

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO - FELUMA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG
INSTITUTO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS MÉDICAS - IPG
Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia**

**ESTÁGIO OPTATIVO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA UFSJ/CCO- RELATÓRIO
FINAL DE TRABALHO**

Cássia Cristina Costa

BELO HORIZONTE

2017

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito do cidadão e é dever do Estado propiciar as condições necessárias para sua instalação, não eximindo a responsabilidade das pessoas, família, sociedade e empresas. Todavia, o estado deve assegurar saúde a população com políticas econômicas e sociais que sejam redutoras de riscos de doença e de outros agravos, assegurando um acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para alcançar a promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988)

A atenção básica vem como porta de entrada para que políticas de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde sejam realizadas no âmbito individual e coletivo, de forma que o sujeito receba atenção integral. (BRASIL, 2012)

Além disso, a Atenção Básica é um campo privilegiado para inserção de profissionais inseridos em Programas de Residências Multiprofissionais, por ter como metodologia a clínica ampliada, permitindo uma atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, formando um novo perfil de profissional mais humanizados e preparados para responder e atender as demandas de saúde dos usuários, família e coletividade. (BRASIL, 2012)

2. JUSTIFICATIVA

Inserida em um programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia com Ênfase em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas, no Hospital Sofia Feldman, reconhecendo a importância da Atenção Básica, e no intuito de ampliar conhecimentos, o internato entre residências se torna de grande valia, uma vez que muitos aspectos deparados nos atendimentos e no acompanhamento no âmbito hospitalar são feitos por referência e contra referência à Unidade de Atenção Básica.

3. OBJETIVO

Conhecer e entender melhor a Rede de Atenção à Saúde acarretando em benefícios para minha formação e para a qualidade do atendimento por mim

oferecido, e contribuir com minhas experiências e aprendizado até o momento, no âmbito da Atenção Básica.

4. DESENVOLVIMENTO

Durante o mês de setembro, tempo em que participei no Programa de Residência Profissional em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família, consegui desenvolver atividades diversas, com ampla abrangência dentro do cenário inserido, com troca mútua de conhecimentos, técnicas e assistência prestadas aos usuário do SUS.

Uma das atividades vivenciadas semanalmente foram as visitas domiciliares. Usada como tecnologia de aproximação, interação, intervenção, conhecimento da população de abrangência e estreitamento de vínculos do indivíduo e das relações familiares na Estratégia da Saúde da Família, a visita domiciliar muitas vezes se torna o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, além de garantir os direitos do SUS, uma vez que a população que por algum motivo, seja ele longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, tem a garantia da assistência em nível domiciliar. (ALBURQUERQUE, BOSI, 2009; BRASIL 2012). Foram realizadas visitas domiciliares para realização de curativos, controle de hipertensão, cuidados com pessoa acamada, cuidados com recém-nascido até o quinto dia de vida, atenção à puérpera, conseguindo realizar, além de orientações, procedimentos e intervenções, encaminhamentos à UPA para um cuidado que se tornou necessário a nível de internação hospitalar.

Consultas de enfermagem também aconteceram no âmbito da ESF Serra Verde e também por convite à ESF Tietê. Foram elas tanto de demanda espontânea quanto agendadas, dando enfoque para a saúde da criança. A saúde do adolescente, da mulher, do homem, da pessoa idosa, com diabetes e hipertensão também foram abordadas, me permitindo como enfermeira atuar em diversas áreas da atenção à família. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (1993), conforme Resolução n.º 159/1993, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida em todos os níveis de

assistência à saúde, incluindo a ESF, cujas normas preveem a entrevista de enfermagem. Diante desse cenário, promove também a valorização da consulta de enfermagem, prestigiando-a e tornando-a mais frequente. (COFEN, 2017; PEREIRA, 2014) Essa frequência é nítida no trabalho, e como residente pude desfrutar dessa prática, ampliando meus conhecimentos, me atualizando e compartilhando de vivências que certamente enriquecem a atuação na enfermagem. Além da consulta, procedimentos como aplicação de insulina, participação na campanha vacinal de atualização do cartão de vacinas, curativos, organização de medicamentos para os usuários, aferição de pressão arterial, coleta de exame citopatológico, dentre outros foram realizados.

Grupos educativos também foram organizados, em parceria com a residente da unidade e o acadêmico de enfermagem que ali mantém seu campo de prática. Foram elaborados grupos com a população que vive com diabetes, no qual houve avaliação do pé diabético e orientações a respeito da doença e das práticas para melhorar a qualidade de vida. Sabe-se que uma das complicações que mais afeta a pessoa com diabetes mellitus é o pé diabético, ocorrência geralmente evitável, que através de exame periódico, orientação e tratamento hábil evitam graves danos a esta população. (BRASIL, 2016)

Outro grupo realizado foi junto aos adolescentes, abordando as mudanças corporais do corpo masculino. Em um ambiente descontraído, com a possibilidade de solucionar dúvidas, aconteceu o “Saúde na Escola”, grupo que atua junto aos alunos com temas que são de demanda dos próprios alunos ou das professoras.

Também foi possível a realização de Terapia Comunitária (TC) junto à comunidade da ESF, após ensinamentos adquiridos nas aulas da UFSJ. A inserção da TC no SUS responde às demandas expressas na Política Nacional de Atenção Básica e também a Política Nacional de Humanização (PNH) através do acolhimento, da realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários e do estabelecimento do vínculo, fortalece a participação social, a promoção da saúde, a equidade e o empoderamento individual e comunitário. (PADILHA, 2012)

De acordo com PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004, a “Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.” Diante o que traz a portaria, por meio de demanda dos profissionais a respeito das dúvidas que eles tinham, mediante a necessidade levantada, foi realizada por mim uma capacitação com todos os profissionais da ESF: Enfermeira, Enfermeira Residente, Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de Enfermagem, Odontóloga, Técnica de Saúde bucal, Assistente de Saúde Bucal, Acadêmico de Enfermagem e Médico a respeito dos Cuidados com Recém-Nascido e Sinais de Alerta. Tal tema gerou interesse e discussões a respeito das atualizações das práticas utilizadas e através de um ambiente de mútuo aprendizado, notei a transformação do processo de cuidar de cada um ali presente, pelo que foi explicitado e principalmente pela ação deles no decorrer do mês, além de se dirigirem a mim quando surgiam dúvidas, o que me deixa muito feliz em perceber a abertura para novas práticas e estratégias.

Neste mês também foi possível realizar um Curso com Gestantes do Município de Divinópolis, a convite do Centro Espírita Maria de Nazaré. Temas como o cuidado com o recém-nascido, sinais de alerta e primeiros socorros foram abordados, com enfoque maior no aleitamento materno.

Além dessas práticas junto a ESF, vivenciei a prática na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde permaneci no setor de pediatria, atendendo as crianças internadas ali, preparando medicações, realizando punção venosa e administrando medicações intramusculares. Um outro cenário, com demandas diferentes, que ampliaram minha visão e meus conhecimentos.

Outro cenário vivenciado foi junto ao PIPA (Programa de Intervenção Precoce Avançado), no qual acompanhei atendimentos de uma equipe multidisciplinar com crianças com risco de atraso no desenvolvimento. O PIPA foi criado de acordo com a necessidade de uma assistência ao neonato que

necessita de um acompanhamento que atua na prevenção de deficiências, diagnóstico de tratamento precoce. (BRASIL, 2013) Tal assistência se aproximou muito da minha prática junto ao Ambulatório do Hospital Sofia Feldman.

Durante este mês, concomitante ao campo de prática, também tive a oportunidade de vivenciar a teoria aplicada aos Residentes em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família, na Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Momento especial, no qual revi grandes mestres e colegas da época de graduação, na qual tive o prazer de me formar. Além de desfrutar de conhecimentos e didáticas ímpares.

5. ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES

Levanto como aspectos facilitadores a recepção e acolhimento que tive desde a primeira conversa com a coordenação, passando pelos residentes de primeiro e segundo ano, à equipe da ESF Serra Verde.

A abertura e disposição da tutoria, preceptoria e a aceitação da equipe. O empenho, competência e manejo por parte da preceptora Fabrícia, a solidariedade e disposição da Residente Bruna em me ajudar no que era preciso.

A organização do Programa e a prontidão em solucionar minhas dúvidas no decorrer do mês.

A disponibilidade da tutoria em me deixar à vontade para explorar outras vivências.

Como aspectos dificultadores, aponto os horários instituídos para as aulas, com aulas após permanência na ESF se estendendo até à noite. Observei a necessidade colocada de realizar muitos trabalhos, provas por parte dos residentes do programa, assim como uma cobrança grande pelos resultados por eles atingidos.

6. Sugestões para o Programa de Residência da Entidade Concedente/Conveniente e para o local de realização do estágio

Ao Programa de Residência sugiro articular horário menos extensos de aula, com o objetivo de maior aproveitamento por meio dos residentes dos conteúdos abordados em sala de aula. Sugiro também revisão quanto a necessidade de aplicação de provas como meio de avaliação.

Junto a ESF Serra Verde, realizei através do que notei de lacunas, um formulário para acompanhamento de feridas, no qual contém dados do usuário, características e evoluções das feridas e produtos utilizados com finalidade de estabelecer um tratamento eficaz e uma assistência organizada. (ANEXO 1)

Foi realizado também um guia para atendimento de crianças com sinais de alerta e condutas que devem ser tomadas com agilidade para garantir uma boa assistência. (ANEXO 2)

Sugiro que a gestão aplicada, os grupos em funcionamento e a educação em saúde tenham continuidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de me inserir em outro cenário de atuação me proporcionou uma bagagem de conhecimentos e de vivências ímpares. Através deste estágio optativo uma visão holística frente ao usuário me proporcionou entender melhor seu processo de saúde/doença, além de abrir espaço para que minha atuação e intervenção fosse aplicada, novas práticas e assistências foram aprendidas.

Movimentos como este se tornam cada vez mais importantes e necessários para além de tornar o serviço de saúde mais coeso, aproximam os profissionais e nos fazem valorizar o serviço do outro, o que culmina em benefícios para os usuários do SUS.

Enquanto residente, me enriqueceu profissionalmente e tornou a residência mais completa.

8. AGRADECIMENTOS

Agradeço à Coordenação do Programa de Residência Profissional em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família, Fernanda e Daniel, pela aceitação da minha proposta, por me permitir atuar junto às atividades nos quais os residentes vivenciam e pela receptividade.

À tutoria, na pessoa da Joseane, pela abertura em articular com outros serviços minha visita e pela prontidão em sanar dúvidas.

À preceptora Fabrícia pela paciência, troca de conhecimentos e pela gentileza e respeito para comigo.

A equipe da ESF Serra Verde, em especial à Residente Bruna, pela recepção, acolhida e disponibilidade em me auxiliar.

Aos demais Residentes do Programa na Atenção Básica/Saúde da Família pela parceria e amizade.

À Adriana, Auxiliar administrativa do Hospital Sofia Feldman, que sempre esteve de prontidão para que tudo corresse bem neste período.

À coordenação da Residência Multiprofissional em Neonatologia por permitir este movimento.

Muito obrigada à todos.

9. ILUSTRAÇÕES



Saúde na escola- Tema: alterações corporais masculinas



Saúde na escola- Tema: alterações corporais masculinas



Equipe ESF Serra Verde na Campanha de Vacinação- Atualização do Cartão Vacinal



Curso de Gestantes- Cuidados com Recém-nascidos e Primeiros Socorros



Terapia Comunitária com comunidade Serra Verde



Educação Continuada com Equipe ESF Serra Verde



Equipe ESF Serra Verde

ANEXO 2

ABORDAGEM EM CONSULTA DE ENFERMAGEM ALEITAMENTO MATERNO E SINAIS DE PERIGO

1. ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação, como evidencia muitos estudos, confere proteção e muitos benefícios ao recém-nascido e se mostra muito superior a leite de vaca ou industrializados. O Ministério da Saúde adota as seguintes definições de AM, preconizadas pela OMS:

AME – quando a criança recebe somente leite materno, com exceção de medicamentos orais.

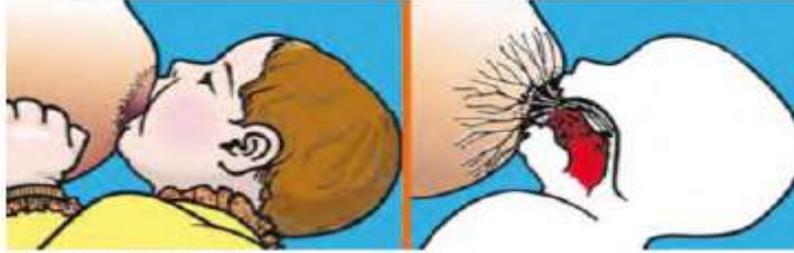
AM predominante – quando a criança recebe, além do leite materno outros líquidos.

AM – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos.

AM complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, sólidos ou pastosos que complementam o aleitamento. Outro tipo de leite não é considerado alimento complementar.

AM misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Observando a mamada:



Fonte: MS/SAS. CAB 23.

Figura 8 – Pega inadequada ou má pega



Fonte: MS/SAS. CAB 23.

Aspectos para se observar durante a mamada:

Posicionamento adequado:

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo.
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe.
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido).
4. Bebê bem apoiado.

Pega adequada:

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê que embaixo.
2. Boca bem aberta.
3. Lábio inferior virado para fora.
4. Queixo tocando a mama.

- Abaixo a tabela norteia quanto a orientação da introdução alimentar e a conduta do profissional frente as diversas faixas etárias:

Faixa etária	Tipo de alimento
Até o 6º mês	Leite materno exclusivo
Do 6º ao 24º mês	Leite materno complementado
No 6º mês	Frutas (amassadas ou raspadas) Primeira papa da refeição principal (com ovo inteiro cozido e peixe)
Do 7º ao 8º mês	Segunda papa principal
Do 9º ao 11º mês	Gradativamente, passar para a refeição da família com ajuste da consistência
No 12º mês	Comida da família (observar adequação)

Fonte: SBP

2. SINAIS DE PERIGO

Identificar e reconhecer os sinais de perigo na criança diminuem os riscos de morte, desse modo orientar as famílias se torna um meio de prevenção e de assistência adequada.

Medidas que os pais devem ser orientados:

- Iniciar o aleitamento materno, de preferência nas primeiras horas de vida do recém-nascido. O aleitamento deve ser de demanda livre e espontânea. A mãe deve deixar a mama esvaziar antes de oferecer a outra mama.

- Sempre higienizar as mãos antes de tocar o bebê

- Limpar o umbigo com água e sabão, três vezes ao dia.

Não cobrir e não aplicar outros produtos no umbigo

- Dar banho diariamente, dando preferência para sabonetes neutros.

- Vestir o RN com roupas limpas e confortáveis, de acordo com o clima

- Colocar o bebê para dormir de barriga para cima
- Proporcionar afeto, conversando, sorrindo e acariciando o bebê
- Se a criança esteja em aleitamento misto, orientar no preparo da fórmula e higiene dos utensílios utilizados para oferecer a mesma.
- Em caso de diarreia, orientar líquidos adicionais, além do leite materno, para prevenir desidratação
- Estimular o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento junto a atenção primária.
- Obedecer ao calendário de vacinação e mantê-lo atualizado
- Aprender a reconhecer os sinais de perigo
- Não fumar dentro de casa

- Sinais de perigo em menores de 2 meses:

Peso ao nascer abaixo de 2.500g
Sucção do seio materno débil ou ausente
Dificuldade respiratória (Observa-se batimento de aletas, retração de fúrcula, tiragem intercostal e diafragmática)
Secreção purulenta no umbigo
Apatia (estar pouco reativo, “largado” ou “não estar bem”)
Diarreia ou fezes com sangue
Febre ou hipotermia (Maior que 37,7° C e menor que 36,6°C)
Vômitos em grande quantidade
Icterícia
Cianose

Convulsão

Os RNs muitas apenas convulsões na forma de tremores muito finos de um braço ou de uma perna, piscar persistente de olhos ou movimentos

repetidos de sucção. A convulsão pode passar despercebida se não houver perspicácia na busca e observação desses sinais.

Apneia

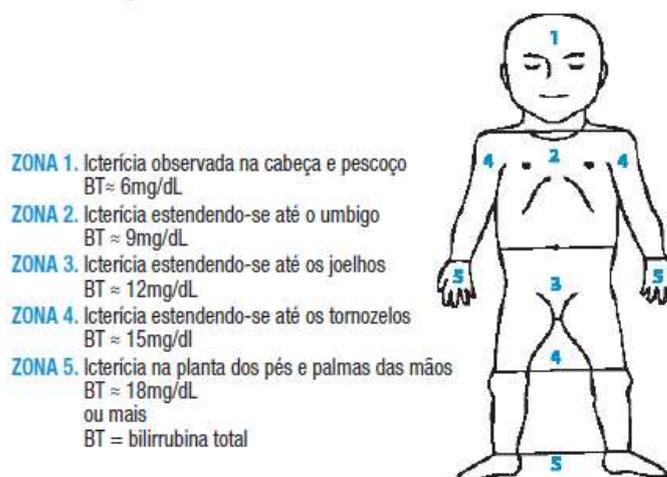
Pausas respiratórias de 20 segundos ou mais, ou inferior a 20 segundos, quando acompanhada de repercussão sistêmica (frequência cardíaca menor que 100bpm e/ou cianose central, ou seja, de lábios, mucosa oral, língua, tórax ou cianose generalizada) são consideradas apneias, e necessitam de intervenção.

Icterícia

Dá-se o nome de icterícia precoce aquele em que tem surgimento nas primeiras 24 horas de vida do RN, e icterícia tardia após 24 horas de vida. Quando precoce, deve ser considerada uma patologia e necessita de encaminhamento. Quando tardia e acometer cabeça e tórax considera-se fisiológica, porém requer assistência e orientações quanto ao banho de sol, para que não atinja braços e região do umbigo.

A icterícia é clinicamente visível quando os níveis séricos de bilirrubina estão acima de 4 – 5mg/dL.

Para nortear o profissional quanto ao nível de bilirrubina no sangue sem a presença de exame laboratorial, na gravura abaixo a classificação orienta para a tomada de decisão na conduta à icterícia:



Doença grave versus infecção localizada

Para determinar se existe possibilidade de doença grave ou infecção localizada em crianças menores que 2 meses, deve-se utilizar as informações contidas no Quadro abaixo. O risco deve ser identificado e, a seguir, classificado e estabelecidas as condutas.

Avaliar os sinais	Classificar como	Medidas a serem tomadas
<p>Se houver ao menos um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebê "não vai bem" • Recusa alimentar • Vômitos repetidos • Temperatura axilar <36° ou >37,5°C • Convulsões • Letargia/inconsciência ou fadiga • Tiragem subcostal acentuada • Apnéia • Batimentos de asas nasais • Gemido, estridor ou sibilância • Cianose central • Palidez intensa • Ictericia até região abaixo do umbigo ou de aparecimento antes de 24 horas de vida • Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias • Secreção purulenta no umbigo (com eritema que se estende para a pele) ou secreção purulenta no ouvido • Distensão abdominal • Peso <2.000g • Frequência respiratória >60 ou <30irpm • Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas) • Enchimento capilar lento (>2 seg) • Anomalias congênicas maiores 	<p>DOENÇA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar urgentemente ao hospital segundo as normas de estabilização e transporte (Apêndice A e capítulo 8 – volume 1 desta obra) • Administrar a primeira dose dos antibióticos recomendados (Apêndice A), exceto em anomalias congênicas sem exposição de vísceras e no RN com peso <2.000g • Administrar oxigênio se houver cianose central • Prevenir hipoglicemia (Apêndice A) • Dar acetaminofen para febre >38°C (Apêndice B) • Prevenir hipotermia (Apêndice A) • Recomendar à mãe que continue a amamentação, sempre que possível
<p>Se houver ao menos um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta conjuntival • Umbigo eritematoso com secreção purulenta sem estender-se para a pele • Pústulas na pele (poucas ou localizadas) • Placas brancas na boca 	<p>INFECÇÃO LOCALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever antibiótico ou nistatina, quando indicados. • Tratar os mamilos e aréola da mãe em caso de monilíase (Apêndice B) • Aplicar tratamento local (antibiótico tópico) • Orientar a mãe a tratar as infecções locais em casa (Apêndice B) • Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato (Quadro B) • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo, sempre que possível • Reavaliar a criança em dois dias
<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos sinais anteriores 	<p>SEM DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo, sempre que possível • Nenhum tratamento adicional • Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato (Quadro B) • Orientar a mãe quanto ao retorno para nova consulta

Fonte: MS/SAS.

Através de uma visão holística, um escuta qualificada e do manejo adequado o enfermeiro pode proporcionar qualidade de vida, promoção de saúde e intervir em agravos, contribuindo para redução dos índices de morbimortalidade infantil.

3. REFERÊNCIA

Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3^a. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Assistência Hospitalar ao Neonato. Maria Albertina Santiago Rego. Belo Horizonte, 2005. 294p.

10. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de and BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2009, vol.25, n.5, pp.1103-1112. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.404, de 19 de março de 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 159/1993. Disponível em [http:// site.portalcofen.gov.br/node/4241](http://site.portalcofen.gov.br/node/4241). Acesso em 23/ 09/2017

Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3^a. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p.

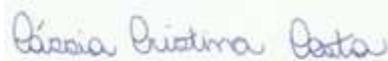
Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Assistência Hospitalar ao Neonato. Maria Albertina Santiago Rego. Belo Horizonte, 2005. 294p.

PADILHA, Cristina dos Santos and OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface (Botucatu)* [online]. 2012, vol.16, n.43, pp.1069-

1086. Epub Dec 04, 2012. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000044>.

PEREIRA, Raliane Talita Alberto; FERREIRA, Viviane. REVISTA UNIARA, v.17, n.1, julho 2014. Disponível em <http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/10>. Acesso em 26/09/2017

Divinópolis, 30 de Setembro de 2017



Cássia Cristina Costa- Residente em Neonatologia HSF