

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

CARLOS EDUARDO MENDES MARQUES

**ABORDAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS-SE**

ARACAJU – SE

2017

CARLOS EDUARDO MENDES MARQUES

**ABORDAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
colegiado do UNA-SUS da Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre/RS, como
requisito parcial para especialização em Saúde da
Família.

ARACAJU-SE

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
A- Identificação	6
B- Preâmbulo	6
C- Genograma.....	7
D- Consulta	7
E- Discussão do caso.....	8
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE EM DOMICÍLIO	15
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	18
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
7 ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21

1 INTRODUÇÃO

Sou Carlos Eduardo Mendes Marques, 27 anos, médico formado pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) em julho de 2015. Antes de ingressar no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) trabalhei durante sete meses no Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade de Itabaiana-SE e na Emergência em Hospitais da cidade de Aracaju-SE.

Fui selecionado para trabalhar no município de Simão Dias, que está localizado há pouco mais de 100 km da capital Aracaju - Sergipe e faz fronteira com o estado da Bahia. Possui uma população estimada pelo IBGE de 40684 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,604 (IBGE, 2015).

A economia local é baseada na agropecuária, no comércio, na prestação de serviços e no setor industrial o qual vem em expansão com a criação do Distrito Industrial (ainda em obras) e a ampliação da fábrica de calçados já existente. Na saúde, o município possui uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), que nem sempre conta com escala completa de médicos plantonistas e que possui condições precárias em estrutura e equipamentos, o que dificulta o atendimento da demanda das urgências do município. A Atenção Básica conta com 10 equipes de saúde no momento, distribuídas na área urbana e rural, com previsão de ampliação do número de equipes após remapeamento que será realizado no início de 2017.

Em relação a minha área de atuação, possui uma população aproximada de 5800 habitantes, o que a torna a região com um maior quantitativo de famílias em comparação com as outras equipes. Abrange duas escolas que auxiliam na realização de atividades comunitárias, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) onde também são realizadas ações de saúde e atendimento clínico mensal. Conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde e um dentista.

A população adscrita possui baixas condições econômicas, de saneamento, moradia e pavimentação além de baixo grau de escolaridade. O local apresenta alto índice de criminalidade, o que restringe muitas vezes as visitas domiciliares e dificulta o atendimento amplo e integral aos moradores da região adscrita.

A Clínica de Saúde da Família Eunice Barbosa de Oliveira, localizada em uma região central, possui uma boa estrutura com salas climatizadas e equipamentos básicos para uma consulta médica adequada. A agenda inclui atividades de pré-natal, puericultura, saúde da mulher, consultas agendadas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, atividades educativas comunitárias, ações de saúde e consultas para cuidado continuado. A demanda abrange, no geral, doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes, doenças infectocontagiosas e psiquiátricas.

O tema abordado no “Projeto de Intervenção: **Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo e Orientação Para Uma Técnica Correta ao Amamentar na Atenção Primária a Saúde**” se baseia na baixa adesão ao aleitamento materno observado durante as consultas de puericultura e puérperas, realizadas nesta Unidade Básica de Saúde (UBS) e durante as visitas domiciliares. Tal trabalho tem como objetivos principais; incentivar o aleitamento materno exclusivo, mostrar de forma clara os benefícios do leite materno e mobilizar os profissionais de saúde a atuarem nessa questão a fim de garantir uma maior adesão da população alvo.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A- Identificação

Paciente: RN D.F.O., filho de G.S.O.

Idade: 3 meses

Sexo: Feminino

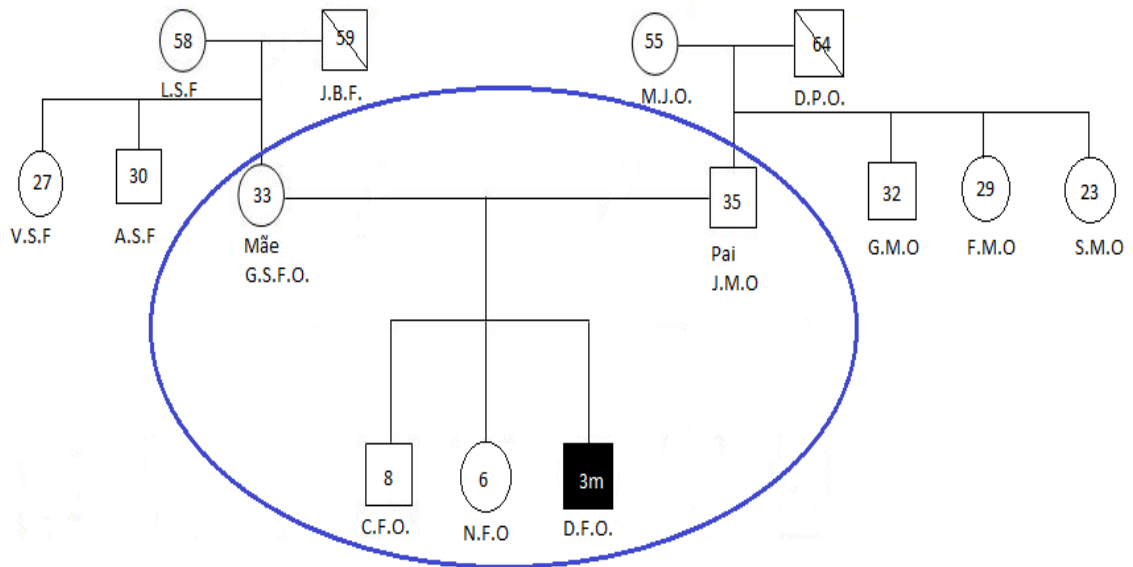
B- Preâmbulo

G.S.F.O., 33 anos, do lar, casada, escolaridade até ensino fundamental, portadora de obesidade grau I, sem outras patologias. Seu esposo é o senhor J.M.O., 35 anos, mecânico, escolaridade até ensino fundamental incompleto, portador de obesidade grau I e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Residem no município de Simão Dias-SE e são pais de mais dois filhos; N.F.O., menina de seis anos e C.F.O., menino de oito anos, ambos saudáveis.

RN D.F.O., lactente feminino, sem acompanhamento prévio pela Unidade Básica de Saúde da Família Eunice Barbosa de Oliveira. O avô paterno faleceu devido a complicações do diabetes; avó paterna viva e saudável; avô materno falecido devido a câncer gástrico e avó materna viva, hipertensa e obesa.

Família reside em uma casa de alvenaria com três quartos, um banheiro, uma cozinha e uma sala, com espaço interno reduzido. Possui condições de higiene adequada, contam com água encanada, saneamento básico e rua parcialmente pavimentada. O bairro da residência possui índice elevado de criminalidade.

C- Genograma



D- Consulta

Subjetivo: Lactente D.F.O., de três meses, é trazida pela mãe G.S.F.O., para consulta de puericultura. Mãe não relata queixas no momento. Lactente nascida a termo, com peso ao nascer de 3700g, comprimento de 50 cm, perímetro cefálico de 35 cm, apgar 9/10, nascido de parto vaginal sem intercorrências. No momento em aleitamento misto (leite materno + fórmula infantil de 0-6 meses) além de um acréscimo na fórmula de farinha e açúcar, segundo relato da mãe.

Objetivo: Lactente ativo e reativo, bom estado geral, corado, hidratado, eupnéico (45 irpm), afebril, acianótico e anictérico. Fontanela anterior palpável (2 cm), desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade.

Peso: 7,3kg

Comprimento: 59 cm

Perímetro cefálico: 41 cm

IMC: 22 Kg/m²

Aparelho cardiovascular: Ritmo regular em dois tempos, com blugas normofonéticas e sem sopros;

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios;

Abdome: Peristáltico, timpânico, sem massas e/ou visceromegalias;

Membros Inferiores: Ausência de edema, pulsos simétricos.

Avaliação:

Sobrepeso (IMC x idade escore Z + 2 e + 3) e alimentação inadequada.

Plano:

- 1) Oriento retirada de açúcar e farinha da fórmula infantil;
- 2) Incentivo ao aleitamento materno, objetivando redução da fórmula e aumento na frequência do aleitamento materno;
- 3) Oriento quanto à técnica correta da amamentação;
- 4) Retorno em um mês para consulta de puericultura.

E- Discussão do caso

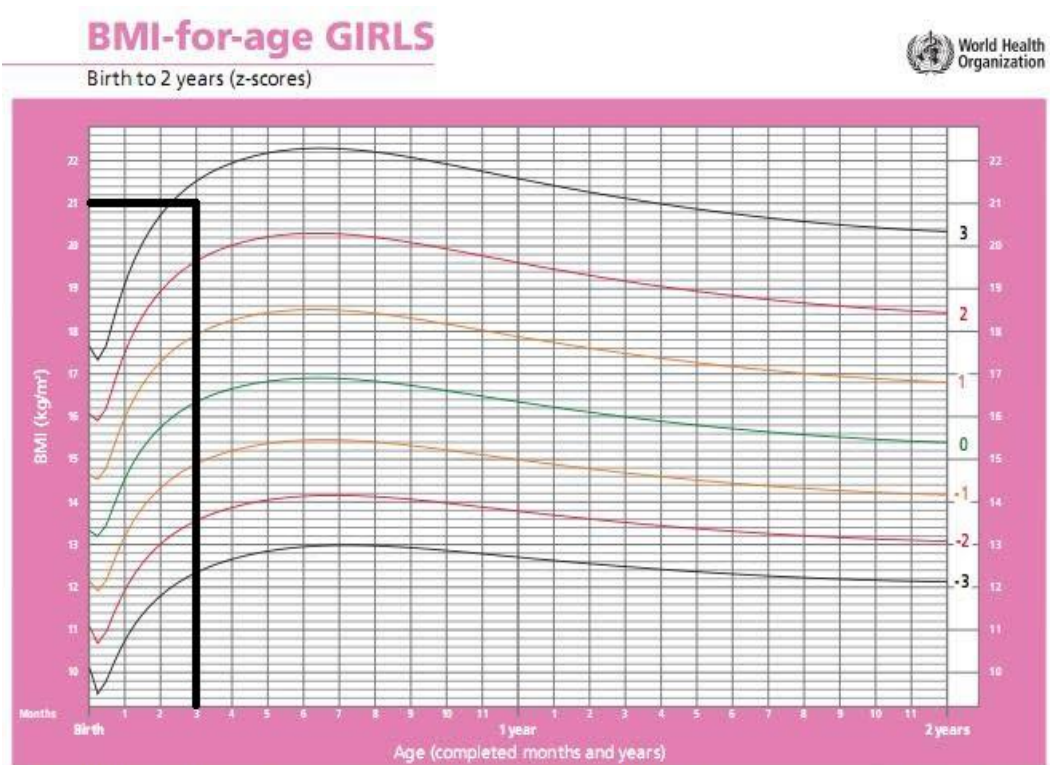
A lactente do caso acima apresenta sobrepeso, definida por um escore Z + 2 e +3 (percentil > 97 e 99,9) na curva de IMC para idade ou peso para estatura em crianças de 0-5 anos (OMS), de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012). Na curva peso x idade se encontra com peso elevado para idade (acima de escore Z + 2) e na curva de comprimento x idade se encontra em comprimento adequado para idade.

Abaixo o quadro com os valores de IMC por idade, recomendados pelo Ministério da Saúde.

Percentil > 99,9	Escore z > +3	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos)
Percentil > 97 e 99,9	Escore z +2 e +3	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil > 85 e 97	Escore z > +1 e < +2	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos)
Percentil > 3 e 85	Escore z > -2 e +1	IMC adequado.

Fonte: BRASIL, 2011. Pontos de corte de IMC por idade.

Abaixo o quadro com as curvas de IMC por idade, recomendadas pela WHO para crianças do sexo feminino do nascimento até 2 anos.



De acordo com o “Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento” em caso de sobrepeso ou obesidade deve-se verificar a existência de erros alimentares, orientando a mãe ou o cuidador a administrar à criança uma alimentação mais adequada, de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável para a criança (BRASIL, 2012).

Nesse caso clínico apresentado, foi realizado estímulo ao aleitamento materno, com diminuição da oferta de fórmula infantil e aumento na frequência de mamadas. Para isso, foi realizada uma investigação, buscando identificar as maiores dificuldades a fim de corrigi-las, através de uma avaliação do conjunto mãe-bebê. Além disso, orientou-se retirada da farinha e açúcar da dieta que era ofertada de forma inadequada para a criança.

Existem condições nas quais as crianças não são mais amamentadas ao peito e não existe mais a possibilidade de reverter tal situação. Portanto, os profissionais de saúde devem atuar de maneira mais adequada perante tais casos e de forma individualizada.

As orientações devem ser adotadas apenas excepcionalmente, quando estiverem esgotadas todas as possibilidades de relactação da mãe. Além disso, as situações devem ser analisadas caso a caso (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar aqui, que a meta para o tratamento de sobrepeso para crianças menores de sete anos, como no caso descrito, é de manutenção do peso (SBP, 2012). Ou seja, nesses casos não devemos iniciar dietas restritivas visando perda de peso. A base do tratamento é adequação da alimentação e acompanhamento dos parâmetros (peso, estatura/comprimento, IMC) em consultas de puericultura subsequentes para prevenção e preservação da saúde.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Toda criança necessita de cuidados específicos voltados para a proteção da sua saúde, promoção do bem-estar e prevenção de doenças, de forma que seu organismo esteja apto a enfrentar, de forma saudável, todas as mudanças comuns ao desenvolvimento (BRASIL, 2009).

A Estratégia Saúde da Família, dentro da Atenção Primária a Saúde, possui um programa de cuidado à saúde das crianças denominado de Programa de Puericultura, o qual visa acompanhar o desenvolvimento das mesmas, estimular o aleitamento materno, verificar a vacinação, instruir quanto à introdução de alimentos e trabalhar no sentido de prevenir doenças comuns nos primeiros anos de vida (VIEIRA et al., 2012).

Devido à importância desse programa foi instituído pelo Ministério da Saúde um cronograma de consultas de puericultura, o qual deve ser seguido para melhor atender a criança. Esse cronograma dispõe o mínimo de consultas necessárias, a saber; uma consulta até 15 dias de vida, após, ao completar um mês de vida, depois consulta no segundo, quarto, sexto, décimo segundo e décimo oitavo mês, de forma que a criança passe por, no mínimo, sete consultas no seu primeiro ano e meio de vida (BRASIL, 2009).

Assim, a Puericultura é uma especialidade da Pediatria que visa acompanhar integralmente a criança em seu crescimento e desenvolvimento. Através das consultas e acompanhamento do médico Pediatra nas consultas de Puericultura é possível identificar com antecedência distúrbios do crescimento, do metabolismo, deficiências nutricionais e complicações no desenvolvimento neuropsicomotor (GLUHER, 2015).

Nesse contexto, a estímulo ao aleitamento materno se faz importante, pois o mesmo é necessário para promover a saúde da criança e está diretamente relacionado à redução de doenças, de alergias alimentares e também da mortalidade infantil (BRASIL, 2009 a).

Muitas vezes a amamentação do recém-nascido fica comprometida devido ao medo e insegurança da mãe, e também da falta de orientação. Assim, é importante que desde a alta materna haja o cuidado e o acompanhamento adequado para que essa mãe se sinta segura e esteja consciente da importância

de amamentar seu bebê. Dentro disso a Puericultura se faz fundamental para estabelecer esse apoio e acompanhamento, já que o aleitamento materno é indispensável para promover a saúde da criança principalmente no seu primeiro ano de vida (VIDAL; NOGUEIRA, 2015).

O aleitamento é importante não apenas para proporcionar o desenvolvimento biológico precoce da criança, garantir boa imunização e prevenir doenças e até mesmo a morte, mas também para garantir vínculo de cuidado e afeto entre mãe e filho (a). Assim, o incentivo a essa prática é uma ação de saúde pública que deve ser realizada pelos profissionais da saúde e deve ser tomada como prioridade na atenção básica, principalmente quando o serviço atende usuários com pouco grau de instrução, sendo assim papel primordial da equipe de saúde (BRASIL, 2015).

No exemplo descrito no caso 17 da atividade 3 (caso Inês e Daiane) é possível identificar o relato das dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde frente à falta de compromisso da mãe. A criança em questão (Daiane), com apenas nove meses de vida, se apresenta com baixo peso, anêmica e com grave quadro de cárie dentária. Tudo isso indica a falta de cuidado, já que nos primeiros anos de vida é de suma importância que a criança receba cuidados específicos, alimentação balanceada, além de higiene e cuidados corporais.

Segundo relato da avó a criança estava se alimentando mal, comendo apenas “besteiras” como doces, biscoitos, e outros alimentos com baixo teor de nutrientes, essenciais à saúde. A falta de higiene e cuidado era vista na pele e nos dentes da criança. Além da falta de cuidado para com ela, uma questão importante levantada foi à falta de assiduidade às consultas marcadas de puericultura. Como dito, de acordo com o Ministério da Saúde a criança deveria já ter passado por no mínimo cinco consultas, o que, segundo relatos da equipe, não aconteceu.

Isso demonstra a importância do acolhimento, da atenção voltada na busca ativa dessa mãe, dessa família e criação de um vínculo e laço de confiança deles com a equipe de saúde para que tenha compromisso em comparecer as consultas e em aderir ao tratamento proposto. É visto também a necessidade de educação em saúde para orientar melhor essa mãe e avó sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, com cuidado de higiene e alimentar voltado a toda a família (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Esse caso é bastante comum na vivência de uma Unidade Básica de Saúde, logo, se faz importante um cuidado mais amplo voltado para essa situação, não apenas de atender a criança, mas também de ganhar a confiança da mãe para melhor instruí-la e para acompanhá-la em todo o processo, já que na maioria das vezes são pessoas despreparadas, com pouca instrução e assim, cabe à equipe de saúde acolher e cuidar de forma ampla, integral e humanizada, visando tão somente à proteção e promoção da saúde (CARNEIRO et al., 2012).

O médico e toda a equipe deve ter ciência de que, seja qual for a situação, o acesso ao serviço de saúde deve ser totalmente garantido. Assim, a assistência na atenção primária deve envolver a captação precoce por meio de atividades de educação em saúde, individuais e em grupo, além do cuidado à criança doente (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Nesse sentido, na unidade em que atuo tentamos fazer o melhor acolhimento, com atividades de educação em saúde realizadas por uma equipe multiprofissional, para que possamos ganhar a confiança da mãe e de toda a sua família, mostrando a ela o quão importante é estar sempre na unidade, em todas as consultas e grupos de apoio para sempre ser orientada quanto a qualquer quadro de saúde e para que possa aprender ações de cuidado a fim de prevenir a sua saúde e a saúde de sua criança.

Além do acolhimento priorizamos o uso do Cartão da Criança, que é considerado a identidade da criança até os cinco anos de idade. Nele registramos todas as informações importantes como vacinação, condições do nascimento, peso corporal, e riscos para desenvolvimento de doenças infantis. Priorizamos também seguir o calendário das consultas de Puericultura a fim de melhor acompanhar a criança. Quando esta se faz ausente, solicitamos que os Agentes Comunitários da Saúde (ACS) façam visita domiciliar como forma de busca ativa. Com a realização de todas as consultas é possível prevenir agravos na saúde da criança.

Realizamos registro de peso, idade, altura, interpretação da curva de crescimento, avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, social e afetivo, analisamos o registro de vacinação e verificamos a higiene corporal, mental e domiciliar. Com isso podemos identificar distúrbios e doenças e definir o tratamento mais adequado.

Entendemos que a atenção deve ser voltada para a criança em todos os momentos, não apenas quando se apresenta doente. Devemos estar aptos para acolher e acompanhar a criança e sua família em todo o processo de desenvolvimento da mesma, sempre auxiliando e atuando com ações de educação em saúde para que sejam pessoas instruídas no cuidado em saúde e para que doenças e agravos sejam prevenidos, garantindo assim a saúde e o bem-estar da criança, da família e da população em geral.

4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE EM DOMICÍLIO

As visitas domiciliares (VD) são uma forma de cuidado do profissional da saúde já que por meio dela é possível oferecer atendimento integral, e uma terapêutica adequada contra patologias, ou ainda, esclarecimentos e aconselhamento sobre o estado de saúde ou formas de prevenção e cuidado. Assim, é possível prevenir e preservar a saúde do indivíduo em todas as fases de sua vida, incentivando à adesão ao tratamento e a execução do autocuidado (OLIVEIRA, et al., 2013).

A falta de tempo é uma das dificuldades encontradas na realização das visitas, mas deve ser por toda equipe enfrentada, uma vez que a VD propicia o envolvimento e estabelecimento de vínculo com a realidade do paciente e famílias, podendo gerar em alguns, maior suscetibilidade. Registra-se que a VD permite também uma maior interação dos profissionais, humanizando a prática profissional. Todos os profissionais da equipe de Saúde da Família realizam as visitas domiciliares, no entanto os Agentes Comunitários da Saúde são aqueles que as realizam com maior frequência, com isso facilitando o acesso dos pacientes aos serviços prestados na unidade, facilitando o conhecimento da realidade vivida por eles (SAKATA, 2007).

A visita domiciliar é uma importante ferramenta, e nas visitas que faço percebo que o paciente nos recebe bem, e se senti honrado com nosso deslocamento até ali. Isso ajuda a estreitar os laços e fazê-los confiantes em nosso trabalho. Assim, tento tratar o paciente de igual pra igual, com a máxima empatia, e tenho visto, com isso, a maior aderência ao tratamento, medicamentoso e não medicamentoso. É importante tratar cada paciente de maneira única, entendendo seus limites, principalmente no que tange a sua privacidade, já que alguns dão mais liberdade, outros menos. Nossa postura deve ser sempre de nos colocarmos no lugar dele, e buscar criar um vínculo de confiança para que se envolvam em todo o processo de cuidado e de promoção da saúde.

O cuidado em domicilio realizado pelo profissional da saúde pode ser classificado da seguinte forma; Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar, Acompanhamento Domiciliar e Vigilância Domiciliar. Em especial, a vigilância domiciliar se refere à presença de um integrante da equipe de saúde no domicilio

do paciente para oferecer a ele ações de prevenção, promoção e educação em saúde, com busca ativa em sua população. Dentro dessas ações se encontram as de visitas a puérperas e busca de recém-nascidos. Na visita a puérpera, que deve ocorrer nos primeiros dias da criança, a equipe deve considerar o trinômio “mãe-filho-família”, e deve haver orientação para que ao completar 15 dias de vida, o bebe seja levado até a unidade de saúde para iniciar o acompanhamento (RODRIGUES et al., 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde a visita deve ocorrer na primeira semana após alta hospitalar, porém, se o bebe for considerado de alto risco, deve ser visitado em até três dias da alta. De forma geral os objetivos dessa visita são avaliar o estado de saúde da mãe e do recém-nascido, orientar a família no planejamento de cuidado e identificar e prevenir situações de risco para ambos (BRASIL, 2006).

Na unidade em que atuo agendamos um dia por semana para realizar visitas domiciliares aos pacientes acamados, idosos e que apresentam dificuldades em ir até a unidade. Nessas visitas estão presente junto comigo a enfermeira, a técnica de enfermagem e o agente de saúde do local. Ao longo dessas visitas fazemos exames físicos e de rotina possíveis de serem realizados lá, como aferição da pressão arterial, da glicemia e da temperatura corporal. Também coletamos relatos sobre a situação de saúde do paciente, verificamos o estado de saúde e higiene em que se encontram e fazemos aconselhamento sobre métodos de cuidado, formas de higienização e prevenção de doenças, além de verificar medicação e manter ou modificar, de acordo com a necessidade de cada um.

Além dessas visitas regulares a esses pacientes em questão, toda semana fazemos o programa de visita às puérperas, em que verificamos o estado de saúde da mãe e da criança e aproveitamos para realizar orientações quanto a formas de higienização corporal, de alimentação adequada, do posicionamento correto no leito, verificamos também a situação da vacinação da criança e orientamos quanto à necessidade de participarem dos grupos operativos na unidade.

Ainda, realizamos orientações quanto a técnicas de amamentação, haja vista que muitas mães apresentam dificuldades para amamentar e acabam privando a criança de receber o leite materno, tão importante e fundamental para

sua saúde. Orientamos à mãe a amamentar em um local confortável, para que não canse sua coluna e para que o momento seja agradável para ambos. Também quanto à posição correta do bebê, para que ele consiga realizar boa pega, sem forçar seu pescoço. A pega correta também é ensinada, em que o bebê deve abocanhar quase toda a mama, de forma que o mamilo se localize no palato do bebê, e assim o maxilar deve se mover pra cima pra baixo, demonstrando que o bebê está engolindo o leite com facilidade.

Com esse trabalho de visita identificamos melhora nos padrões de saúde já que os indivíduos são mais bem orientados e acompanhados para cuidar do seu estado de saúde e prevenir agravos. Entendemos que através das visitas os laços são estreitados e há criação de um vínculo entre profissional da saúde e paciente, vínculo este que possibilita melhor atuação da equipe e reforço do cuidado já que o paciente se sente mais confortável e mais disposto a se cuidar, a participar dos grupos na unidade, quando possível e, sobretudo, sente que não está só, que tem com quem contar com relação ao seu estado de saúde.

Assim, optamos por priorizar sempre as visitas domiciliares e o cuidado integral ao paciente para que possamos ter sempre o melhor padrão de saúde e ter também condições de atuar dentro daquilo que é nosso papel, sem sermos evitados ou constrangidos, mas tendo a certeza de que a população requer isso de nós e esperam de nós essa atenção e esse cuidado, o que é, sem dúvidas, engrandecedor para o profissional.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O Curso de Especialização em Saúde da Família me possibilitou ir além do que imaginava no meu curso de medicina, pois me fez vivenciar na prática o que é o cuidado em saúde e me fez entender que a saúde necessita de ações de educação, de acolhimento e de atenção integral. Entendi que o cuidar do paciente vai além de prontuários e receituários, vai ao íntimo da relação, na criação de laços, de vínculos de respeito, de confiabilidade que trazem a eles segurança em saber que o profissional que está demandando cuidados é humano e entende suas limitações.

Ao estudar todos os casos pude compreender melhor a realidade do serviço de atenção básica e ver que são casos reais, o qual todos nós podemos nos deparar em nossa atuação. Com os estudos desses casos na plataforma pude entender melhor qual deve ser nossa posição frente a essas situações, e o que fazer para melhor atender esses indivíduos. No curso de medicina temos pouco contato com a realidade de saúde das pessoas, e nesse curso de Especialização em Saúde da Família pude desenvolver o que chamamos de empatia, pois aprendi a me colocar no lugar do outro, e também aprendi a ser mais humano na minha atuação.

Desafios se levantaram, e pra mim, principalmente, foi o fato de estudar a distância. Nesse sentido o curso também me fez desenvolver maior comprometimento e disciplina com os estudos, e aprender a fazer tudo no tempo determinado sem que alguém estivesse cobrando isso de mim diretamente.

De forma geral, entendo que tive um crescimento muito grande com esse curso, não apenas no sentido de aprender terapêutica e metodologias de cuidado, que se referem ao crescimento profissional, mas principalmente, ao aprender a parte humana da medicina, do cuidado, do dispor, da atenção, os quais se referem ao crescimento pessoal, que sem dúvidas, esse curso me proporcionou com êxito.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO, M. P. F.; MAIA, L. C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, p.103-109, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico de pré-natal e puerpério. Brasília, 2006.
- 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.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília, DF. 2009a. 88p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. SISVAN – Brasília, DF. 2011,72p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, nº33, 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. 184p.
- CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a Promoção da Saúde no Contexto da Atenção Primária. **Rev Panam Salud Pública**. v. 31, n.2, p. 115–20, 2012.
- GLUHER, A. Cuidados de Puericultura do Recém-Nascido em uma UBS: Relato de Experiência. 24f. 2015. Dissertação [Mestrado em Organização Pública em Saúde. Universidade de Santa Maria]. Picada Café-RS, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2015. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=280710&search=sergipe|simao-dias>> Acesso em: 09/12/2016.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p 179-84; abril 2013.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E.; A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão Bibliográfica das Publicações Científicas no Brasil. *J Health Sci Inst.*, v.4, n.28, p.321-324, 2010.

RODRIGUES, T. M. M.; VALE, L. M. O.; LEITÃO, R. A. R. et al. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. **Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.4, n.2, p.21-26, Abri/Mai, 2011.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 6, p. 659-664, Dec. 2007.

SBP. Departamento de Nutrologia. Obesidade na Infância e Adolescência: Manual de Orientação. Rio de Janeiro, 2º edição, 2012.

VIDAL, V. U. A.; NOGUEIRA, M. I. O cuidado na Puericultura e a promoção do aleitamento materno: reflexões a partir da percepção de mães usuárias. **Rev. de Saúde Coletiva e Bioética**, v.7, n.2, dez. 2015.

VIEIRA, V. C. L.; FERNANDES, C. A.; DEMITTO, M. O. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: Atuação do Enfermeiro. **Cogitare Enferm.** v.17, n.1, p.119-125, jan/mar, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Child Growth Standards:** Length/height-for-age, weight-forage, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. Geneva: WHO, 2006.

7 ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E ORIENTAÇÃO PARA UMA TÉCNICA CORRETA AO AMAMENTAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

RESUMO

Esse trabalho tem por objetivo apresentar um projeto de intervenção para incentivar o aleitamento materno exclusivo na Clínica de Saúde da Família Eunice Barbosa de Oliveira a fim de que seja uma prática comum entre os lactantes desta unidade básica de saúde. O local de inserção desta UBS é de baixa condição social e econômica, além de ser uma área bastante vulnerável e com alta criminalidade. Diante disso, é importante que seja feita uma educação em saúde com toda a população. O aleitamento materno é necessário para que a criança tenha preservada a sua saúde, já que o leite materno é fonte de imunidade para a criança, além também de proporcionar um vínculo entre a mãe e a criança. Assim, esse trabalho apresenta uma revisão bibliográfica para maior embasamento teórico sobre o assunto, bem como, o projeto para execução das ações a serem desenvolvidas na UBS em questão, contando com a metodologia, o cronograma estabelecido, os recursos necessários e os resultados esperados, tendo em vista a real importância de se fazer uma educação em saúde nessa UBS, bem como, de se incentivar o aleitamento materno exclusivo.

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015). É a fonte mais importante de nutrientes para as crianças nos seis primeiros meses de vida (HÖRNELL et al., 2013).

No intuito de incentivar esta prática, criou-se no Brasil a Política Nacional de Aleitamento Materno, que tem por objetivos; promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses e o Aleitamento Materno Misto (AMM) até os dois anos de idade (BRASIL, 2015).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas (BRASIL, 2015). A prevalência de amamentação exclusiva das crianças brasileiras menores de seis meses foi de apenas 41%, em 2008, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras (PASSANHA et al., 2013).

O município de Simão Dias - SE, possui uma população estimada de 40526 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,604 (IBGE, 2015). Na Clínica de Saúde da Família Eunice Barbosa de Oliveira, localizada na área urbana, essa baixa prevalência de amamentação exclusiva é notada durante as consultas de puericultura e de puérperas, e constitui o **problema** desse Projeto de Intervenção.

A criação de um Projeto para intervir é de fundamental importância, promovendo ações de incentivo e educação para promover maior adesão ao aleitamento materno, além de capacitar o profissional da Equipe de Saúde da Família para exercer os cuidados necessários.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê, como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informa-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O

profissional precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO & ARAÚJO, 2006).

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção visando maior adesão ao aleitamento materno na população adscrita da Equipe de Saúde da Família.

2.2 Objetivo Específico

Promover ações integradas de educação e incentivo sobre a importância e os benefícios de amamentar;

Orientar sobre as técnicas corretas de amamentação;

Promover ações de vigilância para identificar e atuar sobre as mães que estão em risco de desmame precoce;

Mobilizar e capacitar membros da Equipe de Saúde da Família para contribuir de forma satisfatória com o projeto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A alimentação ao seio constitui umas das questões mais importantes para a saúde humana, principalmente nos dois primeiros anos de vida. Vai muito além de apenas nutrir a criança, pois atende as necessidades nutricionais, metabólicas, imunológicas, além de conferir estímulo psicoafetivo ao lactente e ainda implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015).

É de grande importância conhecer as classificações de aleitamento materno, adotadas pela OMS e reconhecidas no mundo inteiro. São elas:

Aleitamento Materno Exclusivo, em que a criança recebe apenas leite humano, do seio ou ordenhado ou de outra fonte (ex.: banco de leite), à exceção de vitaminas, medicamentos e sais de hidratação; Aleitamento Materno Predominante, onde além do leite humano a criança recebe água, chás, suco de frutas, e outros fluidos em quantidades limitadas; Aleitamento Materno Complementado, quando além do leite humano a criança recebe qualquer alimento sólido ou semissólido com a função de complementá-lo; Aleitamento Materno Misto, onde a criança recebe outros leites além do leite materno e Aleitamento materno, quando a criança recebe leite materno independente de receber ou não outros alimentos (BRASIL, 2015).

As recomendações atuais do Ministério da Saúde (MS), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) são: aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida; a partir dos seis meses o leite materno continua sendo importante, porém insuficiente como alimento único, sendo indicada a introdução de alimentação complementar e deve ser mantido por no mínimo até os dois anos de vida (BRASIL, 2015).

Além de água, vitaminas, minerais, carboidratos, lipídios, o leite materno possui Imunoglobulinas, algumas enzimas e lisozimas e muitos outros fatores que ajudam a proteger a criança contra infecções. Sendo que, tais componentes não são encontrados em quantidade e qualidade suficiente em fórmulas infantis e outros tipos de leite (SANTOS et al., 2005)

São várias as vantagens já comprovadas do aleitamento materno em comparação com outros tipos de leite, como redução da mortalidade infantil; diminuição da mortalidade por doenças respiratórias e diarreicas, sendo que, a proteção a esta classe de doenças infecciosas é maior quando o aleitamento materno é exclusivo; diminuição da ocorrência de doenças imunoalérgicas; diminuição da ocorrência de doenças crônicas; melhor desenvolvimento cognitivo; desenvolvimento da cavidade oral; redução da chance de obesidade; além de proporcionar fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Ainda oferece vantagens para a mãe, como prevenção de hemorragia pós-parto, redução do risco de câncer de mama e ovário, pode ser utilizado como método contraceptivo, promoção da melhora da remineralização óssea, proteção contra

o diabetes mellitus tipo 2, promoção da perda ponderal além de apresentar menores custos financeiros e maior eficácia (BRASIL, 2015).

Entretanto, pesquisas apontam que a prevalência de aleitamento materno no Brasil está ainda muito aquém das recomendações. De acordo com a *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*, realizada em 2008, a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é de 41%. E um dos passos para o sucesso da amamentação exclusiva é a capacitação dos profissionais a fim de orientar sobre o manejo da amamentação; ações integradas, compreendendo o pré-natal, assistência ao parto e pós-parto, com apoio contínuo, apresentando um efeito sinérgico e melhorando a qualidade da assistência à mulher que amamenta (PEREIRA et al., 2010).

No período de pré-natal, o aconselhamento deve focar em dar atenção aos sentimentos da mãe; deixar que a decisão final seja tomada pela mãe e mostrar que ela é capaz de optar o que é melhor para o seu filho; corrigir ideias erradas e dar informações corretas de maneira positiva; fortalecer a compreensão da importância da consulta e manter uma corrente de atenção desde a porta de entrada da Unidade Básica de Saúde até a saída da mãe. No puerpério imediato e nos primeiros dias pós-parto, a habilidade mais importante do aconselhamento é a ajuda prática. Por exemplo: observar o entorno da mãe para que ela se acomode e descanse, além de sentir-se apoiada (travesseiros, poltronas, cadeiras, oferecer água, providenciar analgésico para dor, etc.). Outras habilidades do aconselhamento a serem desenvolvidas, principalmente para uma melhor observação e avaliação das mamadas, incluem: sugerir, e não ordenar que a mãe coloque o RN para mamar; avaliar uma mamada inteira, sem demonstrar pressa; e intervir só quando for solicitado e/ou autorizado pela mãe (BUENO & TERUYA, 2004).

Observar e discutir com as mães que planejam amamentar seus bebês, aspectos como número de mamadas por dia; duração das mamadas; uso de mamadeiras, pois esta, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode facilitar o desmame precoce; uso de chupetas, que também facilitam o desmame precoce; aspecto do leite e orientação para técnica adequada de ordenha para mães que desejam continuar amamentação e tem que retornar ao trabalho (BRASIL, 2015).

A estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), difundida mundialmente pela OMS/UNICEF e adotado pelo Ministério da Saúde, representa grande avanço no incentivo ao aleitamento materno exclusivo, que consiste em 10 passos para um aleitamento bem sucedido (NARCHI et al., 2009).

Hoje se sabe que a técnica da amamentação é importante para a transferência efetiva do leite da mama para a criança e para prevenir dor e trauma dos mamilos. Por isso, é indispensável que a mãe seja orientada quanto à técnica de amamentação já no período pré-natal, de preferência, ou logo após o parto. Nenhuma dupla mãe/bebê deve deixar a maternidade sem que pelo menos uma mamada seja observada criteriosamente. A avaliação de uma mamada indica se a mãe precisa de ajuda e que tipo de ajuda. Os principais itens a serem observados são: rosto do bebê de frente para a mama, com o nariz encostado no mamilo, pescoço do bebê levemente estendido, cabeça e corpo do bebê alinhado, mãe segurando a mama em forma de “C” de forma que a aréola fique livre, corpo do bebê próximo ao da mãe, corpo do bebê bem apoiado pelas mãos da mãe, boca do bebê bem aberta, englobando maior parte da aréola (aproximadamente 2 cm além do mamilo), lábio inferior evertido, queixo do bebê tocando a mama, deglutição audível e visível e a língua do bebê sobre a gengiva inferior e com as bordas curvadas para cima, entre outras (GIUGLIANI, 2000).

Os seguintes itens são sugestivos de técnica inadequada: bochechas do bebê encovadas a cada sucção, ruídos da língua, mama muito esticada ou deformada durante a mamada, dor na amamentação e mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas quando o bebê solta a mama (BRASIL, 2015).

Fica evidente a necessidade de serem propostas alternativas mais viáveis às mulheres lactantes, sendo indispensável, para tanto, além de esclarecimento sobre as vantagens que o leite materno proporciona o apoio social, familiar, político e institucional. Além disso, é essencial que o profissional de saúde entenda o seu papel como esclarecedor e motivador, mas de forma cautelosa, já que a decisão de amamentar será sempre da mãe (MACHADO & BOSI, 2008).

4 METODOLOGIA

O Projeto de Intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Eunice Barbosa de Oliveira, caracteriza-se como clínico intervencionista. Baseou-se inicialmente na baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo, identificado durante consultas e visitas domiciliares da população adscrita. As etapas que serão realizadas nesse Projeto estão descritas a seguir, abordando pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

4.1 Pactuação das Ações

Em um primeiro momento, o projeto será apresentado para toda a equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde local, na primeira quinzena de novembro; tendo como objetivo orientar e esclarecer a respeito de todas as etapas do trabalho.

4.2 Organização e Gestão do Serviço

Na segunda quinzena do mês de novembro, será realizada uma reunião com todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Cada agente será responsável por monitorar, em sua respectiva área de atuação, puérperas sem aderência ao aleitamento materno ou que apresentam dificuldade para amamentar. Além disso, vão divulgar as palestras que serão realizadas em locais a definir no território. E ainda, elaborar uma listagem de todas as puérperas e gestantes presentes na área, que consiste na população alvo desse projeto.

A área será subdividida em duas partes, tendo com embasamento a localização dos dois principais bairros, de modo a evitar a baixa presença nas palestras. Portanto, duas palestras ao todo no projeto, ambas realizadas pelo médico da equipe, a primeira no “Conjunto da Delegacia” e a segunda no “Bairro Bonfim”.

Para embasamento teórico, foram utilizados artigos disponibilizados em banco de dados como, *Scielo, Pubmed e site Ministério da Saúde*. Utilizou-se artigos indexados nos últimos dez anos, buscado com os seguintes descritores; Aleitamento Materno, Amamentação, Saúde da Criança.

4.3 Execução das Ações

A execução das ações se inicia na primeira quinzena do mês de dezembro. Todo o levantamento de gestantes e puérperas realizados pelos ACS serão utilizados para convidar para as duas palestras nos respectivos locais.

Consiste em promover ações de educação e incentivo sobre a importância da amamentação exclusiva, orientar sobre as técnicas corretas e discutir mitos, como “leite fraco”, “pouco leite”, “não tenho leite”, entre outros; e verdades a respeito do aleitamento materno. Além disso, elaborar e distribuir folhetos educativos nas consultas de pré-natal e nas visitas das puérperas, e confeccionar cartazes para amostra na Unidade Básica de Saúde.

4.4 Monitoramento e Avaliação

O projeto será monitorado com reuniões de equipe realizadas semanalmente, onde os ACS vão indicar o quantitativo das adesões no aleitamento materno, puérperas que se encontra com dificuldade no aleitamento e gestantes e puérperas com dúvidas mesmo após as palestras realizadas. Com isso, fornece oportunidade para uma nova intervenção da equipe através de consultas agendas na UBS e também com visitas domiciliares, para que obtenham informações necessárias para uma técnica correta de aleitamento.

Na primeira quinzena do mês de fevereiro, será realizado um levantamento e apresentação dos resultados, para visualizar e quantificar o sucesso do projeto de intervenção através do número absoluto de aleitamento materno no território.

5 CRONOGRAMA

O cronograma do projeto de intervenção engloba um período de quatro meses e está representado no quadro abaixo.

Projeto de Intervenção	2016			
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Apresentação do projeto de intervenção para a ESF.	X			
Reunião com ACS	X			
Execução das ações		X		
Palestras educativas		X		
Monitoramento da evolução do projeto		X	X	
Apresentação e avaliação dos resultados				X

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos Humanos

- 12 agentes comunitários de saúde;
- 1 enfermeira;
- 1 técnico de enfermagem;
- 1 médico.

6.2 Recursos Materiais

- Sala para reuniões;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Folha A4;
- 1 banner;
- Prontuários dos pacientes;
- Computador.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação do Projeto de Intervenção citado anteriormente, espera-se um aumento da adesão ao aleitamento materno, além de uma melhor técnica de amamentação das gestantes e puérperas que fizeram parte da amostra. Com isso, fazer com que mãe e lactente possam usufruir dos inúmeros benefícios que o aleitamento materno pode proporcionar.

Espera-se também melhor capacitação dos profissionais envolvidos e consequentemente continuidade de uma orientação qualificada para mães que frequentam a Unidade de Saúde de Simão Dias e que desejam amamentar.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2 ed.2015.

BUENO, L. G. S.; TERUY, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, n.5, 2004.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: PML, p.41-49, 2006.

GIGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v.73, n.3, p. 238-25, 2000.

HÖRNELL, A.; LAGSTRÖM, H.; LANDE, B.; THORSODOTTIR, I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. **Food Nutr Res**, v.57, p.208-23, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 set.2016.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento materno exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.8, n.2, p.187-196. Jun. 2008.

NARCHI, N. Z. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, V.43, n.1, p.87-94, 2009.

PASSANHA, A. et al. Implantação da rede amamenta Brasil e prevalência do aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, p.1141-8, 2013.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Caderno de saúde pública**, v.26, n.12, p.2343-2344. Dez. 2010.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.3, p.283-291. Jul / set 2005.