



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA LEOPOLDO VELOSO EM CALÇADOS-PE**

OSCAR CORREIA CARNEIRO NETO

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
LEOPOLDO VELOSO EM CALÇADOS-PE

OSCAR CORREIA CARNEIRO NETO

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA HELENA PIRES
ARAÚJO BARBOSA

NATAL/RN
2021

A minha família e amigos, porque foram eles que me incentivaram e inspiraram através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades.
A todas as pessoas que de uma alguma forma me ajudaram a acreditar em mim eu quero deixar um agradecimento eterno.

Dedico este trabalho a Deus; sem ele eu não teria capacidade para desenvolver este trabalho.

RESUMO

A cidade de Calçado, localizado no agreste do estado de Pernambuco, a cerca de 215km da capital Recife, conta com uma população de cerca de 11179 habitantes. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Leopoldo Veloso está localizada no Centro da cidade e possui uma população adscrita de 1721 habitantes, sendo sua grande maioria de baixa renda, baixo nível de escolaridade que vivem em condições com precária infraestrutura, tendo uma dependência econômica muito relacionada a variação climática. Esse trabalho está dividido em três microintervenções com os temas: Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Com base no objetivo de realizar ações para a melhoria no atendimento de saúde na unidade, os resultados mostraram que as intervenções foram essenciais para a qualidade na prestação do serviço. Mesmo com algumas dificuldades no que diz respeito a aceitação da população com as mudanças aplicadas, as ações foram consideradas satisfatórias, haja vista que trouxeram resultados extremamente positivos e relevantes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	8
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	10
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Calçado, localizado no agreste do estado de Pernambuco, a cerca de 215km da capital Recife, conta com uma população de cerca de 11179 habitantes, com uma densidade demográfica de 97,7 habitantes por quilômetro quadrado segundo estatísticas do IBGE de 2014. A cidade se encontra a 644m acima do nível do mar e conta com um clima semiárido, com temperatura média anual de 24 graus celsius (IBGE, 2014).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Leopoldo Veloso está localizada no Centro da cidade e possui uma população adscrita de 1721 habitantes, sendo sua grande maioria de baixa renda, baixo nível de escolaridade que vivem em condições com precária infraestrutura, tendo uma dependência econômica muito relacionada a variação climática. A zona rural é responsável por 84% da mão de obra e as culturas temporárias estão presentes em 83% dos estabelecimentos, com predominância de agricultura de subsistência. A UBS é composta por uma equipe de saúde formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS's), equipe de saúde bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Possui uma infraestrutura composta por: sala de espera, recepção, consultório médico, uma sala para dentista, uma sala de vacina, uma sala para enfermeiro, uma sala de triagem, uma sala de curativo, injetáveis e nebulização, uma sala para farmácia, dois banheiros e uma cozinha.

Esse trabalho está dividido em três microintervenções com os temas: Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. O primeiro tema teve como objetivo a implantação do acolhimento fosse facilitar e organizar o trabalho de forma a contribuir no aperfeiçoamento do serviço e desempenharem um atendimento eficaz e eficiente. Já o segundo realizar a assistência à saúde da criança, pois é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. E por último analisar três pontos: a causa que os hipertensos não fazem o acompanhamento necessário, o alto número de pacientes que fazem o uso de medicações sem prescrição médica e outros que não sabem que são hipertensos.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A atenção básica, enquanto um dos eixos que compõe o [SUS](#), vive um período especial, sendo uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal, haja vista dos desafios atuais. Destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH), estruturada pelo Ministério da Saúde (MS), tem o objetivo de permitir inovações nas ações gerenciais e de produção de saúde, propondo novas formas de organização dos serviços de saúde. A vista disso, o acolhimento proporciona uma observação no que diz respeito aos processos de trabalho em saúde, construindo uma relação sólida e de confiança entre o profissional e usuário, atendendo às buscas da população de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL; 2003).

O acolhimento surgiu a partir dos estudos sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento essencial para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a alteração do modelo técnico-assistencial. É um método que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento (HENNINGTON, 2005).

Esse acolhimento ainda permite uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, estabelecendo uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS, podendo acolher às demandas da comunidade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, por possibilitar ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (CARVALHO et al, 2018).

O acolhimento é uma estrutura primordial para a atenção básica, porém, recebeu ênfase nas ações de trabalho das Unidades Básicas em um passado recente. Assim, o acolhimento foi implantado na unidade, buscando humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com os usuários e aumentar a capacidade de escuta das demandas apresentadas, ampliando a sua intervenção. Surgiu essa necessidade por existir a alta demanda, devido à pandemia da Covid-19, sendo indispensável rever as portas de entrada do SUS.

O acolhimento na unidade ainda era de maneira desorganizada, no qual não tinha o planejamento adequado, não acontecia à escuta do paciente, dificultando assim a classificação de risco.

Desse então, os trabalhadores da unidade estabeleceram que o objetivo para implantação

do acolhimento fosse facilitar e organizar o trabalho de forma a contribuir no aperfeiçoamento do serviço e desempenharem um atendimento eficaz e eficiente.

Assim, foram pactuadas estratégias para implantação, sendo elas: definir papéis criando um ambiente para escuta qualificada, atualizar a estratégia do acolhimento com classificação de risco, avaliar e melhorar a vulnerabilidade no atendimento a demanda espontânea e supervisionar as estratégias traçadas.

No primeiro momento foi de suma importância proporcionar um ambiente de escuta para o usuário. No qual precisamos organizar as funções dos profissionais, no modelo de acolhimento, caracterizando a função e a importância de cada um, tendo como objetivo reorganização do serviço, aumentando o acesso com resolutividade, propiciando o vínculo entre paciente e profissional.

Assim, foi necessário aplicar o acolhimento com classificação de risco, promovendo capacitação para os profissionais da unidade pelo médico, com o tema acolhimento, assim sendo possível identificar os pacientes que precisam do atendimento prioritário.

A primeira atividade foi aplicar o acolhimento com classificação de risco atualizado na unidade, considerando que a demanda de atendimento é superior ao número de vagas disponíveis, é importante que os profissionais estejam cientes que a classificação de risco é usada para organizar o atendimento no serviço de saúde, atendendo os pacientes de acordo com suas prioridades. Tendo como resultado esperado a promoção do atendimento mais qualificado, organizado e humanizado.

Com o intuito de monitorar a intervenção será realizada uma reunião mensal com os trabalhadores da unidade para analisar os resultados alcançados e analisar o que precisa ser melhorado. Essa avaliação será monitorada pelo médico e enfermeira da unidade.

O acolhimento é a recepção do usuário, desde sua chegada, com a escuta atenta a sua queixa, permitindo que o mesmo fale suas preocupações, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

As consultas na unidade só eram realizadas por agendamento, onde foi visto a necessidade de determinar um dia para demanda espontânea. Na demanda espontânea o paciente chega à unidade e passa por uma triagem pelo enfermeiro, vendo a necessidade do atendimento médico ou encaminhamento para outro setor.

Ao aplicar o processo de acolhimento para demanda espontânea e programada na unidade foi perceptível o quanto ele facilitou e organizou o trabalho, além de contribuir no aperfeiçoamento do serviço. A equipe passou a desempenhar um atendimento eficiente e direcionado.

Essa intervenção contribuiu para melhoria do atendimento ao paciente e diminuir a fila de espera para as consultas. Efetivou também a escuta qualificada, de forma a oferecer

respostas. O acolhimento não foi realizado em momentos específicos do processo de trabalho, e sim, integralmente no contexto das diferentes intervenções. Mesmo tendo algumas dificuldades como a estrutura física inadequada gerando a falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A puericultura deve ser iniciada na primeira semana de vida da criança com a visita domiciliar dos profissionais da unidade, por meio da busca ativa, para detectar precocemente as doenças prevalentes a criança principalmente no período neonatal, com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade por causas evitáveis, essa ação visa também compreender a criança em seu ambiente social e familiar, envolvendo a mãe no cuidado para fortalecer o vínculo do binômio e promover a ampliação da cobertura do programa (ABE; FERRARI, 2008).

A atenção à saúde da criança vem conseguindo um espaço importante entre as políticas públicas, com foco na promoção da integralidade do cuidado. Isso se deve aos esforços envidados no sentido de integrar a rede de atenção, com a articulação de programas e políticas de promoção e proteção à saúde infantil (VIEIRA, et al, 2018).

Os médicos e os enfermeiros que atuam na unidade básica de saúde devem se responsabilizar pelo seguimento da criança, por meio da consulta de puericultura, cumprindo o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). A consulta de puericultura é uma ferramenta forte para a integralidade do cuidado infantil, pois é uma atividade dinâmica e de baixa complexidade, que oportuniza a implementação da vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil (VIEIRA, et al, 2018)

A puericultura realizar-se pelo acompanhamento periódico das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre aleitamento materno, higiene individual e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e adequada (CAMPOS, et al 2011).

Dessa maneira, escolhemos nesta intervenção realizar a assistência à saúde da criança, pois é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. A atenção básica oferta a puericultura, com o objetivo de reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver saudável.

A consulta de puericultura é realizada pela enfermeira e quando necessário encaminhado para o médico, no atendimento sendo realizada a orientação para a família sobre a assistência integral à criança. Destacamos que o acompanhamento permite uma intervenção em tempo oportuno quando identificamos alguma alteração no menor.

Mesmo diante do trabalho da equipe no que diz respeito ao atendimento de puericultura é perceptível que existe um grande número de crianças que não são acompanhadas na unidade. Assim, para diminuir o número de faltosos, foi proposto a equipe realizar a busca ativa, com ajuda dos agentes de saúde e quando necessário à visita domiciliar é realizada também pelo médico e enfermeira. Nas buscas ativas vão ser levadas informações importantes, haja vista que a equipe acredita que o problema da criança não ser acompanhada na unidade ocorre por irresponsabilidade da família.

Desde então a intervenção tem como objetivo o aumento das crianças que realizam a

puericultura na unidade, diminuindo assim o número de faltosos, tendo como consequência mais crianças fora de risco a doenças.

Em sequência iniciou a efetivação das atividades para concretizar a intervenção. No início comunicamos sobre a intervenção a gestão municipal através de um ofício, solicitando transporte para a realização das busca ativa, no qual essa busca está sendo realizada a cada dois meses, sempre buscando as crianças que estão em atraso com a consulta, assim informamos que para controlar esse atraso foi elaborado uma planilha para cada criança da comunidade, podendo então conseguir identificar qual criança realizar a busca ativa.

Para alcançar o resultado da intervenção foi também promovido palestras educativas abordando temas como: a importância da consulta de puericultura, amamentação, orientação vacinal, introdução alimentar e os fatores de risco que acometem ao longo do desenvolvimento da criança. Essas palestras são ministradas pelo médico e/ou enfermeira da unidade.

Conseguimos nessa intervenção propagar informações sobre crescimento, desenvolvimento, vacinação e doenças mais prevalentes na infância, promovendo uma maior conscientização dos responsáveis pelas crianças da nossa comunidade e que melhore o comprometimento destes com a saúde dos menores a qual são responsáveis.

Em seguida a equipe na reunião mensal analisou as atividades realizadas para a efetivação da intervenção, sendo notório o aumento do número de crianças realizando consulta de puericultura na unidade, diminuindo assim o número de faltosos.

A equipe ressaltou como uma dificuldade para a efetivação da intervenção a resistência dos familiares, sendo que alguns dele justificaram não tem tempo de ir a unidade, e poucos disseram que não se lembram de ir à unidade com a criança.

A intervenção prosseguira sendo efetivada na unidade, no qual, os agentes comunitários de saúde irão identificar nas visitas domiciliares as crianças que não comparecem na unidade, comunicando a equipe dos mesmos para a realização da busca ativa, com o profissional médico e enfermeiro.

A intervenção contribuiu para o reconhecimento da relevância da realização da puericultura, para observar padrões de crescimento e desenvolvimento infantil. Importante ainda destacar que existe uma necessidade de capacitação para os profissionais da unidade ofertar um atendimento adequado.

A equipe considerou que as intervenções foram satisfatórias e foi perceptível o aumento de crianças que comparecem a unidade, assim considerando a diminuição das doenças imunopreveníveis. Após a avaliação dessas intervenções a equipe compreendeu que devemos sempre buscar ajustar os problemas encontrados para melhorar os resultados. Deve-se buscar fortalecer o vínculo e o compromisso da equipe com a comunidade, posto que cada um tem o papel fundamental de ser facilitador nesse processo de vínculo.

Vale salientar que novas ações podem ser realizadas, quando a equipe for analisar e

avaliar a intervenção,
com o intuito de melhorar cada vez mais a qualidade da assistência a criança.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

As Doenças Cardiovasculares estão entre as maiores causas de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Dentre essas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerado um problema de saúde pública em âmbito mundial (EGAN; 2013).

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial distinguida por elevados níveis de pressão arterial. Agregada comumente, a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais (TOLEDO; 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (RABETTI, FREITAS; 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) trabalha com escassez de recursos, dado panorama adverso do ponto de vista econômico à época de sua criação. Em contra partida o Programa de Saúde da Família surgiu sob a crítica inicial de ser um programa com características restritivas de atenção. No entanto, sua expansão acelerada nos últimos anos e sua importância a transformaram numa estratégia de conversão do modelo de atenção básica (RABETTI, FREITAS; 2011).

Por isso o controle e diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família. Desde então foi analisado três pontos: a causa que os hipertensos não fazem o acompanhamento necessário, o alto número de pacientes que fazem o uso de medicações sem prescrição médica e outros que não sabem que são hipertensos.

Destaca-se que a avaliação da eficiência dos serviços relacionados à HAS com a identificação de pontos fortes de atuação poderia representar importante ferramenta de gestão e planejamento. Isso porque possibilitaria a melhoria da atenção (ARAUJO, GUIMARÃES; 2007).

Na UBS Leopoldo Veloso os profissionais observaram a necessidade de trabalhar para o melhor seguimento dos usuários com diagnóstico de HAS, haja vista que diversos indivíduos não fazem o acompanhamento adequado, outros fazem o mau uso dos medicamentos prescritos e existem aqueles que não têm o conhecimento da doença por nunca procurar atendimento médico. Por isso, o objetivo desta microintervenção é promover melhorias no

seguimento das pessoas com diagnóstico de HAS na UBS Leopoldo Veloso, no município de Calçado-PE.

No primeiro momento foi realizada uma reunião com a equipe para identificar quais os fatores que levam esse grupo a não ter o acompanhamento adequado pela equipe de saúde. Foi então traçado um plano de ação, que incluía a busca ativa, para identificar os motivos das pessoas que vivem com hipertensão não fazerem o acompanhamento necessário. A maioria desses usuários relatou não ter tempo para ir à unidade. Outros relataram que não apresentavam nenhum sintoma e por isso não precisariam de consulta.

Para realização da busca ativa viu a importância de realizar um cadastro desses indivíduos. Desde então foi colocado em um livro ata alguns pontos importantes para a busca ativa, como: nome, endereço, data de nascimento, medicações que faz uso contínuo, outras doenças e a data da última consultam. A descrição das medicações que faz o uso é para facilitar o controle do quantitativo total de usuários em uso dessas medicações controladas. Já a data da última consulta facilita a busca ativa que será realizada mensalmente pelo agente comunitário de saúde, o qual irá analisar a necessidade de marcar uma consulta na unidade ou visita domiciliar do médico. No que diz respeito aos indivíduos que relataram trabalhar e não poder ir à unidade, eles foram inclusos no atendimento noturno que ocorre uma vez ao mês. Contudo acredita-se que o cadastro facilitará a busca ativa haja vista que irá controlar as consultas dessas pessoas. E o atendimento noturno será a oportunidade daqueles usuários que trabalham o dia todo.

Ao iniciar a busca ativa vimos que alguns indivíduos faziam o uso de medicações sem prescrição médica gerando o uso descontrolados de medicações. Em conversas nas consultas domiciliares os mesmos relatam que nunca procuraram a unidade e que em algum momento percebeu a alteração na pressão arterial e usou a medicação de algum parente ou conhecido e acreditou ter dado certo.

Com esses indivíduos a equipe iniciou um mapeamento, para identificar a real necessidade da medicação e a possível suspensão ou troca da medicação e confirmar se aquele paciente realmente é um paciente hipertenso, destaco que esses pacientes também foram cadastrados para o controle dos mesmos.

O terceiro ponto foi que no decorrer das buscas ativas, foi visto que algumas pessoas eram hipertensas e não sabiam a maioria destes por não procurar a unidade. Inicialmente foi controlado pelo agente comunitário de saúde durante um mês as pessoas que relatam algum tipo de sintomas que possivelmente seria hipertensão, assim foi monitorado e cadastrado até confirmar a patologia. Após o mapeamento esses pacientes foram para uma consulta médica para avaliação e tratamento adequado.

A intervenção foi vista como satisfatória, pois houve um aumento de hipertensos acompanhados na unidade e a diminuição do número de pessoas com sintomas graves.

A equipe percebeu que a prevenção e o controle da hipertensão arterial trazem resultados importantes e a utilização de ações, estratégias e abordagens identificam com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios para o paciente com hipertensão. Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os profissionais foram considerados peças fundamentais da unidade para a execução das intervenções uma vez que estabelece um vínculo com os usuários, permite uma comunicação entre o saber científico e o saber popular, além de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Com base no objetivo de realizar ações para a melhoria no atendimento de saúde na unidade, os resultados mostraram que as intervenções foram essenciais para a qualidade na prestação do serviço.

Mesmo com algumas dificuldades no que diz respeito a aceitação da população com as mudanças aplicadas, as ações foram consideradas satisfatórias, haja vista que trouxeram resultados extremamente positivos e relevantes.

Saliento que houve uma dificuldade na aplicação de algumas intervenções, onde o serviço na unidade está sobre medidas preventivas da Covid-19.

A intervenção do tema Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde foi vista como satisfatória, pois houve um aumento de hipertensos acompanhados na unidade e a diminuição do número de pessoas com sintomas graves.

Em relação a Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento a equipe considerou que as intervenções foram satisfatórias e foi perceptível o aumento de crianças que comparecem a unidade, assim considerando a diminuição das doenças imunopreveníveis.

Na intervenção acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, contribuiu para melhoria do atendimento ao paciente e diminuir a fila de espera para as consultas. Efetivou também a escuta qualificada, de forma a oferecer respostas.

6. REFERÊNCIAS

RAMOS, Camilo Ferreira; PAIXÃO, José Gabriel Miranda da; DONZA, Filipe Cunha de Sousa; SILVA, Anthony Mark Paiva da; CAÇADOR, Danillo Feitosa; DIAS, Victor Danilo Vale; SODRÉ, Évila Fernanda Lameira de Melo. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. **Rev Pan-Amaz Saude**. V.1, N.2, P.55-60, 2010. Araujo JC, Guimaraes AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Ver Saude Publica*. 2007;41(3):368-74.

Egan BM. Prediction of incident hypertension. Health implications of data mining in the 'Big Data' era. *J Hypertens*. 2013;31(11):2123-4.

Toledo, Melina Mafra. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Ótica Para um velho Problema. *Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial*. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.

Santos JS, Andrade M, Silva JL. Fatores que influenciam no desmame precoce: implicações para o enfermeiro de promoção da saúde na estratégia de saúde da família. *Informe-se*. 2009;5:26---9.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780):1863-76.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Artigos 16 a 200. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) no Nordeste e Amazônia Legal: 2009– 2010/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Franco TR. Avaliação do programa de puericultura na unidade básica de saúde centro social urbano, pelotas/RS. In: XVI Congresso de Iniciação Científica, 2007, Pelotas. Anais. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas [Internet]. 2007.

BRASIL. <https://www.ibge.gov.br/>, 2014.