



PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GABRIEL KAUARK CASTELO BRANCO

**REFLEXÃO, PRÁTICA E RESULTADOS: SÍNTESE DE UMA  
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O  
BRASIL**

Aracaju- SE

2018



PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GABRIEL KAUARK CASTELO BRANCO

**REFLEXÃO, PRÁTICA E RESULTADOS: SÍNTESE DE UMA  
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O  
BRASIL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em  
Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da  
Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientador: Prof. Daniel Victor Coriolano Serafim

Aracaju- SE

2018

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	4
2 CASO CLÍNICO .....	6
2.1 DIABETES MELITUS .....	11
3 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	16
4 VISITA DOMICILIAR .....	18
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	21
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23
7 ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

Chamo-me Gabriel Kauark Castelo Branco, tenho 31 anos, sou natural de Salvador-BA, onde cresci e estudei até o término do Ensino Médio. Graduei-me em Medicina pelo Centro Universitário UNIRG, em Gurupi-TO, em dezembro de 2012, tendo realizado internato médico no Hospital Santa Marcelina, em São Paulo-SP. A estrutura do curso é voltada à formação de médicos generalistas, com grande enfoque na atenção básica a saúde, e na importância do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após minha formação, trabalhei como médico generalista na Unidade de básica de Saúde Recanto verde Sol, em São Mateus – Zona leste da cidade de São Paulo, onde permaneci por 1 ano e 4 meses, até iniciar minha Residência Médica em Pediatria no Hospital Infantil Candido Fontoura, também na capital paulista.

Após o término da residência médica, em fevereiro de 2016, mudei para Aracaju-SE, onde me inscrevi e fui selecionado pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, sendo alocado na UBS Carlos Hardman Cortes, no bairro da Soledade, Zona norte de Aracaju. Além do vínculo com o programa, trabalho como pediatra no Hospital São Lucas.

A unidade de saúde Carlos Hardman é formada por três equipes de saúde da família, sendo a equipe em que faço parte formada por mim, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Está situada na periferia da cidade, em um bairro conhecido pela violência, e com predomínio de um nível baixo de escolaridade e de renda da população.

A área de atuação da minha equipe possui um total de 4.836 usuários cadastrados, encontra-se um pouco afastada da unidade de saúde, e é cercado ao norte pela “maré”, um importante rio da região, onde são desenvolvidas a produção de camarão, em viveiros, e a pesca. É um local de alta vulnerabilidade social, com prevalência de uso de drogas. São encontrados pequenos comércios, uma escola pública de Ensino Fundamental, igrejas, além de uma praça com uma quadra de esportes ao centro e pouca infraestrutura. A maioria das ruas não são asfaltadas, um número grande de moradias não possui rede de esgoto, ou coleta regular de lixo. A área apresenta algumas estruturas comunitárias, que servem como rede de apoio para equipe: Um centro comunitário, uma igreja católica, e uma associação de pescadores.

A maioria dos atendimentos realizados na UBS ocorre por meio de consultas agendadas, cujos agendamentos ocorrem semanalmente devido à falta de funcionários administrativos (a unidade possui apenas 2 funcionários, além do gerente).

Há um predomínio de atendimento para doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão arterial, além de puericultura e pré-natal (média de 40 gestantes cadastradas). Há também um destaque a demanda de saúde mental, muitas vezes devido à dificuldade de se conseguir consultas com Psiquiatras nos centros de referência (CAPS).

O fato que ensejou o meu projeto de intervenção foi um grande número de gestantes na área, associado à vulnerabilidade, baixa escolaridade e renda, além da minha formação na área de pediatria, por isso, optei por desenvolver um projeto de intervenção voltado para o incentivo do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses, e sua manutenção de forma complementar até os 2 anos de vida.

Propomos à equipe essa relevante tarefa. Tivemos percalços durante a aplicação do PI, mas o resultado está sendo visto gradativamente. As mudanças são lentas, por isso, deve-se fomentar na equipe uma visão de curto, médio e longo prazo, persistência necessária à solidificação da cultura do aleitamento materno exclusivo, nesta Unidade.

Reorganizar um processo de trabalho para melhorar o acolhimento individual no espaço da unidade não foi fácil, visto que se buscou dar ênfase às mudanças do profissional no contato diário com a clientela da unidade. Cada profissional, no seu setor, foi motivado a repensar a sua prática constantemente, adquirindo uma postura preventiva e proativa, tanto nas relações interpessoais no trabalho, como em relação às demandas rotineiras, tarefas agendadas, e em relação às novas demandas, buscando sempre o apoio nas orientações do Ministério da Saúde (MS) referentes à Atenção Básica.

## **2 CASO CLÍNICO**

### **IDENTIFICAÇÃO**

J.F.S, 59 anos, sexo masculino, branco, casado, segundo grau completo, aposentado, natural e residente no município de Aracaju – SE. A renda familiar é proveniente da aposentadoria do paciente.

### **LOCALIZAÇÃO TERRITORIAL**

A residência na qual essa família vive é própria, e possui quatro cômodos (um quarto, uma sala, uma cozinha e um banheiro), água encanada, energia elétrica e fossa séptica. O paciente mora na casa dos fundos; a casa da frente, principal, pertenceu aos seus pais, já falecidos, porém o paciente mantém a mesma fechada da mesma forma que os pais a deixaram. A mesma fica localizada no Bairro Soledade, em uma rua plana, de calçamento, apresenta pouco fluxo de automóveis, com coleta de lixo regular. Nessa área, a Unidade de Saúde da Família Carlos Hardman Cortes é o serviço básico de saúde de referência.

### **ARRANJO FAMILIAR**

J. F. S é o único filho do casal M. A. S. e A.F.S, e vivia com os pais em Aracaju, até o falecimento dos mesmos. Mora com a esposa G.B.S de 56 anos. Os dois têm apenas um filho, A. B.S, 32 anos, casado, que reside em outro domicílio com a mulher, uma filha e um filho.

### **QUEIXAS E SITUAÇÃO**

J. F.S é hipertenso e diabético e, devido à descompensação da glicemia, teve o MID amputado na altura da coxa em 2006 e desde então o paciente não sai de casa. Há 3 anos ganhou uma órtese, porém não a utiliza. O paciente ainda apresenta descontrole glicêmico e pressórico, refere não se privar de alimentação alguma, pois “prefere morrer a ficar nessa situação” a qual se encontra. Dona G.B.S. é bem extrovertida, tem boa relação social no bairro e sempre cuidou do lar. O casal discute bastante, e o único cuidado dela para com o esposo é fazer a alimentação e cuidados com a casa. G.B.S. mostra-se ressentida por ainda morar na casa dos fundos e ter uma casa maior, fechada. A parte financeira (sacar a aposentadoria, pagar contas, comprar remédio e etc.) fica aos cuidados do filho do casal.

## MEDICAMENTOS EM USO

Sertralina 50mg 1cp pela manhã - Losartana 50mg 1cp 12/12h, Anlodipino 5mg 1cp 12/12h, HCTZ 25mg 1 cp pela manhã AAS 100mg 1cp após almoço – Insulina NPH 42 UI-21UI, Insulina regular: 6UI- 6UI-4UI

## EXAME FÍSICO

### 1. Sinais Vitais

**Pulso:** 80 bpm; **PA:** 170/100 mmHg; **FR:** 18 irpm; glicemia capilar: 320mg/dl (medida em jejum do dia).

### 2. Ectoscopia

Paciente em bom estado geral; consciente e orientado no tempo e no espaço; acianótico, anictérico e afebril; fâcies incaracterística; biótipo brevilíneo; sobrepeso, mucosas normocoradas e úmidas; pele de elasticidade e turgor preservados; ausência de manchas na pele; pêlos em quantidade e distribuição compatíveis com a idade e sexo; ausência de edema subcutâneo; musculatura normotrófica; Amputação de MID.

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

1. **INSPEÇÃO:** Tórax em conformação normal, ausência de abaulamentos e retrações, Frequência respiratória sem alterações, e ausência de tiragem intercostal.
2. **PALPAÇÃO:** Ausência de massas palpáveis e pontos dolorosos; frêmito toracovocal normal; expansibilidade torácica normal.
3. **AUSCULTA:** Murmúrio vesicular normal e ausência de ruídos adventícios.

## SISTEMA CARDÍACO

1. **INSPEÇÃO:** Ausências de abaulamentos e retrações.
2. **AUSCULTA:** Normocardico, com ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros.

## SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS

J. F.S é bastante fechado, tem um bom entendimento de suas comorbidades, faz acompanhamento regular de sua PA e Glicemia capilar (possui aparelhos próprios para tal fim), porém mostra-se revoltado devido à perda do membro, sente como se o pior já aconteceu, deixando bem claro que suas doenças estão descompensadas porque ele quer. Tem boa mobilidade na casa, consegue realizar suas atividades cotidianas (higiene, alimentação). Tem

muito orgulho e saudade de seus pais. Não quer utilizar a órtese e refere nunca ter tentado. Mostra carinho pelo filho e pelos netos.

## **VULNERABILIDADES**

1. **Isolamento:** Permanece muito tempo dentro de casa convivendo apenas com os familiares, não possui nenhum outro tipo de ocupação diária, ou outras pessoas com quem possa dividir suas angústias e ocupar o seu tempo.
2. **Não apresenta nenhuma ocupação:** Após ser aposentado o paciente não apresenta nenhum outro tipo de atividade laborativa ou lúdica
3. **Relacionamentos amoroso desgastado:** Relacionamento cheio de brigas, não sente o apoio de sua esposa.
4. **Não aceitação de sua atual condição:** Paciente não aceita o fato de ter amputado o MID, não observando ao redor todas as possibilidades que estão ao seu alcance.
5. **Depressão:** doença não diagnosticada previamente, e ainda não tratada.
6. **Descontrole pressórico e glicêmico:** Não faz o acompanhamento médico adequado e não realiza as mudanças de estilo de vida necessárias para o controle da doença.

## **POTENCIALIDADE**

1. **Conhecimento das comorbidades:** O paciente entende o seu quadro e as complicações, necessitando apenas entender e acreditar nas possibilidades que tem de vida, para realizar as mudanças do estilo de vida.
2. **Relação sólida e apoio do filho:** Apresenta uma relação de confiança e cuidado com o filho, que se coloca à disposição para auxílio e ajuda no tratamento e no enfrentamento dos problemas.
3. **Aceita a visita da equipe de saúde:** Paciente sempre aceita a visita do agente comunitário e de toda a equipe da ESF.

## **AÇÕES REALIZADAS (PRIMEIRO CONTATO)**

Foi trazida a demanda do paciente pela agente comunitária em reunião de equipe, ficando agendada uma visita domiciliar na mesma semana. Após a visita domiciliar, pactuamos uma visita quinzenal alternada do enfermeiro da equipe e a visita médica, estando sempre em contato com o paciente. Levamos o caso ao NASF, para que o fisioterapeuta faça uma visita para avaliar a órtese do paciente, orientá-lo e tentar estimular o uso da mesma. Ainda com o



NASF, solicitamos avaliação psicológica e nutricional. Ao analisarmos o caso, percebemos que deveríamos ter uma abordagem psicológica do paciente, mostrando alternativas, novas perspectivas em sua nova condição, para que juntamente com o ajuste de medicações, realizações dos exames de rotina, possamos estimular o paciente no seu autocuidado, controlando assim o DM e HAS. Iniciamos tratamento medicamentoso para depressão.

## **ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO ABORDAGEM DO SOFRIMENTO PSÍQUICO**

O modelo de atenção psicossocial tem como características a valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico (PINTO et al, 2011). Então, a terapêutica não se restringirá, em consequência, somente a fármacos e a cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. Esta é efetivada em reuniões para discussão do processo de trabalho, comunicação ampla dos trabalhadores entre si e também a inserção do usuário/família com suas singularidades na construção do projeto terapêutico (PINTO et al, 2011).

O projeto terapêutico é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida (PINTO et al, 2011). O caderno de atenção básica número 36 informa que as pessoas com DM são 3 vezes mais acometidas por depressão do que o índice verificado na população adulta não diabética, e que a influência negativa dessa doença é evidente, ficando desmotivadas para aderir às recomendações e ao plano de autocuidado.

Levando em consideração essa abordagem de tratamento centrado na pessoa, desde o início foi valorizada a visão da paciente sobre a doença e pactuada a sua coparticipação.

### **METAS PACTUADAS**

- Utilização correta da medicação, incluindo para depressão.
- Seguir o plano alimentar realizado pela nutricionista.
- Utilizar a órtese conforme orientações do fisioterapeuta.
- Ir às consultas dos especialistas (endocrinologista e nefrologista).
- Realizar exames de rotina.
- Restabelecer as relações com amigos e familiares.

## AVALIAÇÃO DAS METAS

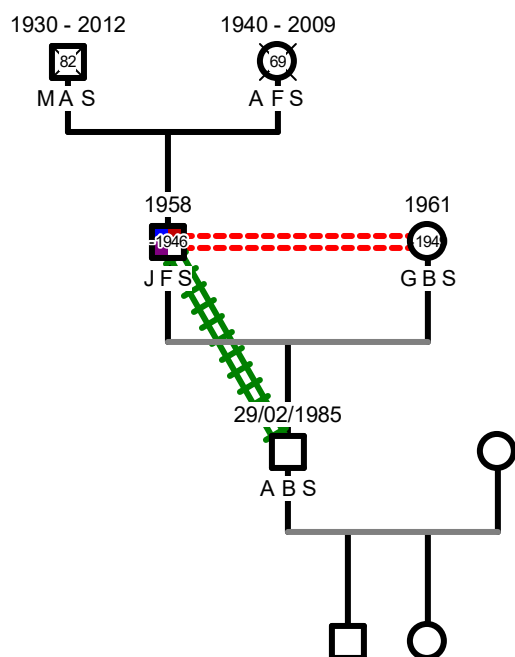
Após o acompanhamento do paciente através das visitas domiciliares programadas, o paciente está fazendo o uso correto da medicação, realizou os exames solicitados, segue o plano alimentar com algumas falhas. A esposa refere que o paciente coloca a órtese e anda alguns minutos pelo pátio.

Foi a consulta do especialista com seu filho e está indo ao banco

Estamos muito satisfeitos com o progresso do paciente, já com melhora dos níveis pressóricos e glicêmicos. Acreditamos que o paciente irá retornar suas relações pessoais aos poucos.

## ANEXO

### 1. Genograma



## 2.1 DIABETES MELITOS (DM)

Entre as condições crônicas de saúde, destaca-se o diabetes mellitus pela alta taxa de morbimortalidade, bem como pela crescente tendência à prevalência (PACCE et al, 2006). O Diabetes Mellitus (DM) é um dos principais agravos da saúde pública no Brasil, sua incidência e prevalência estão aumentando em proporções epidêmicas (BARROS et al, 2008). A prevalência mundial do DM em adultos foi estimada em 9%, no Brasil, a prevalência foi de 7,6% na década de 1980, em 2003 passou a 12% nos homens e 16% nas mulheres (GRILLO, et al 2013), revelando-se como um problema de grande importância social e para a saúde pública do País (PETERMANN et al, 2011). Outra característica epidemiológica do DM 2 é que ele vem crescendo vertiginosamente entre os países pobres e em desenvolvimento, contribuindo para o agravamento da pobreza nessas regiões (ARAÚJO et al, 2010).

Como a despesa com cuidados com as doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (VERAS, 2011), e está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos (BARROS et al, 2008). No Brasil, os custos diretos com o Diabetes variam de 2,5% a 15% do orçamento anual destinado à saúde (GRILLO, et al 2013).

Nos países em desenvolvimento, a adesão ao tratamento chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde (PACCE et al, 2006), recentemente, um estudo multicêntrico realizado em quatro regiões do país (Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul) demonstrou que somente 10% dos pacientes com DM tipo 1, e 25% dos com DM tipo 2, apresentavam uma HbA1c abaixo do alvo de 7% (GRILLO, et al 2013).

O Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, resultando em hiperglicemia crônica. Divide-se em Diabetes Tipo 1, Tipo 2, gestacional e outros tipos específicos (PETERMANN et al, 2011). O DM Tipo 1 caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas (geralmente causada por processo autoimune), levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração da insulina para prevenir cetoacidose, coma, e até a morte. O DM tipo 2 caracteriza-se pela resistência à ação da insulina, e a deficiência da insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Outros tipos de Diabetes são menos frequentes, e podem resultar de: defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças no pâncreas exócrino, infecções, efeito colateral de medicamentos, etc. (PETERMANN et al, 2011)

Entre os sintomas do DM estão a poliúria, polidipsia, polifagia, alterações na visão e fadiga; tais sintomas podem ocorrer repentinamente (PETERMANN et al, 2011), entretanto muitas vezes pode ser assintomática, o que leva muitos pacientes a acreditarem ser dispensável a terapia farmacológica (ARAÚJO et al, 2010) fato que acentua ainda mais o risco para as complicações crônicas, pois, como a doença não tem estigmas visíveis nem se dá a conhecer por meio de dor ou outro sinal alarmante, ela muitas vezes não é diagnosticada e, ademais, é desvalorizada pela ausência de sintomas (MOREIRA et al, 2009)

A abordagem desse tema reveste-se de importância visto a implicação que esse agravo, como uma síndrome de etiologia múltipla acarreta. Dentre as possíveis complicações a disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos são as mais comuns e requer atenção especial e constante, bem como por gerar outros agravos que podem ser temporários ou, na maioria das vezes, prolongados ou permanentes (THAINES et al, 2009). O controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (PAIVA et al, 2006).

Estas complicações podem ser evitadas ou minimizadas com uma maior adesão terapêutica dos pacientes na atenção primária em saúde (APS). O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida (BARROS et al, 2008). Estudo recente sugere que a melhora da adesão diminui consultas de emergência e internações, reduz custos médicos e promove o bem estar dos pacientes. (BARROS et al, 2008)

Essa baixa adesão ao tratamento pode ser explicada de varias formas, dentre elas a fragilidade do conhecimento sobre diabetes, causas, e complicações para o manejo da doença entre os pacientes, que podem estar relacionados com fatores intrínsecos às pessoas e ao sistema de saúde, dificultando o acesso às informações fundamentais, sinalizando aos profissionais a necessidade de redirecionar as estratégias para o atendimento da pessoa com diabetes (PACCE et al, 2006), e um fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. Estimular a adesão ao tratamento é de extrema importância (PÉRES et al, 2007)

Mas, para que possamos empreender práticas mais efetivas que se pautem na integralidade da atenção, é necessário compreender as mudanças que o DM imprime a vida da pessoa e sua família, bem como o modo como se dão as demandas por busca de cuidado em saúde (THAINES et al, 2009).

Essa doença exige um acompanhamento regular e sistêmico por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça os recursos necessários para que a pessoa com DM possa manejar a patologia, ou seja, manter o autocuidado necessário para evitar o agravamento da doença (PETERMANN et al, 2011). Tem-se na Atenção Primária, um espaço privilegiado para o acompanhamento de tal patologia que deve ser acompanhada por uma equipe capacitada a desenvolver cuidados clínicos e práticas educativas voltadas à Promoção da Saúde (PETERMANN et al, 2011), que implica, além do adequado controle glicêmico, intervenções que atuem nos demais fatores de risco para suas complicações crônicas, como obesidade, hipertensão, dislipidemia e tabagismo (GRILLO, et al 2013).

O cuidado ao paciente diabético inclui intervenções multidisciplinares, e em todos os níveis de atenção à saúde, o sucesso destas intervenções depende da capacidade do paciente de assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter iniciativa para identificar, resolver ou buscar auxílio para os problemas que surgem ao longo da doença (GRILLO, et al 2013). Essa estrutura deve incluir uma aliança entre usuários, familiares, equipes de saúde, instituições e comunidade (PETERMANN et al, 2011).

O desenvolvimento destas capacidades é favorecido pela educação, por isso o processo educativo é uma parte importante do cuidado integral ao paciente com DM, e de acordo com a American Diabetes Association (ADA), todos os pacientes com DM deveriam receber educação para o autocuidado (GRILLO, et al 2013). Para que este processo seja bem-sucedido, o paciente deve ter participação ativa no processo de aprendizagem, o conhecimento de cada pessoa deve ser valorizado, assim como o tempo e o espaço para trocas de informações devem ser garantidos (GRILLO, et al 2013).

Outro aspecto importante é a definição de metas individualizadas e o estabelecimento de um vínculo contínuo com o paciente, para que ele assuma maior responsabilidade no cuidado da sua doença. (GRILLO, et al 2013).

No entanto, muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais da pessoa diabética (PÉRES et al, 2007). O enfoque da abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos. Enfim, é fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes (PÉRES et al, 2007)

A participação ativa e interação, através da parceria entre o usuário, profissional e família, aumentando a probabilidade no alcance do sucesso das ações desenvolvidas, que devem estimular a confiança mútua e a corresponsabilidade (PETERMANN et al, 2011).

Torna-se necessário entender como a pessoa com diabetes percebe a si própria, vivenciando um mundo de muitas limitações, o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. A mudança de hábitos de vida, dessa forma, é um processo lento e difícil compreensão (PÉRES et al, 2007). É, portanto, imprescindível que o profissional de saúde compartilhe saberes e decisões com a pessoa cuidada (THAINES et al, 2009)

Como o atendimento ao paciente com DM é multidisciplinar, a educação em saúde deve envolver todos os profissionais que mantêm contato com ele: médico, nutricionista, enfermeiro, odontólogo, psicólogo e assistente social. Assim, um programa de educação em DM deve prever a capacitação destes profissionais (GRILLO, et al 2013). Os resultados almejados são a melhora do controle metabólico, a redução do risco cardiovascular e o controle das complicações crônicas relacionadas ao diabetes, estimulando o uso correto da medicação, de refeições regulares e de adesão a um programa de exercícios adaptados a cada paciente (GRILLO, et al 2013).

Tem sido descrito que atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento, pode melhorar a adesão, o que reduzirá o ônus das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida às pessoas com diabetes (PACCE et al, 2006). A educação em DM reduz a HbA1c em aproximadamente 0,5%, e o maior efeito é observado em pacientes com HbA1c > 8%; é custo-efetiva mesmo quando não produz efeitos diretos na HbA1c; a educação individual e a em grupos reduzem a HbA1c de forma semelhante, sendo a última mais adequada para ser utilizada em saúde pública, por atingir um maior número de indivíduos; a adaptação cultural e a utilização de tecnologia devem ser incorporadas ao processo (GRILLO, et al 2013).

Para que isso seja possível, não necessário apenas o comprometimento do paciente e da equipe é indispensável o apoio familiar (ZANETTI et al, 2008), a preocupação relacionada ao envolvimento da família é reflexo do impacto que o DM provoca na rotina do indivíduo, modificando o funcionamento, alterando os papéis e a estrutura familiar, principalmente se há complicações mais graves relacionadas à doença. Dessa forma, é imprescindível que o serviço de saúde esteja preparado para cuidar não somente da pessoa com DM, mas da família (MOREIRA et al, 2009).

O suporte familiar é fundamental, pois ele é um aliado para a aquisição de orientações de saúde adequadas e no processo de enfrentamento da doença próprio paciente e de seu núcleo familiar acerca da doença (ZANETTI et al, 2008), principalmente no que se refere ao apoio e suporte relacionado à adesão à dieta e às atividades físicas. Além do mais, oferecer orientações e um cuidado voltado para o atendimento às necessidades da família, no sentido de sanar suas dúvidas e apoiá-la nos momentos de dificuldade, ajuda a controlar a doença do indivíduo, assim como a manter a saúde da família (MOREIRA et al, 2009).

A família que apoia seus membros em situação de doença compreende as modificações relacionadas à condição, e torna-se permeável aos ajustamentos necessários para garantir o suporte necessário ao seu familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde (ZANETTI et al, 2008).

### 3 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“O leite materno é imprescindível ao desenvolvimento físico e emocional da criança a curto, médio e longo prazo. O leite materno possui todos os nutrientes de que a criança precisa. Qualquer tipo de complementação alimentar, além de desnecessário, é uma porta de contaminação, que em geral ocorre pela falta de higiene no preparo dos alimentos do bebê.” (ALMEIDA, et al., 2008).

Na UBS Carlos Hardman Cortes, em Aracaju-SE, enfrentamos muitas dificuldades em relação ao aleitamento materno, principalmente ao aleitamento materno exclusivo (AME). Muito desses problemas se originam no fato de serem mães muito jovens, com pouca instrução, que muitas vezes, por insegurança, abraçam a “cultura do gogó” que se encontra entranhada na comunidade, alegando que seu leite “não sustenta a criança”. Outro problema bastante comum é a falta de orientação na maternidade, e no próprio pré-natal, sobre a técnica correta da amamentação, além dos tabus que circundam o tema. Para combater o desmame precoce, e estimular o AME, observei a necessidade de abordar o tema de forma repetitiva nas consultas e grupos de gestantes, explanando sobre os benefícios do aleitamento tanto para a criança quanto para a mãe; estimular a leitura da caderneta da criança fornecida pelo ministério da saúde, que em sua página 14 diz: “Passo1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás, ou qualquer outro alimento.”; realizar a primeira consulta do recém-nascido o mais breve possível; dentre outros.

É importante fazer uma avaliação minuciosa das mamas da puérpera, buscando identificar problemas que dificultem a amamentação, como bicos invertidos, fissuras, dentre outros. Nesses casos devemos buscar soluções que possibilitem a mãe amamentar de forma confortável e efetiva. Em casos específicos, temos também o dever de avaliar a necessidade de oferecer complemento, como em casos de baixo ganho de peso, ou até substituir o aleitamento materno por formulas infantis, como em casos de mães com HIV.

As atividades desenvolvidas em grupos, na atenção primária, são uma alternativa para às práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes, e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença, por meio da educação (DIAS et al, 2009).

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a



uma maior aproximação profissional-paciente, e facilitar a expressão das necessidades, expectativas, angústias de uma determinada população (DIAS et al, 2009)

Em meu projeto de intervenção propus a implantação de um Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX), com ênfase na criação de um grupo de aleitamento materno exclusivo (GAME), que trouxe inúmeros benefícios à população da UBS. Para o sucesso dessa ação, foi importante o envolvimento de todos da equipe nas etapas das ações planejadas. Resumidamente, o projeto consiste basicamente em encontros periódicos (mensais), conduzidos pelos médicos da família, enfermeiros e pediatra da unidade, nos quais são pesadas todas as crianças, e logo após é realizada uma palestra/bate-papo onde são passadas orientações importantes sobre o AME, rotinas da puericultura, importância da administração de suplemento de ferro e vitaminas, importância da vacinação, cuidados para prevenção de verminoses, dentre outras. É um espaço de troca de experiências, que estimula positivamente a interação entre as usuárias da UBS. Cada ciclo tem/terá duração de 6 meses, e ao final, em um encontro festivo, programamos emitir um certificado à família que mantiver, até o fim do projeto, o seu bebê em aleitamento materno exclusivo.

## **4 VISITA DOMICILIAR**

A visita domiciliar se inicia com o trabalho do agente comunitária conhecendo todo o território e as famílias que ali habitam, sendo de extrema importância para o sucesso do programa de saúde da família, pois assim conhecemos o indivíduo e o meio em que ele está inserido, podendo ter uma abordagem melhor do paciente como um todo.

Em nossa unidade de saúde temos uma pasta com todos os pacientes acamados e restritos, através do qual organizamos um cronograma de visitas domiciliares para que esses pacientes sejam acompanhados pelo menos uma vez por mês com o médico ou enfermeiro, recebendo no mínimo uma visita domiciliar mensal.

Nas reuniões de equipe, os ACS trazem algumas demandas de visitas (pessoas com resistência para ir a consultas, nossos acamados e restritos que tenham demandas fora de suas visitas programadas, gestantes que não estão indo ao pré-natal, hipertensos e diabéticos que não vão às consultas, visitas de puerpério, dentre outros), que são programadas na agenda. Fazemos ainda visitas para conhecer um pouco do núcleo familiar de crianças com déficits cognitivos ou sinais de agressão.

No caso das visitas às puérperas, quando esta chega a sua casa após o parto, o ACS nos avisa, e quem tiver a visita mais perto, sendo o enfermeiro ou o médico, faz a visita, fechando o pré-natal, dando as orientações sobre os cuidados após o parto, cuidados com o renascido e principalmente orientando a amamentação, colocando o bebê no peito da mãe e observando à pega, posição e etc. Neste caso, dá-se ênfase as propostas do projeto de intervenção sobre a necessidade de o aleitamento materno exclusivo (AMEX) até, pelo menos, os seis meses de idade, levando às mães as informações necessárias sobre os benefícios do AMEX, incentivando-as à adesão ao Amex, explicando e desmitificando o ato de amamentar, sem necessidade de nenhuma complementação alimentar ao bebê.

A visita domiciliar é uma ferramenta imprescindível da equipe de saúde, pois podemos sentir o paciente em seu ambiente, ver as dificuldades, podendo criar estratégias mais efetivas para o desenvolvimento biopsicossocial, avaliando locais no território para criar a rede de apoio (clubes, igrejas, escolas).

### **4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência,

orientado para a cura de doenças (PAIVA et al, 2006), que vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

O processo de reestruturação do setor saúde enfatiza as atividades preventivas e valoriza a Atenção Básica como proposta de reorientação do modelo assistencial (GARCIA; TEIXEIRA, 2009). O seu objetivo principal consiste em reorganizar a prática assistencial com foco na família e seu ambiente físico e social (DRULLA et al, 2009). Através da consolidação princípios de universalidade, de integralidade da atenção, de qualidade dos serviços e de garantia de acesso (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

Uma das estratégias utilizadas por essa forma de organização da assistência a saúde é a visita domiciliar, tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma, e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Essa atividade é realizada diariamente pelos agentes comunitários de saúde, e sistematicamente no que se refere aos enfermeiros, médicos e outros profissionais inseridos nos programas (GARCIA; TEIXEIRA, 2009), sendo concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade. (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009)

Por meio dessas visitas, as equipes dos Programas de Saúde da Família identificam as condições sociais e sanitárias das famílias, obtendo um diagnóstico da realidade local e favorecendo a identificação das áreas de risco, que não seriam visualizadas no interior da unidade de saúde. Funciona também, de modo direto, como organizadora da demanda, e como instrumento da vigilância epidemiológica (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A Visita Domiciliar possibilita a aproximação do cotidiano dos usuários pelos profissionais, o que favorece o entendimento do indivíduo em todos os aspectos (GARCIA; TEIXEIRA, 2009), enseja ampla visão das condições reais de vida da família, e possibilita a interação em ambientes familiar e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências

enriquecedoras para ambos (DRULLA et al, 2009), permitindo o planejamento das ações, considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Além disso, as visitas domiciliares prestam assistência a uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde, devido a sua condição, como acamados, portadores de deficiência e outras situações que impossibilitam o acesso à unidade de saúde (DRULLA et al, 2009).

Entretanto, para que a Visita Domiciliar seja bem sucedida, é essencial que o profissional se desprenda de preconceitos, e tenha visão crítica da realidade a ser observada e interferida, respeitando as diversidades cultural, social e econômica que determinam o cotidiano familiar (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

Dentre as muitas possibilidades de intervenção por meio da visita domiciliar, se destacam as doenças crônicas, visto que, são as principais causas de mortalidade e morbidade no Brasil (VERAS, 2011).

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A participação no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), a partir de maio de 2016, e conseqüentemente no curso de Especialização em medicina da família pela UNASUS foi, e continua sendo, um período de grande crescimento profissional e pessoal. Após cursar dois anos de residência em pediatria, retornei à atenção primária, da qual me afastei temporariamente devido a incompatibilidade com a carga horária da residência médica. Sem dúvidas esse foi um ano de muitas mudanças, uma nova cidade em uma região com uma realidade bem diferente da que presenciei em São Paulo, que me encantou ao mesmo tempo em que trouxe diversos desafios os quais me empenhei para superá-los.

Durante o curso de medicina, que conclui no fim de 2012, sempre tivemos uma grande proximidade com a saúde coletiva, o que me fez conhecer as belezas, os desafios e os problemas enfrentados na atenção básica brasileira, despertando-me o interesse em atuar sempre nessa área, vontade esta, que consegui pôr em prática novamente através do PMMB.

Através do curso de especialização oferecido pelo programa, tive a oportunidade de aprofundar bastante os meus conhecimentos teóricos sobre a atenção básica, além de revisar as principais patologias encontradas no consultório médico nas USFs, e conseqüentemente seus diagnósticos e tratamentos. Além disso, tive a oportunidade de colocar em prática, no dia a dia, aquilo que foi visto durante as aulas e atividades, o que me ajudou a consolidar o conhecimento.

Os ensinamentos oferecidos em todo o curso, principalmente nos casos complexos, em muitos momentos nos remetiam aos nossos pacientes reais, ajudando-nos no manejo dos casos de hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, saúde mental, pré-natal, puericultura, aleitamento materno, saúde da mulher, DPOC, asma, patologias cardiovasculares, dentre outros. As visitas domiciliares ganharam mais qualidade, pois passei a atentar para alguns detalhes antes despercebidos. A condução dos grupos oferecidos na USF também tivera um ganho de qualidade, em especial o nosso grupo de aleitamento materno exclusivo, que foi o objeto do meu projeto de intervenção, e colaborou para conscientizar as mães, principalmente as mais jovens, de todos os benefícios que tal prática proporciona para ela e seu bebê, prolongando o período de aleitamento exclusivo.

Apesar dos muitos ganhos profissionais adquiridos ao longo desses quase dois anos, também enfrentei muitas dificuldades para cumprir com o papel de promotor de saúde, principalmente porque o município de Aracaju passou, e ainda passa por uma das piores crises no setor de saúde de sua história, com a falta de medicações, falta de exames básicos, falta de

insumos como receituários, além dos atrasos salariais, o que resultou na greve dos profissionais, dentre outros. Em muitos momentos, eu fui o único profissional da minha equipe de saúde em atividade, o que tornou o trabalho bem mais complicado, visto que atenção básica foi organizada para funcionar de forma multidisciplinar, ficando inviável o funcionamento adequado com apenas uma classe profissional trabalhando. Desta forma, em diversos momentos foi muito complicado colocar em prática aquilo que foi ensinado durante a especialização, e é preconizado pelo Ministério da Saúde. A partir do momento em que os problemas começaram a ser sanados, ficou evidente a importância do trabalho em equipe, restaurando lentamente oferecimento de serviços de saúde de qualidade, resultando na participação ativa na vida dos usuários da USF.

O curso de Especialização em Saúde da Família, além das experiências vividas durante esse período de trabalho, na USF Carlos Hardman, em Aracaju, permitiram-me um grande amadurecimento profissional e pessoal, transformando definitivamente meu olhar ante a atenção básica.

Resta dizer: a satisfação de trabalho é pessoal, mas também em equipe. A satisfação pessoal vem da percepção de que é este o trabalho de uma vida. Infere-se num universo de eventos pessoais que motivam o levantar para mais um dia de trabalho consciente de que aquele dia é único, e, certamente uma oportunidade de se fazer o melhor com os recursos que temos. A satisfação da equipe se dá na certeza de que cada um contribuiu para a positividade de um resultado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01040707200900010007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01040707200900010007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 09 de Abr. 2017.

ALMEIDA GG; Spiri WC; Juliani CMC; Paiva BSR. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. Ciênc. Saúde coletiva, vol. 13 nº 2, Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2008.

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de. **Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais.** Revista de Enfermagem, 2010 abr-jun; 14 (2): 361-367. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200021)>. Acesso em: 04 de Abr. 2017.

BARROS, Ana Carolina Morábito de; ROCHA, Michele Birckholz; SANTA HELENA, Ernani Tiaraju de. **Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina.** Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37, no. 1, de 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000150&pid=S01040707201000030000500020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000150&pid=S01040707201000030000500020&lng=pt)>. Acesso em: 21 de Mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, nº. 23)

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. especial, p. 143-147, dez. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000700024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024)>. Acesso em: 17 de Mar. 2017.

FUMAGALHI, Shirlei. **Planejamento orçamentário:** Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruema. Juina-MT. 2008.

GARCIA, Ionara Ferreira da Silva; TEIXEIRA, Carla Pacheco. **Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. Sociedade em Debate,** Pelotas, 15(1): 165-178, jan.-jun./2009 Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365>>. Acesso em: 09 de Abr. 2017.

GARCIA-MONTRONE; Rose, Júlio, C. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível socioeconômico baixo: **estudo preliminar:** Cad. Saúde Pública, vol. 12 nº1 Rio de Janeiro. Jan./Mar. 1996.

GRILLO, Maria de Fátima Ferreira et alli. **Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes.** Revista da Associação Médica Brasileira, 2013;59(4):400–405. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021)>. Acesso em: 21 de Mar. 2017.

KUMMER CS; Giugliani ERJ; Susin LO; Folletto JL; Lermen RN; Lermen NRL; WU VYJ; Santos L; Caetano MB. **Evolução do padrão de aleitamento materno.** Rev. Saúde Pública v. 34 n° 2, São Paulo, abr. 2000.

MARTINELLI, KG; Neto ETS; Gama, SGN; Oliveira AE. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha,** 2014.

MAZZA, Verônica de Azevedo. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar.** Cogitare Enfermagem. 2009 Out/Dez; 14(4):667-74. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365>>. Acesso em: 09 de Abr. 2017.

MF; Venâncio SI; Batista LE; Santos RG; Greiner, Ted. **Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais.** Ver. Saúde Pública, vol. 31 n° 2, São Paulo, Abri. 1997.

MOREIRA; Ricardo Castanho. **Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com diabetes mellitus.** REME - Revista Mineira de Enfermagem; 13(1): 43-48, jan./mar., 2009. Disponível em:< <http://reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n1a08.pdf>>. Acesso em: 10 de Abr. 2017.

PACE, Ana Emília et alli. **O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2006 setembro-outubro; 14(5) Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf)>. Acesso em: 31 de Mar. 2017.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato,** São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (2):377-385, fev, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01021X2006000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01021X2006000200015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 21 de Mar. 2017.

PÉRES, Denise Siqueira. **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2007 novembro-dezembro; 15(6). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01041692007000600008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01041692007000600008&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 03 de Abr. 2017.

PETERMANN, Xavéle Braatz. **Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa.** Saúde, Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.49-56, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/Revistasaude/article/view/14905/pdf>>. Acesso em: 03 de Abr. 2017.



THAINES, Geovana Hagata de Lima Souza et alli. **A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus:** um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 57-66. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-072009000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-072009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 de Abr. 2017.

VERAS, Renato Peixoto. **Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas:** um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2011; 14(4):779-786. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/281441392>>. Acesso em: 21 de Mar. 2017.

ZANETTI, Maria Lúcia et alli. **O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 186-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>>. Acesso em: 10 de Abr. 2017.

ANEXO

PROJETO DE INTERVENÇÃO



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**GABRIEL KAUARK CASTELO BRANCO**

**IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE ALEITAMENTO  
MATERNO EXCLUSIVO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:  
DESAFIO A SER SUPERADO NA PRÁTICA**

**Aracaju, junho de 2017**

**RESUMO**

A implantação do Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX) traz inúmeros benefícios à população, onde está localizada a unidade. Neste caso, a UBS Carlos Hardman Cortes, em Aracaju-SE. Mas, o sucesso dessas ações está condicionado ao cumprimento de todas as condições do processo de implantação; desde o planejamento das ações, até chegar aos resultados esperados, dentre estas, destaca-se o envolvimento de todos da equipe durante o desenvolvimento do projeto, em todas as etapas das ações planejadas. Funcionários resistentes à reforma, a vivências de novas experiências serão aqueles que, *a priori*, necessitarão de maior motivação por parte da administração da UBS. Se os agentes de saúde não se convencerem da importância do projeto para a saúde da população, dificilmente poderão atuar de forma solidária e amistosa. Na busca da total adesão ao programa de aleitamento materno exclusivo, pela clientela da UBS, como preconiza o Ministério da Saúde. O projeto será executado em fases, a começar pela pesquisa do tema; as fases subsequentes estão divididas entre tempo de estudo do material de apoio, com a equipe de saúde; elaboração dos materiais para desenvolvimento das ações e o funcionamento do projeto.

**Descritores:** Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX). UBS Carlos Hardman Cortes. Equipe de Saúde.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo geral.....	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	6
4 MÉTODOS.....	9
5 CRONOGRAMA.....	12
6 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	13
6.1 Recursos humanos.....	13
6.2 Recursos materiais.....	13
7 RESULTADOS ESPERADOS.....	14
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

# 1 INTRODUÇÃO

O leite materno é imprescindível ao desenvolvimento físico e emocional da criança a curto, médio e longo prazo. O leite materno possui todos os nutrientes de que a criança precisa. Qualquer tipo de complementação alimentar, além de desnecessário, é uma porta de contaminação, que em geral ocorre pela falta de higiene no preparo dos alimentos do bebê. (ALMEIDA, et al., 2008)

Uma criança não alimentada exclusivamente com leite materno tem duas vezes mais possibilidade de ter diarreias, doenças respiratórias, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como ferro e o zinco, menor duração do aleitamento materno. (BRASIL MS 2009)

Por esta razão, dá-se ênfase ao aleitamento materno exclusivo por seis meses sobre livre demanda, complementado até os dois anos ou mais, como recomenda o Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Em cada ano, no mundo, o aleitamento materno exclusivo, salva em torno de seis milhões de vidas. Nos Estados Unidos, por exemplo, a cada ano, o aleitamento materno exclusivo poderia evitar 720 mortes de criança menores de um ano. (BRASIL MS 2009). Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos.

No Brasil, o número de mortalidade infantil é alto, isso se deve em parte à desnutrição e doenças infecciosas; e as taxas de aleitamento materno exclusivo são baixas. Logo, nessa correlação, o aumento de aleitamento materno exclusivo, reduziria o número de mortes por desnutrição e por doenças infecciosas.

Este projeto de intervenção propõe a implantação de um programa de aleitamento materno exclusivo, na Unidade Básica de Saúde Carlos Hardman Cortes, localizado na Av. Carlos Marques, S/N, bairro Soledade, Aracaju-SE.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Implantar um programa de aleitamento materno exclusivo, visando o desenvolvimento saudável das crianças atendidas nessa UBS.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Separar na UBS um espaço (momento) exclusivo para promoção e desenvolvimento do Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (GAME).
- Capacitar os profissionais da UBS, a fim de se formar uma equipe permanente de saúde em lactação para dá suporte as mães da comunidade após alta hospitalar para prosseguimento do aleitamento materno exclusivo (AMEX).
- Promover cursos de orientação as gestantes e puérperas sobre aleitamento materno.
- Realizar encontros quinzenais na UBS, para se fazer pesagem e avaliação das curvas de crescimento de todas as crianças de 0 a 6 meses de vida participantes do GAME.
- Criar um banco de leite humano local para suprir a necessidade nutricional das crianças do entorno da UBS.
- Buscar parcerias com outras áreas afins, como professores e os profissionais do NASF (nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais), para troca de saberes, apoio humano e material.
- Certificar a criança que estiver inscrita no programa de aleitamento materno exclusivo da UBS, e cumprir o tempo o período de seis meses de AMEX.
- Buscar apoio (patrocínio) de instituições públicas e privadas para aquisição de recursos para uso e manutenção do programa (material de orientação, de publicidade, uniformes, crachás, etc).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Nas últimas décadas, novos conhecimentos e tecnologias foram usados em prol do aleitamento materno, visando um período de seis meses, ou no mínimo, quatro meses, de aleitamento humano exclusivo. Em países pobres ou em desenvolvimento, como o Brasil, com altos índices de mortalidade infantil, tanto por desnutrição, como por falta de saneamento básico, o aleitamento materno exclusivo, salva milhões de crianças menores de cinco anos idade a cada ano, e poderia salvar outras tantas, se o tempo de aleitamento materno se estendesse para os seis meses, como preconizam as instituições de saúde nacionais e internacionais.

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde das crianças em todo mundo. A superioridade do leite humano como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto fazem com que especialistas do mundo inteiro recomendem a amamentação exclusiva por 4-6 meses de vida do bebê e complementado até pelo menos o final do primeiro ano de vida. A ausência de amamentação ou sua interrupção precoce (antes dos 4 meses) e a introdução de outros alimentos à dieta da criança, durante esse período, são frequentes, com consequências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de alimentos nutritivos, entre outras. No último levantamento feito sobre a situação do aleitamento materno no Brasil, realizado em 1996, a mediana da amamentação exclusiva foi de um mês, variando conforme o nível educacional das mães. Ao final do primeiro ano, apenas 40,8% das crianças continuavam sendo amamentadas. (KUMMER et al., 2000, p. 2)

As vantagens do aleitamento materno exclusivo são estatisticamente comprovadas. Em Pelotas (RS), um estudo demonstrou que a chance de uma criança, não amamentada, ser internada com pneumonia, nos primeiros três meses foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente. (BRASIL MS, 2009)

A amamentação oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira capaz de promover seu desenvolvimento integral, pois o leite materno fornece os nutrientes necessários para a criança iniciar uma vida saudável e se modifica conforme seu crescimento para continuar atendendo às suas necessidades. Por isso, é o alimento ideal não somente para recém-nascidos a termo, como também é o mais indicado para prematuros. Dentre os benefícios trazidos pela prática da amamentação, podemos citar: prevenção contra doenças infecciosas e diarreicas; (sic) proteção contra alergias; favorecimento no crescimento e desenvolvimento intelectual, entre outros, além de intensificar as relações da mãe com o neonato. Não obstante, nota-se também os benefícios econômicos, que impedem a interrupção da alimentação da criança por dificuldades financeiras, e as vantagens para a mãe, como menores possibilidades de desenvolver câncer de mama, maior rapidez na involução uterina e proteção contra a gravidez nos primeiros meses após o parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a amamentação exclusiva e sob livre demanda até os seis meses de idade, e sua manutenção, acrescida de outras fontes nutricionais, até os vinte e quatro meses ou mais. (ALMEIDA et al., 2008, p. 1)



De acordo com Ministério da Saúde, (2009), no segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Em dois copos (500 ml) de leite materno, no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia, e continua protegendo contra doenças infecciosas. Um estudo realizado em três continentes, avaliando o potencial de proteção do leite materno para crianças de 2 anos, mostrou que as crianças que não eram amamentadas no segundo ano de vida tinham um risco duas vezes maior de morrer por doença infecciosa em comparação com crianças amamentadas.

O Brasil vem priorizando o AMEX desde 1981, instituindo programas, como; Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Proteção Legal ao aleitamento Materno, norma que contribui para a adequada nutrição dos lactentes e de crianças de primeira infância, regulamentando a promoção comercial e orientações do uso de mamadeiras, bicos, chupetas e protetores de mamilo.

Mas, o desmame precoce continua sendo um problema grave, apesar de todo avanço científico e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais. As taxas de AM, no Brasil, em especial na amamentação exclusiva, continuam aquém do recomendado. Sendo que a mediana de amamentação no país é de dez meses, e de amamentação exclusiva, de apenas 23 dias. Comparado a outros países da América Latina, o Brasil é um país onde há pouca lactação humana. (ALMEIDA et al., 2008)

O desmame precoce se deve a diversos fatores, como nível socioeconômico, idade da gestante, escolaridade, cultura, inserção no mercado de trabalho, reduzido conhecimento sobre as técnicas de amamentação, orientação insuficiente do profissional de saúde, no período gestacional e puerperal sobre os benefícios do aleitamento materno (AM), mitos e tabus relacionados à amamentação, uso de mamadeira e chupeta, falta de apoio ao AM após a alta hospitalar.

Na explicação de Garcia-Montrone e Rose (1996), a melhor fase do aleitamento materno, no Brasil, vai até a década de 1960. Após essa fase, o declínio se torna expressivo. Em 1940, 98% dos bebês brasileiros se alimentavam quase exclusivamente do leite materno. Em 1974, baixou para 76%. Além disto, a porcentagem de mães que amamentavam seus filhos aos seis meses diminuiu de 60% para 12%.

Os mesmos autores apontam as causas do desmame precoce, a saber, dificuldades circunstanciais, (mamilos achatados, fissuras, etc), dificuldades culturais, como as transformações ocorridas na estrutura familiar, sobretudo nas sociedades urbanas, onde os

mercados de produtos estéticos idealizam um corpo feminino, no qual, as mamas são consideradas “símbolo sexual”. Outras causas, as propagandas de produtos lácteos. Por último, deficiência na prática dos serviços hospitalares caracterizados pela demora em levar a criança ao peito após o nascimento, a sedação do recém-nascido em função do excesso de anestesia materna, e a administração de chás, água glicosada ou alimento complementar.

Na exposição de Almeida et al., (2008), as causas do desmame precoce decorre também do nível socioeconômico da mãe, idade, escolaridade, cultura, inserção da mulher no mercado de trabalho, falta de conhecimento sobre os benefícios do AM, despreparo de quem atende esse binômio, uso de bicos artificiais, impossibilidade de amamentar na sala parto, ausência de alojamento conjunto, ausência ou mal funcionamento do banco de leite humano, desestímulo à amamentação, falta de apoio ao AM após alta hospitalar e interferência da família com conselhos e orientações incorretas com base em experiência próprias.

Na análise de Martinelli et al., (2014), há no serviço público de saúde uma desassistência às mulheres pobres, especialmente quando da assistência pré-natal. Falta ao serviço de atenção básica incrementos de modo a possibilitar um desfecho perinatal e materno favoráveis. Segundo os autores, a falta de adequação da assistência pré-natal está associada à baixa renda, além de outros fatores que indica a persistência de desigualdade social, evidenciando que os grupos socialmente mais vulneráveis têm pior acesso ao serviço pré-natal.

Em razão das altas taxas de mortalidade materna e fetal decorrentes de um serviço deficitário de saúde, o governo federal, no ano de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Estipulando um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação.

Mas muitos estudos têm demonstrado que esse conteúdo mínimo não está sendo executada de maneira satisfatória para grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil. A implementação da Rede Cegonha, desde 2011, é uma forma de complementar o PHPN, objetivando um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses.

## 4 MÉTODOS

A palavra *methodos* deriva do grego. Para Gil (2008), métodos são os caminhos, as etapas do processo de uma pesquisa; ao ser acrescido do sufixo *logia*, também do grego, tem-se metodologia, estudo. Dessa forma, metodologia expressa o estudo dos caminhos a serem seguidos para se fazer ciência em busca de uma verdade ou de um fim determinado. (GIL, 2008 apud FUMAGALHI, 2009)

**Fase 1** - Inicialmente, far-se-á uma pesquisa bibliográfica das diversas fontes que versem sobre o aleitamento materno, seguindo como parâmetros os objetivos propostos ao projeto.

Serão observadas algumas etapas para a elaboração da pesquisa bibliográfica: a seleção do fenômeno, objeto da pesquisa, sua posterior delimitação: identificação de obras, a compilação do material, finalmente a redação do texto. Os passos seguintes serão constituídos pela execução do projeto.

**Fase 2** - Far-se-á a apresentação do projeto à equipe. Nesse momento, será necessária uma conversa franca, delineando a participação de todos para o cumprimento das etapas do projeto. Ouvir a equipe é fundamental, afinal de contas, o sucesso das ações depende de um profundo entrosamento entre todos. Momento oportuno para o médico conhecer os anseios da equipe. Traçar planos condizentes com essas expectativas, melhorando e adequando o projeto, partindo da prática de cada um deles na rotina da unidade.

**Fase 3** - Execução do projeto, propriamente dito, é o trabalho com a equipe, vai de junho a agosto. Partiremos das informações sobre o número de mulheres em período de lactação, mulheres em pré-natal, primíparas. Como essas mulheres estão sendo preparadas para o período de lactação? Estão comparecendo às consultas com regularidade? Estão sendo atendidas, dando-se especial atenção ao aleitamento materno?

É de fundamental importância o acompanhamento do estado nutricional dos bebês em lactação humana. Se o bebê mama exclusivamente na mãe, mas apresenta um desenvolvimento aquém do esperado para um bebê alimentado exclusivamente com leite materno; cabe aí, a intervenção da equipe para se saber o que de fato está acontecendo. É desse tipo de cuidado que se deve se ter na UBS. Pois, considerando as dificuldades pelas quais passam as mulheres mães, sendo elas próprias a única fonte de renda de que dispõe a família, mães solteiras, adolescentes, enfim, tantos são os motivos que levam essas mães a não amamentar seus filhos.

As pesquisas demonstram que há um número crescente de desmame precoce. Isso se

deve as razões das mais diversas. Importa saber, efetivamente, se tais situações existem na UBS, e por que ocorrem? Cada comunidade tem sua especificidade, deve-se conhecê-la para que se desenvolvam ações adequadas a cada realidade.

Desses encontros, poderão surgir outros levantamentos e questionamentos. Essa fase é ideal para isso: repensar a realidade do aleitamento materno na UBS, implementar e adequar materiais, fichas, questionários, avisos, agendas, abordagens, etc.

É imprescindível à equipe ter informações atuais sobre o aleitamento materno, a fim de que possa estar preparada a apresentá-las nos encontros quinzenais. Requer-se da equipe, antes de tudo, que ela própria se convença da necessidade desse trabalho para a saúde da comunidade e queira fazer a diferença na vida dessas mulheres.

É oportuno enfatizar que por mais que a equipe esteja preparada quanto à técnica da amamentação, esta deve buscar formas de interagir com a população informando-a da importância de se adotar uma prática saudável de aleitamento materno. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (2009), a assistência eficaz pró-aleitamento materno deve ser prestada pelos agentes de saúde de forma solidária, integral, contextualizada, respeitando o saber e a história de vida de cada mulher, ajudando-a a superar medos, dificuldades e inseguranças.

Sobre o material a ser trabalhado com a equipe, usar-se-á como leitura de apoio o Caderno de Atenção Básica, nº. 23, (MS, 2009). O conteúdo médico é completo, além disso, o caderno trabalha o aleitamento materno inserido no contexto social e cultural da mulher e o seu papel no seio familiar e na comunidade. Usaremos os textos produzidos pelos órgãos de saúde nacionais e internacionais que sirvam como parâmetros quantitativos e qualitativos sobre aleitamento materno, possibilitando um conhecimento vasto e atual do assunto.

Pensando especificamente em como motivar a nossa clientela a adotar o aleitamento materno exclusivo, por meio de uma assistência solidária, aos moldes do que preconiza o MS, serão revistos todos os passos de aconselhamentos em amamentação. Como sabemos, até mesmo pela experiência com essa clientela, rotineiramente, na UBS Carlos Hardman Cortes, não alcançaremos os objetivos do projeto se não for pelo exercício de um contato amistoso. “Em outras palavras, o aconselhamento, por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança no profissional”. (MS, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 23, 2009, p. 26)

Tendo em vista à preocupação sobre todas as dúvidas que possam surgir a respeito do aleitamento materno, estudar-se-á a dinâmica dos bancos de leite humano/BLH, pelo menos em

nosso estado, em nossa cidade, Aracaju-SE, para que se possa saber orientar uma mãe que queira fazer doação de leite humano. Orientar a ordenha de leite para coleta, ter na UBS, os endereços onde são recebidas as coletas na cidade, os cuidados de higiene na ordenha. Incentivar o cadastro de mães parceiras: mulheres experientes que se disponibilize a visitar junto com o agente de saúde as mães primíparas. Estas mulheres podem ser envolvidas mais diretamente no processo de planejamento dos encontros.

**Fase 4** - Terá início em agosto e seguirá até a finalização do projeto no mês de dezembro.

A reunião de abertura ocorrerá num clima festivo de encontro social, de novidade. O ambiente deve estar enfeitado de acordo com o tema, ou seja, os benefícios da amamentação. É necessária a exposição de imagens agradáveis de mães alimentando seus bebês, contudo, deve-se imprimir um tom de severidade em torno do não aleitamento materno.

Nessa ocasião, serão dadas todas as informações de que trata o projeto. A certificação da família que mantiver, até o fim do projeto, o seu bebê no Programa de Aleitamento Materno Exclusivo.

Manter-se-á a cada reunião o registro visual dos encontros, fotos, sinopse das palestras, estatísticas e outras informações.

## 5 CRONOGRAMA

Procedimento	mar.	abr.	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
Pesquisa bibliográfica e compilação das fontes	x	x	x							
Entrega do projeto de Intervenção como pré-requisito do Curso de Especialização em Saúde da <b>Família UNA-SUS/UFCSPA</b>				x						
Apresentação do projeto à equipe, capacitação para os trabalhos com o grupo, tanto em relação à leitura do tema, quanto na confecção e adequação dos materiais para serem usados no desenvolvimento das ações do projeto.					x					
Abertura e execução do projeto.						x	x	x	x	
Finalização do Projeto de Intervenção em Aleitamento Materno Exclusivo na UBS Carlos Hardman Cortes/ Aracaju-SE.										x

## 6 RECURSOS NECESSÁRIOS

### 6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 8 agentes comunitários de saúde, zelador, funcionários da limpeza, pessoas da comunidade, palestrantes, etc.

### 6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Água, lanches, etc
- Agendas
- Balões
- Cadeiras, mesas,
- Computadores
- Fichas de acompanhamento domiciliar
- Impressoras
- Máquina fotográfica
- Materiais de escritórios
- Materiais de limpeza
- Mural
- Papel para cartazes
- Papel para impressão
- Pincéis
- Utensílios de cozinha, lenços de papel, copos descartáveis
- Ventiladores
- Caderno de Atenção Básica, ( n°. 23, 2009)

## 7 RESULTADOS ESPERADOS

<sup>1</sup>(...) amamentar é um ato de cidadania, indispensável à saúde humana e à preservação da espécie e do planeta. Amamentar é econômico, cultural, é orgânico, é uma prática sustentável que precisa ser apoiada, incentivada e protegida. Qualquer outra prática de alimentar crianças pequenas, principalmente as lactentes, com substitutos do leite materno impacta de forma negativa em todas essas metas, dificultando seu cumprimento. Apoiar, incentivar e proteger o aleitamento materno é proteger a vida na Terra. É sustentabilidade. É direito e papel de todos.

O aleitamento materno exclusivo é um direito e necessidade da criança, uma responsabilidade da família e dever do Estado. Tudo isso se deve aos benefícios do leite humano. Uma criança alimentada somente com leite materno, adquire vantagens nutricionais superiores a outros alimentos, o que vai impactar na diminuição da mortalidade infantil, na redução dos gastos do SUS nos tratamentos de bebês e crianças adoecidos pela ingestão de alimentos contaminados em seu preparo ou alimento com baixo valor nutricional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Portanto, os resultados esperados, antes de tudo, redução de mortes de recém-nascidos, em decorrência da desnutrição, redução do adoecimento rotineiro desses indivíduos, pela ingestão de alimentos contaminados, mamadeiras contaminadas, chupetas contaminadas, chás e água contaminadas.

Espera-se que o aleitamento materno exclusivo seja uma realidade na UBS Carlos Hardman Cortes, em Aracaju-SE.

De forma geral e para fechamento dessa seção, espera-se despertar, com esse trabalho, a consciência da nossa clientela para as necessidades nutricionais dos recém-nascidos e crianças, compreendendo que uma nutrição adequada fará dessas crianças, indivíduos saudáveis, seguros e preparados intelectualmente para os desafios da vida adulta.

---

<sup>1</sup> Fabiana Cainé Alves da Graça - Farmacêutica, IBCLC, membro da IBFAN Brasil e Cláudia dos Reis Lisboa Novaes – Nutricionista, Mestre em Nutrição Humana Aplicada. Texto preparado para o Seminário da SMAM: Semana Mundial do Aleitamento Materno 2016: **o desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br>>. Acesso em: fev. 2017.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida GG; Spiri WC; Juliani CMCM; Paiva BSR. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. Ciênc. Saúde coletiva, vol. 13 n° 2, Rio de Janeiro, Mar./Apri. 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n°. 23)

Fumagalhi, Shirlei. **Planejamento orçamentário**: Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruema. Juina-MT. 2008.

Garcia-Montrone; Rose, Júlio, C. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível socioeconômico baixo: **estudo preliminar**: Cad. Saúde Pública, vol. 12 n°1 Rio de Janeiro. Jan./Mar. 1996.

Kummer CS; Giugliani ERJ; Susin LO; Folletto JL; Lermen RN; Lermen NRL; WU VYJ; Santos L; Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev. Saúde Pública v. 34 n° 2, São Paulo, abr. 2000.

Martinelli, KG; Neto ETS; Gama, SGN; Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha, 2014.

Rea MF; Venâncio SI; Batista LE; Santos RG; Greiner, Ted. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formas. Ver. Saúde Pública, vol. 31 n° 2, São Paulo, Abri. 1997.