicicletas, motos e cavalos. As opções de lazer são os rios, balneários, a praça principal da cidade e torneios esportivos estudantil.

As estruturas comunitárias disponíveis na área de abrangência que servem como rede de apoio são formadas por uma escola, uma igreja e alguns estabelecimentos comerciais, onde o movimento dos moradores é tranquilo, todos desenvolvem seus afazeres do dia a dia e alguns viajam fora da comunidade para trabalhar ou estudar. É composta predominantemente por mulheres jovens, que em sua maioria donas de casa. Os homens geralmente estão vinculados à agricultura, pesca e colheita de Açaí. As crianças são precocemente incorporadas às atividades agrícolas do núcleo familiar mas dispõem de acesso a escola.

O diagnóstico da demanda da UBS se dá através de maiores prevalências relacionadas as verminoses e as avitaminoses, as quais são as principais causas de busca pela atenção médica. A falta de saneamento básico e a ocorrência de diarreia e parasitoses intestinais tem alta correlação, sobretudo entre as crianças, mas também em adultos. A gravidez na adolescência tem um meio propício nesta comunidade.

Como um dos maiores problemas de saúde da região são as avitaminoses, ao longo do curso Mais Médicos, pude elaborar um Projeto de Intervenção, o qual constará em anexo ao final deste trabalho, com o objetivo de incentivar de maneira correta a introdução à alimentação complementar de lactentes atendidos pela Unidade de Saúde da Família.

Na alimentação inicial da criança, ela recebe o leite materno a partir do primeiro momento de vida, tratando-se de uma amamentação exclusiva indicada até a criança completar seis meses e a partir daí, deve ser complementada com outros alimentos até a criança chegar aos dois anos de idade, para que possa proteger a saúde da criança (POLIDO et al, 2011).

Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores (BRASIL, 2015). O lactente que vai fazer a introdução à alimentação complementar precisa ser assistido pela equipe de saúde da família,

assim como sua mãe deve ser orientada, sendo esse o grande desafio do profissional de saúde, que busca auxiliar a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, e estar atento às necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações e dificuldades.

Como justificativa para a realização deste projeto, em meio a vivência no trabalho na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, pode-se perceber que a ocorrência dessa introdução à alimentação complementar, muitas vezes acaba se tornando um tabu, pois muitas mães não possuem orientações e não sabem quais alimentos introduzir ao lactente, de modo a qualificar sua alimentação.

Diante do exposto, o problema desse projeto de intervenção trata-se da singela questão: Como incentivar de maneira correta a introdução à alimentação complementar de um lactente?

Portanto, a realização desse projeto de intervenção se torna importante pois muitas mães atendidas pela UBS na cidade de Oeiras do Pará necessitam de orientações através da educação em saúde, para melhorar a qualidade de vida do lactente e oferecer suporte alimentar, prevenindo assim futuros problemas nutricionais e de desenvolvimento.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Essa etapa de estudo de caso será baseada em meio a vivência no trabalho na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, pode-se perceber que a ocorrência dessa introdução à alimentação complementar, muitas vezes acaba se tornando um tabu, pois muitas mães não possuem orientações e não sabem quais alimentos introduzir ao lactente, de modo a qualificar sua alimentação.

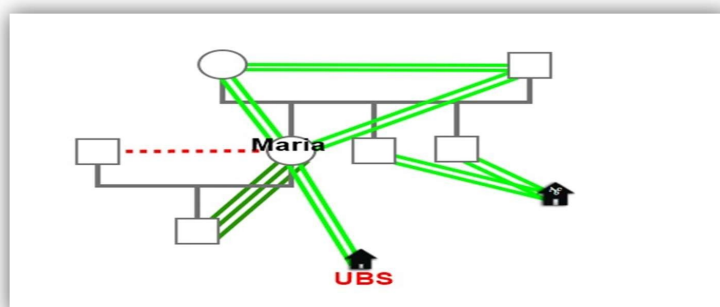
A alimentação complementar em lactentes no primeiro ano de vida é um fator importante a ser considerado, pois implica no desenvolvimento psicomotor e intelectual da criança, assim deve ser bem iniciada e acompanhada pelos profissionais da saúde.

Para falar sobre alimentação complementar é necessário abordar o aleitamento materno, pois o leite materno é a fonte inicial de todos os nutrientes que a criança precisa para se desenvolver, sendo antes necessário conhecer suas características principais e sua importância na promoção da saúde da mãe e do bebê.

O Ministério da Saúde (2015), em seu manual do aleitamento materno e alimentação complementar, traz o aleitamento como uma estratégia eficaz que promove a nutrição da criança, o vínculo entre mãe e filho é econômico e reduz a mortalidade infantil, sendo vital para a saúde da mãe e do filho.

A paciente de nome fictício “Maria”, 31 anos, solteira, branca, compareceu a UBS para avaliação e consulta de puerpério, com seu filho de 06 meses e afirmou que está tendo dificuldades em amamentar pois apresenta mamilo invertido e necessitava de orientações para melhorar essa situação.

Genograma



Fonte elaborado pela própria autora.



Maria é mãe solteira, mora com seus pais e mais dois irmãos na cidade de Oeiras, PA. Os pais apoiam Maria, sua mãe a acompanha muitas vezes nas consultas de puerpério e ajuda a filha a criar a criança, tendo em vista que o pai a abandonou, se mudando para outra cidade.

#### Antropometria

- Altura: 1,58m;
- Peso atual: 55,8kg;
- Peso pré-gestacional: 50kg (IMC pré-gestacional =  $20,02\text{kg}/\text{m}^2$  – Eutrófica);
- Peso gestacional final: 65kg (ganhou 15kg na gestação, dentro da normalidade segundo a classificação da Accioly et al de 2009 que considera o ganho entre 11,5 e 16,0kg);
- Percentual de gordura corporal atual: 30% IMC: PA/A2 =  $55,8/2,49 = 22,40$ , segundo a OMS (1995,1998) a paciente encontra-se Eutrófica.
- Relata apresentar mamilo invertido o que dificulta a pega pela criança.

Histórico de antecedentes: Não há casos.

Informações da primeira amamentação: Relata que teve uma gravidez tranquila, sentiu azia durante uma semana no primeiro trimestre da gestação. Amamentou nas primeiras horas do pós-parto, entre 3 e 4 horas depois. No 3º dia pós-parto a paciente relata que o seu leite empedrou e que sentia muitas dores ao amamentar e que ao ordenhar descia no máximo 20mL. Ao perceber que a criança estava icterícia resolveu entrar em contato com a pediatra para saber por que a criança estava ficando assim e que estava ofertando o leite por meio de uma chuquinha. A pediatra orientou-a para que ela desse através de colher ou copinho, para que a bebê não recusasse o peito posteriormente.

Passou a usar também bico de silicone, concha e pomada de Lanolina, usou durante uma semana com o objetivo de melhorar a ordenha. Com isso, a produção de

leite voltou ao normal e não sentiu mais dores ao amamentar.

## Exames

### Hemograma:

Material: SORO		Referência
<b>HEMOGRAMA COMPLETO</b>		
Hematocrito.....	34,00	( 36,00 a 47
Hemoglobina.....	12,50 g %	( 12,00 a 15
Hemácias.....	4,05 milhoes/mm3	( 4,00 a 5,0
Volume Corpuscular Medio(VCM).	83 u3	( 80 a 96
Hemoglobina Corp. Media (HCM).	28 pg	( 23 a 34
Concentração Hemoglobina(CHCM)	33,82 %	( 28,00 a 35
RDW.....	13,10 %	( 11,00 a 14
Leucocitos.....	6.100 /mm3	( 5.000 a 10
Basófilos.....	0 % 0/mm3	0 a 1 0.
Eosinófilos.....	5 % 305/mm3	1 a 5 50.
Metamielócitos.....	0 % 0/mm3	0 a 1 0.
Bastões.....	1 % 61/mm3	1 a 5 50.
Segmentados.....	59 % 3.599/mm3	50 a 70 2.500.
Linfócitos Típicos.....	29 % 1.769/mm3	20 a 40 1.000.
Linfócitos Atípicos.....	0 % 0/mm3	0 a 0 0.
Monócitos.....	6 % 366/mm3	3 a 8 150.
PLAQUETAS.....	326,00 mil/mm3	( 140,00 a 450
MÉTODOS: COUNTER CELLS		

### Urina:

#### URINA TIPO I

Método: Reflectometria por química seca

EXAME FÍSICO-QUÍMICO:		VALORES DE REFERÊNCIA:
Densidade:	1010	1005 - 1030
pH:	6.0	5.0 - 8.5
Esterase leucocitária:	<10 /uL	<10 /uL
Nitrito:	Negativo	Negativo
Proteínas:	Negativo	Negativo
Glicose:	Negativo	Negativo
Corpos cetônicos:	Negativo	Negativo
Urobilinogenio:	Normal	Normal
Bilirrubinas:	Negativo	Negativo
Hemoglobina:	Negativo	Negativo
MICROSCOPIA DO SEDIMENTO:	-	
Células:	Raras	Raras
Hemácias:	1 /campo.	Ate 3/campo.
Leucócitos:	1 /campo.	Ate 5/campo.
Cilindros:	Ausentes	Ausentes
Obs.:	-	

Fonte Google imagens, 2017.

Resultado: valores normais

### Elaboração do Projeto Terapêutico Singular – Caso Maria

Lista de problemas: Dificuldade na amamentação – Mamilos invertidos; Bebê não consegue sugar ou tem sucção débil;

Metas para resolver os problemas: Em pesquisa na literatura, segundo o Ministério da Saúde (2002), as metas para resolver esses problemas de dificuldade em amamentar são:

- Orientar a mãe a estimular suas mamas regularmente por meio de ordenha manual;
- Se houver resistência às tentativas de ser amamentado sem causa aparente, acalmar o bebê e a mãe;
- Se o bebê não consegue pegar ou não consegue manter a pega, observar fatores que possam estar relacionados.
- O bebê larga a mama e chora, considerar se ele está bem posicionado, se o fluxo de leite é muito intenso ou se ele está recebendo mamadeira;
- Se o problema for dificuldade do bebê para sugar em apenas uma das mamas, pode estar relacionado com o mal posicionamento do bebê ou variação anatômica;
- Observação e orientação quanto a mamada;
- Orientação e demonstração dos exercícios simples;
- Movimentos orais atípicos (disfunções orais);
- Anestésicos utilizados durante o parto;
- Posicionamento do RN;

Divisão de responsabilidades:

A divisão de responsabilidades acontece entre a equipe de saúde que atenderá o paciente: Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeira: acolhimento com visitas domiciliares; Marcação de consultas e

encaminhamentos; Interação com reuniões e familiares. Médico: Atenderá através da consulta e fornecerá orientações quando necessário. Fará encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa.

Avaliação através de reuniões periódicas (duas vezes ao mês) para avaliação das metas planejadas. Se for necessário serão reavaliadas mediante o alcance dos resultados positivos no atendimento ao paciente.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

Com base nos estudos de casos do eixo 2 – Núcleo Profissional, foi possível ampliar os conhecimentos sobre a promoção da saúde, educação em saúde e níveis de prevenção. Segundo Lopes et al (2010), a educação em saúde é uma estratégia de promoção em saúde que tem como objetivo trabalhar com a prevenção das doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa promoção teve início com a Carta de Ottawa de 1986, através de uma estruturação mundial da saúde, envolvendo países da América Latina e Europa Ocidental.

Dessa forma, a promoção em saúde é caracterizada como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986 apud LOPES et al, 2010).

Percebe-se que a base da promoção em saúde trata-se de conscientizar a população sobre a prevenção das doenças, e que a educação em saúde é uma das estratégias para tornar essa promoção possível em vários países e no Brasil.

Nos dias atuais, a educação em saúde deve ser realizada de modo popular, onde o profissional enfermeiro deve levar em consideração as crenças e valores da população atendida, e realizar conversas educativas de modo a estabelecer uma troca de conhecimentos culturais através de um diálogo efetivo com a população. Nesse contexto, a UBS realiza a promoção de saúde através da educação em saúde, abordando as formas de prevenções das doenças. Na UBS, a educação em saúde é feita com os grupos de riscos, conforme a figura abaixo:



Fonte: google imagens, 2017.

A Educação em Saúde torna-se uma ação fundamental para garantir novas práticas sanitárias, e cabe a equipe elaborar o planejamento de suas ações de modo a incluir o conhecimento ativo da população e chamar a atenção dos gestores de saúde para o investimento constante nessa prática que revoluciona o aprendizado e a prevenção.

A educação em saúde é traçada de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, voltada para a população atendida pelo SUS, onde segundo Alves e Aerts (2011), ocorre através da educação popular em saúde, onde os profissionais da ESF enfrentam os problemas de saúde estabelecendo a comunicação com a população, respeitando suas culturas, reconhecendo e aprimorando seus conhecimentos.

A implementação da educação em saúde na ESF pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, mas o médico e o enfermeiro da unidade são prestigiados a planejar essas estratégias de modo a contribuir para que a população possa cada vez mais ser capaz de praticar a prevenção das doenças.

Para complementar, o objetivo da educação em saúde e atuação da equipe, é trabalhar com a prevenção de doenças e agravos a saúde da comunidade. Assim, é importante saber os níveis de prevenção compreendidos pelos estudos de caso: De acordo com Lopes et al (2010), na figura abaixo existem 03 níveis de prevenção de

doenças e agravos:

### Prevenção de doenças a 3 níveis distintos:

- **Prevenção primária** (exercício, alimentação saudável);
- **Prevenção secundária** (rastreamento de hipertensão, colesterol, problemas de visão, audição);
- **Prevenção terciária** (alcoólicos anônimos, reabilitação cardíaca).

Fonte: Lopes et al, 2010.

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Assim, a prevenção primária é aquela que se trabalha muito na Unidade Básica de Saúde, com ações que eduquem a população a não desenvolver a doença. A prevenção secundária envolve o rastreamento de uma doença para prevenção dos riscos e agravos desta. A prevenção terciária envolve a reabilitação em saúde.

Dessa forma, na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, a promoção da Saúde voltada para o puerpério e relacionada com o estudo de caso anterior sobre aleitamento materno, consta de educação em saúde com a comunidade e com o grupo de gestantes, para trabalhar temas e promover uma prevenção primária e secundária, quando houver necessidade.

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribuem para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser

informadas dos benefícios da amamentação, ou melhor, das desvantagens do uso de leites não humanos, e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

A preparação física das mamas para a lactação não tem se mostrado benéfica e não tem sido recomendada de rotina. Exercícios para protrair os mamilos durante a gravidez, como espichar os mamilos e a manobra de Hoffman, na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo inclusive induzir o parto. Dispositivos para protrair os mamilos também não têm se mostrado eficaz. A maioria dos mamilos apresenta melhora com avançar da gravidez, sem nenhum tratamento.

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

Por intermédio das formas de promoção em saúde e prevenção de doenças através da educação em saúde, muito utilizada na Unidade Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, vistas na atividade 3 deste portfólio, a estratégia complementar utilizada na educação em saúde é a visita domiciliar. Conforme mencionado na introdução, no atendimento à população é preciso diagnosticar problemas e estabelecer intervenções, como no projeto de intervenção, assim a visita domiciliar também é garantia desse acompanhamento.

A visita Domiciliar não é utilizada apenas como meio de prevenção e promoção da saúde, mas também é um meio de acompanhamento dos casos dos pacientes atendidos na unidade, bem como a realização de procedimentos no domicílio quando este não pode se locomover até a Unidade, como também é um meio de aproximação do usuário com os profissionais de saúde.

Muitos autores na literatura trazem definições de visita domiciliar e a coloca como principal estratégia de abordagem da família: Assim, a VD pode ser definida como um instrumento no conjunto dos instrumentos (técnicas, procedimentos e saberes) da enfermagem em saúde coletiva, utilizado para intervenção no processo saúde- doença familiar, realizada no local de moradia, e não de trabalho ou estudo (MOURÃO et al., p.87).

De acordo com Santos e Kirschbaum (2008), as políticas públicas de saúde estão sempre mudando suas estratégias, sempre adequando o modelo de saúde estabelecido com a realidade da população atendida. Assim, o modelo assistencial da

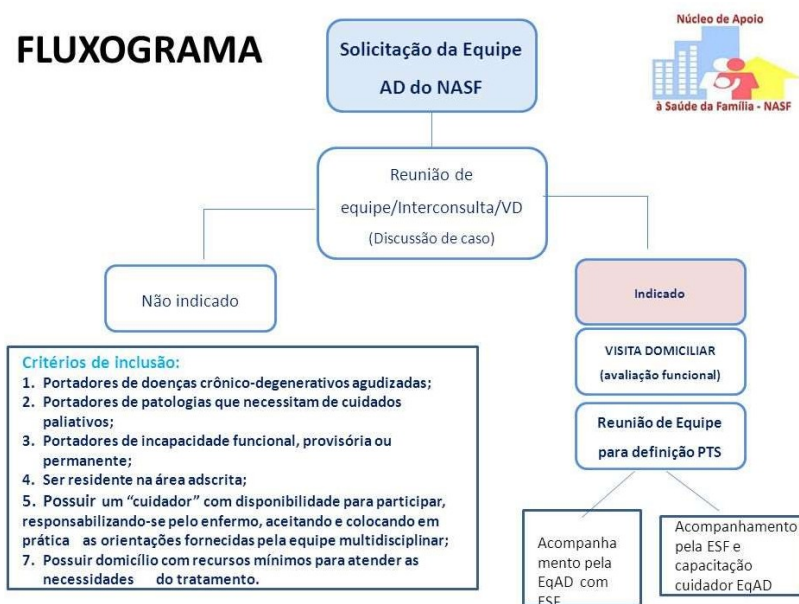
UBS busca na visita domiciliar a proposta de realizar ações de forma integral, permitindo conhecer a família e o indivíduo como um todo e o ambiente em que está inserido. O autor Canhestro et al (2006), relata em seu estudo sobre a visita domiciliar que é um momento em que os profissionais conhecem mais os pacientes e familiares:

Na prática observamos que tais pacientes e seus familiares se comportam de formas diversas em relação à doença crônica. Alguns se adaptam mais rapidamente, outros de maneira mais lenta e alguns nunca se adaptam. Parece-nos claro que para tais pacientes atingirem algum nível de adaptação, necessitam de suporte constante por parte dos profissionais de saúde, a fim de que possam equilibrar as complexas conexões entre a própria doença, o regime de tratamento e o estado emocional. Eles necessitam dos cuidados especiais de profissionais que busquem o desenvolvimento de estratégias apropriadas para cada situação (CANHESTRO, et al, 2006, p. 02).

Portanto, os pacientes com doenças crônicas devem ser acompanhados além da UBS e das consultas formais, devem ser visitados, tratados em seus domicílios quando houver necessidade, receberem um acolhimento e abordagem essenciais para sua recuperação.

Na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, a visita domiciliar para pacientes com doenças crônicas funciona da seguinte forma:

Figura 01: Fluxograma de roteiro para visita domiciliar



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.



Mediante o Fluxograma acima, podemos perceber que a visita ocorrerá da seguinte forma:

1º - solicitada pela Equipe quando necessário diante dos casos que aparecerem nas demandas da Unidade;

2º - Discussão do caso através de reunião com a equipe e envolvidos;

3º - Indicada: se ela for indicada será realizada por um profissional pertinente dependendo da situação de saúde da pessoa atendida: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agente comunitário de saúde.

4º - É feito um Projeto Terapêutico para a condição de cada paciente domiciliar;

5º - no local, a equipe de saúde deve abordar a família de forma acolhedora, acompanhar procedimentos de saúde, consultar, encaminhar, solicitar exames, registrar as informações no prontuário;

6º - Após a visita, o caso será discutido novamente pela equipe e será avaliado, vendo a necessidade e o tempo da próxima visita, a qual já será programada e agendada.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Referente aos aspectos que foram estudados ao longo desse curso de Especialização, apresento uma autoavaliação positiva, com a ampliação dos conhecimentos e o crescimento profissional como médica de saúde da família, atuando em Oeiras do Pará, como nos Casos Complexos do Eixo II e que contribuíram para mudanças em sua prática profissional.

Posso dizer que tanto no Eixo I – Saúde Coletiva, como no Eixo II – casos clínicos, a aprendizagem foi significativa para o desenvolvimento de minhas práticas na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, e devido ao meu ingresso nesse curso, ocorreram muitas mudanças no atendimento na Unidade de Saúde, principalmente em relação ao trabalho em equipe e a abordagem da família. Uma das principais mudanças que ocorreu na Unidade devido aos ensinamentos do curso, foi o olhar voltado para o paciente, o método clínico centrado na pessoa ajudou a evoluir muitos casos e atendimentos na comunidade, pois passei a olhar o paciente como um ser com suas características tanto internas quanto externas, em meio as suas crenças e culturas.

As práticas de saúde foram melhoradas, pois na Unidade de Saúde onde atendo, passamos a nos organizamos para auxiliar no tratamento de doenças crônicas como a hipertensão, realizando um aconselhamento quanto a adesão a mudança de estilo de vida e uso correto dos medicamentos nas suas consultas na unidade, revisando em todas as suas passagens, que são periódicas e programadas dentro do possível. Em relação a forma como conduzir uma consulta, abordamos e revisamos a questão das doenças crônicas, avaliamos a questão laboratorial e clínica e no seu retorno propomos metas e ajustes nos seus tratamentos medicamentosos e não medicamentosos e ao necessário, programamos um retorno. O apoio da equipe de trabalho foi essencial, todos bem atenciosos e colaborativos. As ACS fazem um grande trabalho, apresentando informações sobre como os pacientes estão respondendo ao tratamento, se não estão aderindo. Assim, buscamos abordar a situação mais precocemente possível e retomar metas. A realização do Projeto de intervenção e do Portfólio contribuíram significativamente para a questão de saber diagnosticar problemas, elaborar um Projeto Terapêutico Singular, de traçar um

planejamento, de tratar e prevenir doenças, de usar a visita domiciliar e a educação em saúde para aproximar os vínculos com a comunidade.

De fato, um dos grandes desafios do médico da família é tentar entender e ajudar o paciente em momentos de sofrimento intenso, no qual nem ele próprio sabe explicar o que sente exatamente, apresentando múltiplas queixas, sendo um frequentador assíduo da unidade e dando a sensação de que nenhum tratamento vem sendo efetivo de fato. É fazer a diferença na vida das pessoas.

## REFERENCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 319-325, Jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CANHESTRO. M. R. A visita domiciliar como estratégia assistencial no cuidado de doentes crônicos. REME – Rev. Min. Enf.; 9(3):260-266, jul./set., 2005.

LOPES, Maria do Socorro Vieira et al. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 461-468, Sept. 2010.

MOURÃO, S. M. et al. A visita domiciliar como instrumento para a promoção de práticas de higiene: uma revisão bibliográfica. S A N A R E, Sobral, v.9,n.2, p.86-92,jul./dez.2010

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. Revista Acta Paul Enferm, v.24, n.5, São Paulo, 2011.

SANTOS, E. M; KIRSCHBAUM, D. I. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 10(1):220-227, 2008.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 7, n. 12, p. 101-122, Feb. 2003 .

## **ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**TATIANE FERREIRA DOS SANTOS**

**A IMPORTANCIA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES  
ATENDIDOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
OEIRAS DO PARÁ, PA**

**OEIRAS DO PARÁ  
2016**

## RESUMO

O objetivo desse projeto é incentivar de maneira correta a introdução à alimentação complementar de lactentes atendidos pela Unidade de Saúde da Família, no município de Oeiras do Pará, PA. A alimentação complementar em lactentes no primeiro ano de vida é um fator importante a ser considerado, pois implica no desenvolvimento psicomotor e intelectual da criança, assim deve ser bem iniciada e acompanhada pelos profissionais da saúde. Em meio a vivência no trabalho na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho, pode-se perceber que a ocorrência dessa introdução à alimentação complementar, muitas vezes acaba se tornando um tabu, pois muitas mães não possuem orientações e não sabem quais alimentos introduzir ao lactente, de modo a qualificar sua alimentação. Diante do exposto, o problema desse projeto de intervenção trata-se da singela questão: Como incentivar de maneira correta a introdução à alimentação complementar de um lactente? Essa intervenção foi aplicada como uma educação popular em saúde, através de círculo de cultura para orientar os pais e responsáveis a implementar a alimentação complementar de maneira adequada para o lactente. Espera-se os pais ou responsáveis pelo lactente possam compreender a melhor maneira de acrescentar a alimentação complementar e a forma adequada, de modo a promover sua qualidade de vida.

Descritores: Alimentação Complementar. Saúde da criança e do adolescente. Aleitamento Materno. Educação popular em saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

A alimentação complementar em lactentes no primeiro ano de vida é um fator importante a ser considerado, pois implica no desenvolvimento psicomotor e intelectual da criança, assim deve ser bem iniciada e acompanhada pelos profissionais da saúde.

Para falar sobre alimentação complementar é necessário abordar o aleitamento materno, pois o leite materno é a fonte inicial de todos os nutrientes que a criança precisa para se desenvolver, sendo antes necessário conhecer suas características principais e sua importância na promoção da saúde da mãe e do bebê.

O Ministério da Saúde (2015), em seu manual do aleitamento materno e alimentação complementar, traz o aleitamento como uma estratégia eficaz que promove a nutrição da criança, o vínculo entre mãe e filho é econômico e reduz a mortalidade infantil, sendo vital para a saúde da mãe e do filho.

Percebe-se que o aleitamento materno é à base da nutrição da criança e sua manutenção exclusiva até os seis meses gera um encontro entre a promoção da saúde e a melhora na qualidade de vida da mãe e do filho.

Na alimentação inicial da criança, ela recebe o leite materno a partir do primeiro momento de vida, tratando-se de uma amamentação exclusiva indicada até a criança completar seis meses e a partir daí, deve ser complementada com outros alimentos até a criança chegar aos dois anos de idade, para que possa proteger a saúde da criança (POLIDO et al, 2011).

Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores (BRASIL, 2015).

O lactente que vai fazer a introdução à alimentação complementar precisa ser assistido pela equipe de saúde da família, assim como sua mãe deve ser orientada, sendo esse o grande desafio do profissional de saúde, que busca auxiliar a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, e estar atento às necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações e dificuldades.

Em meio a vivência no trabalho na UBS Drº Lendro dos Santos Sousa Filho,



pode-se perceber que a ocorrência dessa introdução à alimentação complementar, muitas vezes acaba se tornando um tabu, pois muitas mães não possuem orientações e não sabem quais alimentos introduzir ao lactente, de modo a qualificar sua alimentação.

Diante do exposto, o problema desse projeto de intervenção trata-se da singela questão: Como incentivar de maneira correta a introdução à alimentação complementar de um lactente?

Portanto, a realização desse projeto de intervenção se torna importante pois muitas mães atendidas pela UBS na cidade de Oeiras do Pará necessitam de orientações através da educação em saúde, para melhorar a qualidade de vida do lactente e oferecer suporte alimentar, prevenindo assim futuros problemas nutricionais e de desenvolvimento.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Incentivar de maneira correta a introdução à alimentação complementar de lactentes atendidos pela Unidade de Saúde da Família, no município de Oeiras do Pará, PA.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar aleitamento materno;
- Caracterizar alimentação complementar;
- Apontar os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos 06 primeiros meses;
- Identificar a maneira correta da introdução alimentar complementar;

## REVISÃO DE LITERATURA

O aleitamento materno é à base da nutrição da criança e sua manutenção exclusiva até os seis meses gera um encontro entre a promoção da saúde e a melhora na qualidade de vida da mãe e do filho.

Uma boa promoção do aleitamento materno irá depender, segundo Polido et al (2011), exclusivamente do sistema de saúde atuante e dos esforços dos seguimentos sociais, para que a saúde da criança e da gestante estejam em foco, assim o atendimento será de qualidade e todas as gestantes cadastradas na Unidade de Saúde serão atendidas e acolhidas de forma humanizada.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o leite produzido pela mãe é uma fonte de nutrientes inquestionável, pois até mesmo quando chega à idade de dois anos, o leite fornece 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. É importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde:

Tem o aleitamento materno exclusivo, que é quando a criança recebe somente leite materno, seja direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte. O aleitamento materno predominante acontece quando a criança recebe junto do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, entre outros. Já o aleitamento materno complementado a criança recebe também qualquer alimento sólido. Para finalizar, tem o aleitamento materno misto ou parcial, que se caracteriza quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (OMS, 2007, p.16 apud BRASIL, 2015, p.13).

Um apontamento importante a se fazer é que os tipos de aleitamentos definidos pela Organização Mundial da Saúde seguem um caminho específico que se inicia pelo aleitamento materno exclusivo e vai até o aleitamento misto, quando já são introduzidos outros alimentos na dieta do bebê. Abdala (2011) complementa que o leite materno é rico em nutrientes que causam desenvolvimento e proteção no organismo da criança, aumentando assim os fatores psicológicos, nutricionais e promovendo o crescimento adequado no ano inicial da vida, cuja saúde está vulnerável devido a várias doenças.

Conclui-se que se o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é importante e possui muitos benefícios no desenvolvimento da criança, a extensão do aleitamento prorroga esses benefícios. Para apontar os benefícios e

consequências do aleitamento materno, foi consultado o manual do Ministério da Saúde (2015) sobre o aleitamento materno e alimentação complementar, que destaca os principais benefícios, os quais serão listados a seguir:

- Evita mortes infantis;
- Evita diarreia;
- Evita infecção respiratória;
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes tanto pela mãe como pelo filho;
- Reduz a chance de obesidade;
- Melhora a nutrição;
- Efeito positivo na inteligência;
- Melhora o desenvolvimento da cavidade bucal;
- Proteção contra câncer de mama (mãe);
- Evita nova gravidez (mãe);
- Menores custos financeiros (família);
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho;
- Melhora qualidade de vida.

É possível perceber são inúmeros os benefícios comprovados cientificamente, que promovem o aleitamento materno exclusivo e sua extensão até os dois anos de idade, através do aleitamento complementar.

Queluz et al (2012) complementa que esses benefícios são prática indispensável para a saúde da criança a curto e a longo prazo, contribuindo para reduzir os índices de mortalidade infantil.

Os benefícios para a mãe no pós-parto, segundo Oliveira (2011) são satisfatórios e contribuem de forma geral para a qualidade de vida na maternidade, pois a amamentação materna exclusiva permite uma recuperação física pós-parto mais rápida, diminuindo o sangramento, promovendo o retorno mais rápido do útero para o tamanho normal, e assim diminui chances de anemia.

Como pode-se perceber, são tantos os benefícios do aleitamento materno que o Ministério da Saúde prioriza sua duração exclusiva até os 06 meses de vida no

lactente, e realiza diversas campanhas mostrando essa importância, para que as pessoas venham se conscientizar. Na figura abaixo percebe-se o incentivo ao aleitamento materno.



**POR QUE É TÃO IMPORTANTE AMAMENTAR?**

- ◆ O bebê recebe os anticorpos da mãe para proteção contra diversas doenças como diarreia e infecções, principalmente respiratórias.
- ◆ Diminui o risco de asma, diabetes e obesidade em crianças.
- ◆ É um ótimo exercício para o desenvolvimento da face do bebê e para o crescimento de dentes fortes e bonitos.
- ◆ Desenvolve a fala e uma boa respiração.

#saúde nasredes   SUS   /minsaude

Fonte: Ministério da Saúde (2015)

Da mesma forma que o Ministério da Saúde (2015) incentiva o aleitamento materno, também incentiva a introdução à alimentação complementar a partir do sexto mês de vida no lactente, pois:

Considera-se atualmente que o período ideal para a introdução de outros alimentos complementares é após o sexto mês de vida, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, já manifesta excitação à visão do alimento,

já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. A partir do sexto mês a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta (BRASIL, 2015, p. 65).

Observa-se que como o próprio nome já diz, trata-se de uma alimentação complementar e não de um desmame, ou seja, os alimentos serão adicionados a alimentação do lactente, onde o mesmo continua sendo amamentado pelo leite materno, para que assim conheça os alimentos e adquira preferências.

Campagnolo et al (2012), afirmam que a introdução da alimentação complementar deve ocorrer de maneira correta, pois se ocorrer antes dos seis meses aumenta a chance dos lactentes apresentarem rejeição alimentar e da mesma forma, se acrescentarem alimentos não indicados como açúcar, doce, refrigerante e petisco salgado com pouca quantidade de micronutrientes, pode ser indicador de hábitos alimentares inadequados na adolescência e na vida adulta.

Assim, muitos alimentos não indicados são acrescentados a dieta do lactente e até mesmo antes de completar os 06 meses de vida, onde o motivo para a introdução precoce de água e suco de frutas se dá pela crença das mães de que a criança sente sede e pode desidratar-se, principalmente em períodos de calor; quanto ao chá, atribui-se a este alimento propriedades calmantes e de melhora de episódios de cólica (MAIS et al, 2014).

Partindo desse princípio, Barbosa (2009) acredita que a alimentação inadequada durante a primeira infância traz conseqüências importantes na condição de saúde a longo prazo, podendo ser um dos fatores que justifica o aparecimento das doenças crônicas na idade adulta.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015, p. 67), a alimentação complementar deve “prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança”, que podem ser observados na figura abaixo:

Após completar 6 meses	Após completar 7 meses	Após completar 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleitamento materno sob livre demanda</li> <li>• 1 papa de frutas no meio da manhã</li> <li>• 1 papa salgada no final da manhã</li> <li>• 1 papa de frutas no meio da tarde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleitamento materno sob livre demanda</li> <li>• 1 papa de frutas no meio da manhã</li> <li>• 1 papa salgada no final da manhã</li> <li>• 1 papa de frutas no meio da tarde</li> <li>• 1 papa salgada no final da tarde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleitamento materno sob livre demanda</li> <li>• 1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia)</li> <li>• 1 fruta</li> <li>• 1 refeição básica da família no final da manhã</li> <li>• 1 fruta</li> <li>• 1 refeição básica da família no final da tarde</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde (2015)

Caetano et al (2010) verificaram que as decisões sobre a introdução de alimentos são tomadas por mães baseadas em suas próprias experiências de vida ou de suas famílias, tendo os profissionais da saúde influências menos significativas, onde torna-se relevante o profissional atentar seu olhar para as orientações em saúde. Os profissionais de saúde devem estar atentos a este fato e ser capazes de adequar as ações de promoção aos contextos sociodemográfico e cultural da população assistida, a fim de propiciar às mães oportunidades de adquirir conhecimentos e habilidades sobre alimentação infantil (ALVES et al, 2012).

### 3. MÉTODOS

Este projeto de intervenção ocorre no município de Oeiras do Pará, no Estado do Pará. Localizada ao norte do Pará, na microrregião de Cametá, limitando-se ao norte com o rio Pará, a oeste com Bagre, ao sul com os municípios de Mocajuba e Baião e a leste com Limoeiro do Ajurú e Cametá. Segundo o IBGE (2015), a população oeirense está estimada em 23.252 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 3.500 famílias.

Desses habitantes, 34,31% vivem na zona urbana e 65,69%, na zona rural. O município ainda tem como atividades econômicas básicas o extrativismo vegetal (madeira, açaí e palmito) e animal (pescado e mariscos), e a agricultura familiar de subsistência, com o cultivo da mandioca da qual se extrai a farinha, elemento básico da alimentação do povo. A maior parte das famílias do município vivem em média com meio salário mínimo, tendo que dividir essa renda entre a alimentação, vestuário, educação e saúde (IBGE, 2015).

A intervenção ocorreu através do método Projeto de Intervenção, com levantamento bibliográfico, encontrando um problema para planejar uma intervenção que solucione esse problema, que no caso seria sobre a alimentação complementar adequada ao lactente.

Essa intervenção foi aplicada como uma educação popular em saúde, através de círculo de cultura para orientar os pais e responsáveis a implementar a alimentação complementar de maneira adequada para o lactente.

Realizou-se algumas etapas, tais como: Levantamento do problema; Planejamento do projeto de intervenção; Conscientização e treinamento da equipe de saúde para melhor atender os pais e responsáveis; Planejamento dos recursos materiais e humanos envolvidos para desenvolver as ações de educação em saúde; Educação em saúde com círculo de cultura, onde fornecia orientações a respeito de uma alimentação complementar correta e eficaz; Avaliação da ação.



#### 4. CRONOGRAMA

Ações do Projeto	Tempo de realização 2016				
	Set	Out	Nov	Dez	D
1) Levantamento do problema;		X	X		
2) Planejamento do projeto de intervenção;			X		
3) Conscientização e treinamento da equipe;				X	
4) Planejamento dos recursos materiais e humanos					X
5) Educação em saúde;					X
6) Avaliação da ação.					X

## **5. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **5.1 RECURSOS HUMANOS**

Equipe de saúde da família composta por 2 agentes comunitários de Saúde, 2 médicos, 1 Enfermeiros, 2 Técnicos de Enfermagem, 1 Auxiliar de Enfermagem, 1 psicóloga, 1 auxiliar de limpeza, 6 auxiliares administrativos e 1 agente administrativo.

### **5.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Folha A4;
- Computadores;
- Impressora;
- Impressos; cartazes da secretaria de saúde;
- Cadernos do Ministério da Saúde;

## **6. RESULTADOS ESPERADOS**

- Espera-se que 70% dos responsáveis convidados compareçam;
- Espera-se que estes 70% possam compreender os benefícios da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade;
- Espera-se que estes 70% possam compreender a melhor maneira de acrescentar a alimentação complementar e de forma adequada,

## REFERÊNCIAS

ABDALA, Maria Aparecida Pantaleão. Aleitamento Materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2011.

ALVES, Cláudia Regina L. et al . Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 30, n. 4, p. 499-506, Dec. 2012 .

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

BARBOSA, Marina Borelli et al . Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 27, n. 3, p. 272-281, Sept. 2009 .

BERNARDI, Julia Laura Delbue; JORDAO, Regina Esteves; BARROS, Antônio Azevedo. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 26, n. 5, p. 405-411, Nov. 2009 .

CAETANO, Michelle Cavalcante et al . Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 86, n. 3, p. 196- 201, June 2010 .

CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó et al . Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev. Nutr., Campinas , v. 25, n. 4, p. 431-439, Aug. 2012.

MAIS, Laís Amaral et al . Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 93-104, Jan. 2014 .

OLIVEIRA, Kátia Andréia de. Aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida do bebê: benefícios, dificuldades e intervenções na atenção primária de saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina núcleo de educação em saúde coletiva, Conselheiro Lafaiete, 2011.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. Revista Acta Paul Enferm, v.24, n.5, São Paulo, 2011.

SILVEIRA, Francisco José Ferreira da; LAMOUNIER, Joel Alves. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. Rev. Nutr., Campinas , v. 17, n. 4, p. 437-447, Dec. 2004 .

QUELUZ, M. C. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm USP, v.46, n. 3, São Paulo, 2012.