

S

AÚDE INFANTIL: PERCEPÇÕES DE MÃES DE COMUNIDADES AFRODESCENDENTES

¹Elenilda Farias de Oliveira, ²Climene Laura de Camargo, ³Nadirlene Pereira Gomes, ⁴Juliana Pedra de Oliveira Muniz, ⁵Luana Moura Campos, ⁶Josely Bruce dos Santos⁶

RESUMO

Objetivo: Conhecer os sinais de saúde/doença em crianças na percepção das mães quilombolas.

Método: Pesquisa qualitativa que utilizou como eixo teórico o Interacionismo Simbólico. Realizaram-se entrevistas com 32 mães de crianças menores de um ano de idade que frequentavam a Unidade de Saúde da Família de Ilha de Maré, Bahia, Brasil. Os dados foram sistematizados através da análise de conteúdo temática.

Resultados: Os sinais de saúde/doença em crianças na percepção de mães quilombolas perpassam por aspectos relacionados à amamentação, disposição para brincar, e sinais e sintomas de doenças, com ênfase nas afecções respiratórias. Algumas mães, contudo, não são capazes de identificar esses indicadores, cabendo ao profissional de saúde, a responsabilidade de avaliar e informar o estado de saúde/doença às mães.

Conclusão: Essa percepção da mãe no reconhecimento da condição de saúde de seus filhos otimiza a busca pelo tratamento adequado, o que pode favorecer o tempo para o manejo clínico adequado. Esse atributo é desejável nas comunidades quilombolas do estudo, devido às condições de acesso aos serviços de saúde.

Descritores: Processo saúde–doença. Crescimento e desenvolvimento. Cuidado da criança. Raça e saúde. Vulnerabilidade social.

Recebido em: 11/01/2023

Aprovado em: 17/03/2023

DOI: <https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v10.n00.pe1586>

¹Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Bahia, (Brasil). E-mail: didafarias@yahoo.com.br Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-8544-5161>

²Universidade Federal da Bahia - UFBA, Bahia, (Brasil). E-mail: climenecamargo@hotmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-4880-3916>

³Universidade Federal da Bahia - UFBA, Bahia, (Brasil). E-mail: nadirlenegomes@hotmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-6043-3997>

⁴Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE, Bahia, (Brasil). E-mail: julipedra@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal da Bahia - UFBA, Bahia, (Brasil). campos.luanam@gmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-5671-1977>

⁶Centro Universitário Estácio - Gilberto Gil, Bahia, (Brasil). E-mail: joselybruce3@gmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-7750-1266>

C HILD HEALTH: COMMUNITIES OF MOTHERS PERCEPTIONS AFRICAN DESCENT

ABSTRACT

Objective: Know the signs of health / disease in children in the perception of maroon mothers.

Method: A qualitative study that used as theoretical axis Symbolic Interactionism. Interviews were conducted with 32 mothers of children under one year of age who attended the Health Unit Maré Island family, Bahia, Brazil. The data were organized through thematic content analysis.

Results: The signs of health / disease in children in the perception of maroon mothers pervade by aspects related to breastfeeding, hand to play, and signs and symptoms of diseases, with emphasis on respiratory diseases. Some mothers, however, are not able to identify these indicators, being the healthcare professional's responsibility to evaluate and report the health / disease mothers.

Conclusion: This mother of perception in the recognition of the health condition of their children optimizes the search for appropriate treatment, which may favor the time for proper clinical management. This attribute is desirable in the quilombo communities of the study, due to conditions of access to health services.

Keywords: Health-disease process. Growth and development. Child care. Race and health. Social vulnerability.

INTRODUÇÃO

A população infantil é um grupo suscetível ao adoecimento, pois se encontra em fase de crescimento e desenvolvimento, o que a torna biologicamente mais vulnerável e propensa a sofrer agravos próprios dessa fase da vida ¹. Por conta disso, essa etapa requer da família e dos serviços de saúde um acompanhamento cuidadoso ², sobretudo no sentido de identificar sinais e sintomas de doenças.

Estudos vêm discorrendo sobre os agravos, os quais as crianças encontram-se expostas, havendo ainda inter-relação entre estes e as comunidades em que vivem, sobretudo aquelas com maiores iniquidades sociais ^{3,4}. Essas iniquidades perpassam pelas condições de vida e saúde da população, as quais se encontram em situação desfavorável de esgotamento sanitário, coleta de lixo, água encanada, educação, lazer, dentre outros ⁵. Somam-se a dificuldade de acesso a serviços de saúde e menor expectativa de vida ^{6,7}.

Toda essa problemática contribui para a morbidade da população infantil ¹. Essa realidade agrava-se em populações negras, o que é revelado em pesquisa internacional, realizada no estado da Chin, Burma/Myanmar, que aponta para achados similares a esses ⁸. Na população quilombola, essas realidades também são bastantes expressivas ^{7,9}. Estudo realizado com populações quilombolas do nordeste paraense revelou um elevado índice de doenças crônicas entre essa população em comparação com o restante da população brasileira ¹⁰.

Por conta dessa vulnerabilidade a esses tipos de adoecimento, essas crianças podem evoluir para óbito. Estudo caso-controle buscou identificar diferenciais entre os fatores de risco para mortalidade infantil em cinco cidades, sendo uma de cada macrorregião brasileira. Os principais determinantes da mortalidade infantil foram os fatores biológicos relacionados ao nascimento, mediados pelos fatores socioeconômicos (escolaridade, estado civil e raça/cor) e acesso ao serviço de saúde ¹¹. Semelhantemente, estudo internacional na Irlanda revela mortalidade 4 vezes maior para crianças em situação de vulnerabilidade ¹².

Tendo em vista a necessidade de se evitar tais ocorrências e atuar sanando as demandas de saúde da população quilombola, é fundamental o conhecimento de sinais e sintomas sugestivos de adoecimento, principalmente por meio do processo de interação entre mãe e filho. Assim esta pesquisa utilizou como questão norteadora: quais os sinais de saúde/doença em crianças na percepção das mães quilombolas? Nesse sentido buscou-se conhecer os sinais de saúde/doença em crianças na percepção das mães quilombolas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo produto da tese de doutorado que focalizou o significado da consulta de ACD para mães de crianças quilombolas, à luz do Interacionismo Simbólico (IS). Essa teoria adequa-se ao estudo, uma vez que seu conceito central é o significado das ações no âmbito individual e coletivo, alicerçadas na interação entre os atores sociais ¹³.

O lócus de pesquisa foi cinco comunidades quilombolas localizadas em Ilha de Maré: Praia Grande, Bananeira, Martelo, Ponta Grossa e Porto de Cavalos, pertencentes ao município de Salvador-Bahia, com uma população total estimada em 4.625⁷ habitantes. A população da

⁷ População de Ilha de Maré estimada em 2015, tendo como base a população em 2010 de 4.236 habitantes. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – Departamento de Vigilância Sanitária – Subcoordenação de Informação em Saúde, 2015.

ilha representa a maior concentração da população negra habitante de um município da Bahia, Brasil ¹⁴.

A maioria da população tem acesso a água potável e luz elétrica, paradoxalmente convive com esgoto a céu aberto devido à ausência do sistema coletor. Sua principal atividade econômica é a pesca, mariscagem, artesanato e ocupações informais de baixa remuneração.

Há cobertura de Atenção Básica com Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada no quilombo de Praia Grande, o mais populoso. É constituída por duas equipes multiprofissionais compostas por um dentista, um técnico de saúde bucal, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, dois médicos e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além da equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) com assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Este estudo contou com a participação de 32 genitoras de crianças quilombolas menores de um ano. Inicialmente, foi realizado um levantamento porta à porta a fim de identificar crianças nessa faixa etária. Foram consideradas como crianças regulares, as que realizaram o mínimo de sete consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, após parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 1.023.744, CAAE 39922214.5.0000.5531. Obteve-se assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em observância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Na coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro elaborado pelas autoras. As entrevistas foram realizadas nas instalações das unidades de saúde ou nas residências das crianças, em horários previamente agendados, preservando a privacidade das mães e evitando interrupções. Para melhor aproveitamento das informações, as entrevistas foram gravadas com autorização das participantes e transcritas para posterior análise.

Os dados foram analisados por meio do método de análise de conteúdo ¹⁵; seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento, inferência e interpretação dos resultados obtidos. A discussão dos resultados fundamentou-se na Teoria do Interacionismo Simbólico, que interpreta o comportamento dos sujeitos a partir dos significados elaborados por experiências prévias.

Da análise das entrevistas emergiram quatro subcategorias sobre os sinais de saúde (doença) em crianças na percepção de mães quilombolas, Quando (não) mamam; Quando (não) estão ativas; Quando (não) apresentam sinais e sintomas de doenças e Não sabem reconhecer.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 32 mães quilombolas com idade entre 14 a 50 anos. A maioria classifica-se como negra, possui ensino médio incompleto, união estável, um filho, reside com uma média de cinco pessoas, renda familiar de R\$ 800 (mediana), é trabalhadora do lar ou desempenha função informal de baixa remuneração.

Na percepção das mães quilombolas, os sinais de saúde (doença) estão relacionados à amamentação (não amamentação), atividade (hipoatividade) e presença de sinais e sintomas de adoecimento, mais comumente as afecções respiratórias. Algumas mães não souberam identificar tais sinais, recorrendo ao profissional de saúde. Esses achados estão descritos nas categorias a seguir:

Quando (não) mamam

Nos discursos, as mães destacam a amamentação como sinalizador de saúde/doença. Os sinais de apatia e sonolência aparecem vinculados à ideia de adoecimento.

Quando ele está mamando, eu sei que ele está bem. (Addae)

[...] porque só mama. (Diara)

Eu não o considero saudável porque ele não mama. (Leiza)

[...] quando ela fica toda molinha, não mama e só quer dormir. (Ameenah)

Quando (não) estão ativas

As mães associam, principalmente, a atividade expressa pelo ato de brincar à ideia de criança saudável.

Eu a considero saudável quando ela está bem, brincando, bagunçando. (Shafira)

[...] porque brinca normalmente. (Shaira)

Eu percebo que tem alguma coisa errada, quando ele não está enérgico. (Addae)

Quando ele começa a ficar mole, não brinca e chora demais. (Siara)

Quando (não) apresentam sinais e sintomas de doenças

As narrativas mostram que as mães quilombolas consideram suas crianças saudáveis quando não apresentam sinais e sintomas de adoecimento. Nota-se que o enfoque prevalece sobre as afecções respiratórias e os fatores ambientais, considerados favorecedores à doença.

Eu a considero saudável, porque uma criança de quatro meses, nessa ilha, tomando vento, chuva, sol, nunca ter gripado, ele é bem saudável. (Zalika)

[...] quando ela não está gripada, nem sentindo algo. (Nikaule)

Quando está apresentando algum problema de saúde, uma gripe, uma febre. (Zene)

Quando ele está gripado, com nariz entupido. (Winda)

Não sabem reconhecer

As narrativas apontam ainda para a dificuldade das mães na identificação de processos de adoecimento, conferindo ao profissional responsável pela consulta de ACD o papel de avaliação do estado de saúde das crianças.

Minha filha está saudável quando eu a levo para consulta com a médica ou enfermeira, e elas dizem como está a saúde dela. Se ninguém avaliar, eu não tenho como saber se ela está bem. Atualmente, eu acho que ele está saudável, porque eu já passei pela enfermeira no mês passado. (Deka)

Eu não sei avaliar se ela está saudável, só quando eu trago para o médico e ele me diz. (Zulai)

DISCUSSÃO

Na percepção das mães quilombolas, a amamentação se constitui um momento propício para identificação de processos de saúde/doença nas crianças, uma vez que se constitui um espaço importante para estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê. Essa percepção é aguçada pela sensibilidade materna no processo de interação, que auxilia na identificação de sinais, aos quais atribui significados ¹⁶. Mulheres que amamentam possuem maior facilidade em perceber o processo saúde/doença quando comparada com aquelas que não amamentam, conforme constatado em estudo com 240 puérperas de oito centros de saúde públicos no Hamadan, Irã ¹⁷. Essa relação também tem sido discutida por autores na Palestina ¹⁸ e no Sul da Nigéria ¹⁹.

Esse processo de interação mãe e filho, favorecido pelo vínculo, está associado à maior percepção do estado de saúde de seus filhos. Nesse contexto, para mães quilombolas, crianças que mamam são consideradas saudáveis, ao passo que, quando não o fazem, elas associam a processos de adoecimento em seus filhos. A relação entre saúde e amamentação ancora-se no fato do aleitamento se constituir um fator de proteção à saúde e prevenção de doenças ²⁰. Essa evidência tem sido comprovada em estudo com 1.278 recém-nascidos no Qatar, cujo risco de apresentar diarreia foi mais elevado em crianças aleitadas com fórmulas e naquelas que amamentaram parcialmente ²¹.

A disponibilidade da mulher para o aleitamento vem sendo evidenciada enquanto fator que pode interferir no processo de identificação de agravos à saúde. Mulheres que permanecem mais tempo no ambiente doméstico possuem mais disponibilidade para amamentar, o que interfere na construção do vínculo e na percepção do estado de saúde da criança. Corroborando com essa reflexão, pesquisa realizada em Marília, São Paulo, Brasil revela que mulheres com longas jornadas de trabalho têm mais dificuldades para amamentar exclusivamente¹⁶. Em nossa pesquisa, isso foi favorecido pela união estável, característica da maioria das famílias. Nessa perspectiva, outro fator que pode ajudar é a existência de um ambiente favorável à amamentação, o que pode ser proporcionado pela presença do parceiro, o qual transmite tranquilidade e segurança, influenciando no bem estar da mulher e permitindo a sua interação com a criança²².

Um outro sinal indicativo de adoecimento apontado no estudo refere-se à hipoatividade, principalmente relacionada à indisposição para brincar. Pesquisa realizada com familiares de crianças com câncer em tratamento ambulatorial, no Rio de Janeiro, Brasil, revela que o adoecimento debilita o corpo da criança deixando-a sem condição física para brincar, embora mantenha o interesse nessas atividades²³. Crianças em pós-operatório também apresentaram diminuição do interesse por brinquedos e jogos, o que reforça a ideia do ato de brincar como um indicador de bem estar²⁴.

Cabe salientar que, geralmente, a hipoatividade vem associada a outros problemas de saúde que envolvem alterações respiratórias²⁵. Em nosso achado, os sintomas clínicos típicos de afecções respiratórias vieram acompanhados de febre e congestão nasal, os quais são facilmente percebidos como anormalidades pelas mães estudadas. Pode-se dizer que a ideia de adoecimento na infância, frequentemente, está relacionada a sintomas característicos dessas afecções, por se tratarem das doenças mais presentes nessa fase. A elevada frequência de adoecimento respiratório na infância pode relacionar-se também a eventos climáticos que favorecem a ocorrência dos mesmos. Essa evidência foi corroborada em nosso estudo, bem como em pesquisa realizada em Buenos Aires, Argentina, que ainda destaca maior vulnerabilidade de crianças menores de um ano a eventos como esse²⁶.

Importante destacar que os problemas respiratórios em infantes assume maior significância quando associada à condição raça/cor, uma vez que a população negra encontra-se mais predisposta a essas doenças em relação à população branca. Estudo realizado em USF de Londrina, Paraná, Brasil, com predominância da população branca, aponta um percentual em torno de 12,9% de problemas respiratórios das 442 crianças investigadas²⁷. Percentual maior é observado em pesquisa realizada em comunidades quilombolas de Alagoas, Brasil, que

verificou 27,2% casos de afecções respiratórias das 952 crianças²⁸. Estudos em comunidades africanas também corroboram com esses achados ao apresentar associação do adoecer na infância a problemas respiratórios²⁹.

A vinculação da criança sadia à amamentação, atividade e inexistência de sintomas de adoecimento pode guardar relação com o nível de escolaridade. A educação formal se constitui espaço de interação com uma realidade que proporciona agregar símbolos e significados, muitas vezes diferentes daqueles aprendidos socioculturalmente, mas que irão influenciar no modo de ver e perceber elementos do contexto de saúde/adoecimento. Em nosso estudo, mais da metade das mães (59,4%) possuem o nível médio incompleto ou completo. Escolaridades inferiores foram reveladas em pesquisa desenvolvida no norte de Minas Gerais, Brasil, com mães de comunidade quilombola, cujo percentual de ensino fundamental incompleto ultrapassou 70%³. A baixa escolaridade pode comprometer no processo de identificação do adoecimento, de modo que as mães recorrem à avaliação por um profissional de saúde. Essa realidade pode estar atrelada à percepção subjugada ao saber científico, uma vez que atribui credibilidade à avaliação executada pelo profissional. O reconhecimento do processo saúde-doença centrado no profissional de saúde pode influenciar no aumento da demanda pelos serviços e por consequência dificultar o acesso e a avaliação das crianças⁴.

É preciso que haja uma interação harmoniosa que possibilite a construção de novos significados e permitam uma cultura de saúde, desmistificando conceitos equivocados e valorizando o saber popular como coadjuvante no processo de identificação desses agravos. Esse saber sobre o processo de saúde-doença deve ser direcionado por relações horizontais de aprendizagem, valorizando trocas de saberes a partir do envolvimento da comunidade³⁰.

É nesse contexto que a enfermagem assume papel ímpar, sobretudo a partir da promoção de atividades que auxiliem o reconhecimento dos sinais e sintomas de doenças em criança, favorecendo a identificação precoce do adoecimento. Essa, por sua vez, poderá contribuir para que sejam realizadas intervenções mais precisas e eficazes, garantindo assim qualidade de vida e saúde da criança²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sinais de saúde/doença em crianças na percepção de mães quilombolas passam por aspectos relacionados à amamentação, disposição para brincar, e sinais e sintomas de doenças, com ênfase nas afecções respiratórias. Algumas mães, contudo, não são capazes de

identificar esses indicadores, cabendo ao profissional de saúde, a responsabilidade de avaliar e informar o estado de saúde/doença às mães.

A atuação do profissional de saúde é fundamental para o desenvolvimento dessa percepção, principalmente diante de algumas mães que revelaram suas fragilidades no reconhecimento desses indicadores. Assim, a percepção das mães pode ser favorecida a partir da interação entre profissionais de saúde e a comunidade. Por meio dessa relação, busca-se uma comunicação efetiva como primeiro elemento para a criação de um vínculo, permitindo a troca de saberes e influenciando a elaboração de comportamentos que impactem na saúde e qualidade de vida. Cabe à enfermagem investir na educação em saúde como estratégia para favorecer a autonomia dessas famílias diante do cuidado à criança.

É importante destacar que as mães quilombolas sinalizam a importância da atenção voltada à saúde da criança, no sentido de identificar possíveis sinais de anormalidade durante os momentos de amamentação, presença de hipoatividade e de sintomas característicos de doenças, sobretudo as respiratórias. Essa percepção da mãe no reconhecimento da condição de saúde de seus filhos otimiza a busca pelo tratamento adequado, o que pode favorecer o tempo para o manejo clínico adequado. Esse atributo é desejável nas comunidades quilombolas do estudo, devido às condições de acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- Silva DI, Chiesa AM, Verissimo MDLOR, Mazza VDA. Vulnerability of children in adverse situations to their development: proposed analytical matrix. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2013;47(6):1394–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601397&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Gauterio DP, Irala DDA, Cezar-Vaz MR. Childcare in nursing: profile and main problems found in children less than one year. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3):508–13.
- Marques AS, Freitas DA, Leao CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP, et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(2):365–71. Available from: [/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt)
- Siqueira SMC, Jesus VS de, Camargo CL de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(1):179–89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100179&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saude e Soc*. 2014;23(3):1049–63.
- Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e

aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(6):1909–16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601909&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Gomes K de O, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Use of health services by quilombo communities in southwest Bahia state, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013;29(9):1829–42. Available from: [/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt](http://www.scielo.org/pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0150-911520130009001829)

Prekert M, Ehnfors M. Growth data of underprivileged children living in rural areas of Chin State, Burma/Myanmar, compared to the WHO reference growth standards: an observational study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009119.

Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci J, Uberlândia*. 2013;29(4):1049–57.

Melo MFT, Silva HP. Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em Comunidades Quilombolas Do Pará, Amazônia, Brasil. *Rev da ABPN*. 2015;7(16):168–89.

Maia LTDS, Souza WV, Mendes ADCG. Differences in risk factors for infant mortality in five Brazilian cities: a case-control study based on the Mortality Information System and Information System on Live Births. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012;28(11):2163–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23147958>

Staines A, Balanda KP, Barron S, Corcoran Y, Fahy L, Gallagher L, et al. Child Health Care in Ireland. *J Pediatr* [Internet]. 2016;177:S87–106. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347616301494>

13. Campos RMC, Ribeiro CA, da Silva CV, Saporoli ECL. Nursing consultation in child care: the experience of nurses in the Family Health Strategy. *Rev da Esc Enferm*. 2011;45(3):566–74.

Ibge IBDGEE-. Dados completos sobre a Religião no Brasil - IBGE - Censo 2010. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2010;p.1-215. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2011.

Siqueira FPC. O significado da amamentação na construção da relação mãe e filho: um estudo interacionista simbólico. Tese. 2012;

Parsa P, Masoumi Z, Parsa N, Parsa B. Parents' health beliefs influence breastfeeding patterns among Iranian women. *Oman Med J*. 2015;30(3):187–92.

Aguilar Cordero M, Batran Ahmed S, Padilla López C, Guisado Barrilao R, Gómez Garcia C. Breast feeding in premature babies: development-centred care in Palestine. *Nutr Hosp*. 2012;27(6):1940–4.

Agunbiade OM, Ogunleye O V. Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2012;7(5):1–10. Available from: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-7-5>

Caffarelli C, Santamaria F, Di Mauro D, Mastroilli C, Mirra V, Bernasconi S. Progress in pediatrics in 2015: choices in allergy, endocrinology, gastroenterology, genetics, haematology, infectious diseases, neonatology, nephrology, neurology, nutrition, oncology and pulmonology.

Ital J Pediatr [Internet]. 2016;42(75):1–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27566421>

Bener A, Ehlayel MS, Abdulrahman HM. Exclusive breast feeding and prevention of diarrheal diseases . A study in Qatar. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(1):83–7.

Ferreira FH, Wernet M, Marski BDSL, Ferreira GI, Toledo LPN, Fabbro MRC. Paternal experience during the child ' s first year of life : integrative review of qualitative research. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015;17(3).

Silva LF, Cabral IE. As Repercussões Do Câncer Sobre O Brincar Da Criança: implicações para o cuidado de enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2014;23(4):935–43.

Rhondali O, Villeneuve E, Queyrel G, Delorme M, Vischoff D, Saindon S, et al. Fast-track recovery after day case surgery. *Pediatr Anaesth*. 2015 Oct;25(10):1007–12.

Von Seidlein L, Olaosebikan R, Hendriksen ICE, Lee SJ, Adedoyin OT, Agbenyega T, et al. Predicting the clinical outcome of severe falciparum malaria in African children: Findings from a large randomized trial. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):1080–90.

Alessandro AP. Variables meteorológicas y su incidencia en enfermedades respiratorias de niños en el gran Buenos Aires. *Meteorologica*. 2014;39(1):27–39.

Maebara CML, Sant'Anna FL, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Moraes PS. Consulta de enfermagem: aspectos epidemiológicos de crianças atendidas na atenção primária de saúde. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2013;12(3):500–7. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17034>

Ferreira HDS, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM Dos. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011;30(1):51–8. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&\npid=S1020-49892011000700008

Philander L. An ethnobotany of Western Cape Rasta buch medicine. *J Ethnopharmacol*. 2011;138:578–94.

Maciazeki-Gomes R de C, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1637–46.