

A TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO: UMA ESTRATÉGIA DE GESTÃO NA SAÚDE MATERNO INFANTIL

Técnica do Incidente Crítico e saúde infantil

Maria Elisa Barros¹, Patrícia de Souza², Fernanda da Motta Afonso³, Haydée Serrão Lanzillotti⁴

¹ Doutora em Ciência. Departamento de Nutrição Social. Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

² Acadêmica de Nutrição. Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

³ Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde. Departamento de Nutrição Social. Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Nutrição Social. Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço para correspondência:

Maria Elisa Barros

Rua São Francisco Xavier 524, 12º andar Bloco D Sala 12007. RJ, Brasil. CEP:20550-013. Telefones: (21) 2577-7969, celular (21) 96958-8883, (21) 2334-0060 Ramal 211.

Email: melisavilela@gmail.com

Resumo

O objetivo foi aplicar a Técnica do Incidente Crítico no cumprimento das três primeiras recomendações da Caderneta de Saúde da Criança. Estudo transversal exploratório, utilizando-se a Técnica do Incidente Crítico. Foram entrevistadas 102 mães de crianças (<2anos). Incidentes críticos, positivos ou negativos: adoção do aleitamento materno, confiabilidade dos registros antropométricos, compreensão e interpretação pelas mães, habilidade de comunicação dos profissionais para explicá-los. Teste de proporções ($p=0,70$). Os resultados apresentaram média de idade das crianças=10,92 meses, 51,96% meninos e 48,04% meninas. A maior frequência de incidentes críticos negativos foram a não adoção do aleitamento materno exclusivo (88,24%), não confiabilidade dos registros antropométricos(81,37%), incompreensão/dificuldade de interpretação destes registros pelas mães (ambas 97,05%) e possível inabilidade de comunicação dos profissionais de saúde (97,05%; $\alpha=0,05$; $Z_p=1,64$). Destaca-se a aplicação desta técnica na Atenção Primária à Saúde. Conclui-se que o levantamento dos incidentes críticos permitiu inferir sobre o descumprimento das recomendações emanadas da Caderneta de Saúde da Criança.

Palavras chave: Aleitamento Materno; Criança; Antropometria.

Abstract

The objective was to apply the critical incident technique in the conduction of the first three recommendations of the Child Health Handbook. It was performed an exploratory cross-sectional study in which the Critical Incident Technique was applied and 102 mothers of children under two years of age were interviewed. The critical incidents, either positive or negative, were: adoption of maternal breastfeeding, reliability of anthropometric records, understanding/interpretation of these records by mothers, communication capacity of the professionals to explain them. Test of proportions ($p=0,70$). The results showed that mean age of children=10.92 months, 51.96% boys; 48.04% girls. The highest frequency of negative critical incidents: no adoption of exclusive maternal breastfeeding (88.24%), non-reliability of anthropometric records

(81.37%), misunderstanding/difficulty of interpretation of records by mothers (both 97.05%) and possible lack of communication capacity of health professionals (97.05%)($\alpha=0,05$; $Z_p=1,64$). The application of this technique in Primary Health Care demonstrates the importance of the study. It was concluded that the critical incidents survey allowed assessing the reasons for non-compliance with the Child Health Handbook recommendations.

Keywords: Breast feeding; Child; Anthropometry.

INTRODUÇÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um documento importante para acompanhar o desenvolvimento da criança desde o nascimento até os nove anos¹. Neste documento encontram-se inserido na publicação dos “Dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de dois anos”, recomendada pelo Ministério da Saúde². Os três primeiros passos enfatizam a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e da alimentação complementar a partir do sexto mês e, ainda, a manutenção do aleitamento materno para crianças de até dois anos de idade ou mais. Estes passos são formas de concretizar orientações prescritas na CSC para que as mães se apoderem do monitoramento do crescimento e do desenvolvimento adequados da criança. Este monitoramento só é possível com o correto registro de indicadores de crescimento nas curvas de referência e, ainda, a imperiosa compreensão destes registros por parte das mães. Neste sentido, qualquer erro de registro conduz a situações críticas dado suas consequências. Estas situações são chamadas, por Flanagan³, de incidentes críticos. O desafio do cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde² está direcionado aos registros corretos na CSC por profissionais de saúde.

Autores⁴⁻⁷vêm alertando sobre a existência de falhas consideráveis na acurácia e precisão de tais registros. As falhas acontecem quando os profissionais possivelmente não atentam para o atendimento humanizado^{8,9}, tão bem detalhado na descrição dos

autores Perbone & Carvalho¹⁰ sobre o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Autores^{3,11,12}vêm utilizando a Técnica de Incidentes Críticos (TIC) para analisar lapsos de serviços e estratégias de recuperação em Instituições. Esta técnica consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização na solução de problemas práticos. Essa observação deve ser suficientemente completa de forma que permita inferências a respeito de um ato. A qualificação do incidente como crítico se refere a que o incidente deve ocorrer em uma situação suficientemente clara que possibilite avaliar os efeitos que o mesmo pode causar. De maneira mais simples, é uma ruptura no funcionamento adequado de um sistema. Segundo Dela Coleta¹¹, estes procedimentos poderão fornecer uma série de indícios para a identificação de soluções relativas a situações problemáticas evidenciadas. A partir de 2000^{1,2,4,5,13,14}, busca-se a melhoria da qualidade dos serviços de assistência prestada na área de saúde. Acredita-se, pelo tempo decorrido, que este intuito seja um grande desafio.

O objetivo do estudo foi aplicar a Técnica do Incidente Crítico no cumprimento das três primeiras recomendações da Caderneta de Saúde da Criança.

METODOLOGIA

Estudo transversal exploratório, utilizando-se a Técnica do Incidente Crítico. (TIC). O grupo de interesse constituiu-se de mães que aguardavam, na sala de espera, a consulta de seus filhos no ambulatório de Pediatria de uma Unidade de Saúde. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a novembro de 2015 sendo entrevistadas 102 mães que acompanhavam a consulta de apenas um de seus filhos (102). Trata-se de amostra acidental¹⁵ tendo como critério de inclusão mães de crianças menores de dois anos e de posse da CSC, as quais apresentassem dados retrospectivos do acompanhamento do crescimento estatural e ponderal registrados. Segundo Flanagan³, em estudo do tipo exploratório, amostra entre 50 a 100 incidentes pode ser satisfatória.

A TIC buscou, por entrevista, as seguintes averiguações: o cumprimento dos três primeiros passos sugeridos na publicação “Dez passos para uma alimentação saudável para menores de dois anos”, recomendada pelo Ministério da Saúde², a correção dos registros de dados antropométricos na CSC, e se os profissionais de saúde haviam explicado a marcação dos parâmetros antropométricos e ainda se as mães haviam compreendido as explicações e eram capazes de interpretar os registros antropométricos nas curvas de referência.

Particularmente no que se refere aos três primeiros passos sugeridos pela referida publicação eles se explicitam: passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento; passo 2 – Ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais; passo 3 – Ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

Fundamentado nos pressupostos da TIC estes foram classificados em positivos e negativos, sendo incidentes críticos positivos aqueles que obedecem aos critérios antropométricos e dietéticos, caso contrário, incidentes críticos negativos.

Em relação ao passo 1, considerou-se incidente crítico positivo, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e como incidentes críticos de caráter negativo o aleitamento materno exclusivo com duração menor que seis meses, além da introdução de alimentos como chá, suco ou outro tipo de leite antes dos seis meses. No passo 2, incidente crítico de caráter positivo o aleitamento materno até dois anos com a introdução de outros alimentos a partir dos seis meses. No caso de incidente crítico negativo, aleitamento materno antes dos seis meses com a introdução de outros alimentos e aleitamento artificial com a introdução de alimentos antes dos seis meses. No passo 3, foi considerado incidente crítico positivo quando a mãe declarava que a criança ingeria os alimentos constantes dos seis grupos alimentares conforme recomendados pela CSC, caso contrário, incidente crítico negativo.

Os registros antropométricos verificados foram: perímetro cefálico por idade (PC/I; cm/mês), peso por idade (P/I; kg/ano), estatura por idade (E/I; cm/ano) e índice de massa corporal por idade (IMC/I; kg/m²)^{16,17}.

Foi verificada na CSC¹ se os profissionais de saúde estavam registrando corretamente os dados nas curvas de crescimento e desenvolvimento da criança. Em seguida, o entrevistador perguntava as mães se compreendiam as curvas de crescimento e desenvolvimento. Caso a resposta fosse afirmativa, era escolhida uma das curvas e solicitado que a mãe relatasse se o crescimento da criança se encontrava acima, adequado ou abaixo do esperado para idade, segundo os pontos de corte da CSC¹. Ainda foi indagado se algum profissional da área da saúde havia explicado a evolução destas curvas. A marcação correta dos dados antropométricos, a explicação das curvas pelo profissional de saúde e a compreensão e interpretação da mãe sobre o significado do registro no gráfico foram considerado incidente crítico positivo, caso contrário, incidente crítico negativo. Tanto as respostas positivas quanto as negativas eram objeto de explicação de todos os gráficos pelo entrevistador.

Os incidentes críticos, na CSC, foram classificados em categorias: comportamento instrucional da mãe, percepção das mães sobre o acolhimento na atuação dos profissionais de saúde e verificação do pesquisador sobre a confiabilidade dos registros antropométricos. As duas primeiras categorias foram fundamentadas em objetivos comportamentais^{18,19} e a terceira na correta anotação dos dados observados nas curvas de referência segundo índices antropométrico¹⁶.

Após a identificação dos comportamentos emanados dos incidentes críticos relatados pelos sujeitos investigados, procedeu-se à categorização dos dados com o propósito de descrevê-los de forma sintetizada para possibilitar a análise dos dados.

A análise estatística utilizou o teste de proporções com nível de significância de 5%, considerando como sucesso que, pelo menos, 70% das entrevistadas apresentariam incidentes críticos positivos²⁰.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro (PCRJ) aprovou o projeto sob o número 197A/2012 e autorizado pela Secretaria Municipal de Educação (SME-RJ).

RESULTADOS

A média da idade das crianças (n=102) foi 10,92 (dp=6,42) meses, variando entre 1 a 24 meses, incluindo 51,96% de meninos e 48,04% de meninas.

O aleitamento materno exclusivo das crianças apresentou o seguinte perfil: mães que nunca amamentaram equivaleram a 29,41%, mães que amamentaram de um a três meses 36,27%, mães que amamentaram de três a seis meses 34,31% e mais que seis meses zero.

Os resultados referentes aos incidentes críticos estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1. Incidentes críticos advindos das entrevistas com as mães sobre o uso da Caderneta de Saúde da Criança, segundo categorias de análise. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

Categorias de análise	Caderneta de Saúde da Criança	Incidentes críticos		
		Positivo (%)	Negativo (%)	
Comportamento instrucional da mãe	Passos de alimentação saudável	1.AME n=102	11,76*	88,24
		2. Início AC n=84	23,53**	57,85**
		3. AC n=84	30,4**	50,98**
	Curvas de referencia WHO, 2006	Conhecimento n=102	42,15*	57,85
		Compreensão n=102	2,95*	97,05
		Interpretação n=102	2,95*	97,05
Percepção das mães em relação à	Explicação das curvas n=102	41,18*	58,82	

Categorias de análise	Caderneta de Saúde da Criança	Incidentes críticos	
		Positivo (%)	Negativo (%)
atuação dos profissionais de saúde	Habilidade de comunicação n=102	2,95*	97,05
Confiabilidade dos registros antropométricos	Indicadores: PC/I, P/I, E/I, IMC/I n=102	18,63*	81,37

*Significância: teste de proporções, $\alpha=0,05$; $Z_p=1,64$.

AME: aleitamento materno exclusivo; AC: alimentação complementar; PC/I: perímetro cefálico por idade; P/I: peso por idade; E/I: estatura por idade; IMC/I: índice de massa corporal por idade.

**Crianças sem idade para a alimentação complementar (18,62%).

No que concerne ao comportamento instrucional em relação à alimentação saudável, as entrevistas com as mães permitiram inferir que o aleitamento materno exclusivo é o de maior expressão dos incidentes críticos negativos no que se refere aos três primeiros passos para a alimentação saudável (88,24%). Este comportamento de incidente crítico negativo se prolongou no decorrer da alimentação complementar, valores acima de 50%. Crianças que não apresentavam idade para o início da alimentação complementar (n=18) não foram incluídas na avaliação dos incidentes críticos (18,62%). Ainda sobre o comportamento instrucional da mãe, pouco mais de 50% demonstraram não conhecer as curvas de referência de crescimento e desenvolvimento da criança (57,85%). O mais surpreendente é que quase a totalidade das mães não as compreendeu (97,05%) e, em igual percentual, as entrevistadas não foram capazes de interpretá-las.

Na categoria, percepção das mães sobre a atuação dos profissionais de saúde, que inclui a explicação das curvas e a habilidade de comunicação, os incidentes críticos negativos alcançaram valores de 58,82% e de 97,05%, respectivamente.

Finalmente, com relação aos indicadores antropométricos, a categoria confiabilidade dos registros apresentou expressivo percentual de incidentes críticos negativos (81,37%).

A partir dos resultados do teste de proporções com nível de significância de 5%, não se pode afirmar sucesso das recomendações do Ministério da Saúde veiculadas na CSC, considerando-se um nível de adequação de 70% e significância de 5% ($\alpha=0,05$; $Z_p=1,64$).

DISCUSSÃO

Os estudos que aplicam a TIC são raros na literatura especializada na área de Alimentação e Nutrição, embora esta técnica venha sendo utilizada no Brasil desde 1970. Neste estudo privilegiou-se analisar o manejo da CSC como instrumento de rastreamento, acompanhamento e monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança a fim de que mães/cuidadores e profissionais de saúde sejam capazes de manterem-se vigilantes em relação ao estado nutricional da criança atendida em ambulatórios de centros de saúde e hospitais.

Avaliando os três primeiros passos para uma alimentação saudável, os resultados deste estudo delinearam um perfil de aleitamento materno e sua continuidade, que estão bem aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde.² O perfil de aleitamento materno exclusivo, do presente estudo, não se afastou de estudos que cobriram o período 2008 a 2015²¹⁻²⁵. Estudos²²⁻²⁵ vêm demonstrando o insucesso das ações em saúde para alcançar as metas da Organização Mundial da Saúde sobre o aleitamento materno e a alimentação complementar.

Os achados relativos ao comportamento instrucional da mãe, particularmente aos três primeiros passos para alimentação saudável², apresentaram percentuais significativos de incidentes críticos negativos. Achados que não se afastam dos resultados publicados por Alleo *et al.*²², realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo (n=122 crianças), no qual os autores declararam a introdução precoce da alimentação complementar. Acresce a estes achados os de Saldan *et al.*,²³ obtidos durante a Campanha de Vacinação de Poliomielite 2012 no Paraná (n=1814

crianças), que aferiram baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses (36%).

Ainda sobre o comportamento instrucional da mãe, no que se refere às curvas de crescimento e desenvolvimento da WHO¹⁶, destaca-se que a compreensão e a interpretação destas curvas, por parte das mães, apresentaram percentuais de incidentes críticos negativos significantes, e extremamente altos, quando comparado ao atributo conhecimento que as mesmas têm sobre as curvas. A razão dos resultados obtidos pode ser traduzida pela premissa que destaca que ao não haver explicação, por consequência, não haverá entendimento¹¹.

A percepção das mães sobre o acolhimento dos profissionais de saúde, representadas pela explicação das curvas e habilidade de comunicação, permitiram inferir, que embora houvesse explicação sobre as mesmas, estes profissionais não tiveram a alteridade suficiente para que as mães entendessem seu significado. Por conseguinte, infere-se que sentem dificuldades de acompanhar o crescimento e desenvolvimento de seus filhos por meio da CSC. Este cenário ocasionou um expressivo percentual de incidentes críticos negativos. Zeppone *et al.*⁷, em revisão de literatura sobre monitoramento do desenvolvimento infantil, avaliando trabalhos publicados no Brasil, no período de 2000 a 2011, encontraram apenas dez artigos relatando as práticas e os conhecimentos dos profissionais sobre vigilância e promoção da saúde infantil. Dentre estes estudos, um realizado em Belém (PA), que utilizou um instrumento sobre as práticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento da criança com a participação de profissionais de saúde das UBS e do Programa de Saúde da Família (PSF), relatou baixo nível de acerto em todas as categorias profissionais, porém, houve melhor desempenho dos médicos das UBS (64% de acertos no instrumento) em relação àqueles do PSF (57% de acerto). Na avaliação das referidas práticas, obtidas por entrevista com as mães após consulta médica, apenas 22% delas referiram ter sido indagadas sobre o desenvolvimento de seus filhos e 14% receberam orientação sobre como estimular a criança, segundo marcos do desenvolvimento na CSC. Em outro estudo, realizado por Figueiras *et al.*⁴, no qual foi aplicado um teste para verificar a atitude do profissional de saúde no atendimento focado nas práticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento da criança e, também, entrevistas com

mães, constatou que dentre 160 profissionais do UBS e PSF, somente 113 avaliaram rotineiramente o desenvolvimento das crianças, 32% utilizaram algum tipo de escala com marcos de desenvolvimento da criança, 68% faziam avaliação sem auxílio de instrumentos sistematizados (escala Denver).

Ainda sobre este contexto, no estado de Pernambuco, Ratis²⁶ ao avaliar o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento de 1.669 menores de cinco anos, em 120 serviços públicos de saúde, observou que, em 70% das unidades, não havia normas orientadoras do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. Ainda no mesmo estudo, mais de 80% dos acompanhantes não receberam informações sobre o crescimento e o desenvolvimento de suas crianças e o registro do desenvolvimento no CSC foi constatado em somente 1,2%.

Outro estudo, ainda no Nordeste, em Feira de Santana (BA), em 2001, no qual foi analisado 2.191 curvas de desenvolvimento de criança menores de um ano, constatou falhas de registros, sendo não preenchidos 77,9%, incompletos 14,3% e, apenas, 7,8% apresentaram registros completos⁵. Zeppone⁷ alerta para a necessidade de reciclagem do conhecimento dos profissionais de saúde, sobre o desenvolvimento infantil. No presente estudo, a verificação da confiabilidade dos registros antropométricos apresentou percentual de incidentes críticos negativos altos e significativos, o que permite inferir sobre as necessárias exigências críticas voltadas para um modelo de atendimento humanizado. Neste sentido, acredita-se que a solução para tal impasse seria utilizar as salas de espera de atendimento para que as informações registradas na referida caderneta fossem exaustivamente democratizadas, numa relação dialógica entre mães e profissionais da saúde⁷, uma vez que a saúde da criança é de responsabilidade de todos os atores sociais.

Os resultados desse estudo indicaram a necessidade de se abordar a formação dos profissionais de saúde de uma forma que se una saber técnico e alteridade. O acolhimento das mães, no sentido de estar em relação com algo ou alguém, é viável de ser realizado nas salas de espera e deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde¹⁴.

Outros estudos^{8-10, 27-29} que aplicaram a TIC na área de saúde mostraram, tal qual o presente estudo, que existe maior incidência de incidentes críticos negativos do

que positivos em diferentes itens que sejam abordados. Estes resultados permitem corroborar esta técnica como uma estratégia de gestão que poderá ser bem vinda em estudos na área da saúde coletiva.

CONCLUSÃO

Os resultados do levantamento dos incidentes críticos desse estudo, apresentando percentuais de incidentes críticos negativos expressivos, permitiram inferir que as recomendações consignadas pelo Ministério da Saúde e difundidas pela CSC apresentam-se claudicantes em sua efetivação. Este cenário conduz a exigências críticas traduzidas pela necessidade de investimentos motivacionais para que, tanto mães quanto profissionais de saúde, se engajem na luta pela atenção integral à saúde da criança.

As informações advindas das coletas dos incidentes críticos podem favorecer o uso mais eficiente da CSC de forma a prestar um atendimento com maior resolutividade e responsabilidade, o qual permita que o responsável pela criança seja capaz de conhecer, compreender e aplicar os conhecimentos necessários ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança a partir do seu nascimento. No entanto, a TIC com coleta de dados retrospectivos possui como um aspecto limitador a memória do entrevistado. Esta questão foi atenuada à medida que se utilizou a CSC como suporte da entrevista, uma vez que esta é utilizada na rotina de UBS, pelo menos uma vez ao mês, nos primeiros dois anos de vida da criança.

A contribuição do estudo foi mostrar uma metodologia capaz de identificar eventos relacionados com o trabalho, os quais venham comprometer a habilidade dos indivíduos para lidar com situações que possam interferir com o seu desempenho, e, particularmente, na saúde Pública, a possibilidade do uso da TIC na Atenção Primária à Saúde.

A TIC por sua simplicidade, entre as abordagens comportamentais, pode ser um caminho viável para outros estudos que possam vir a auxiliar gestores em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil- Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [citado em: 2 set 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
2. Brasil- Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável-Guia alimentar para crianças menores de dois anos: Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p.76.
3. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psic Apl*. 1973; 25(2): 99-141.
4. Figueiras AC, Puccini RF, Da Silva EM, Pedromônico MR. Evaluation of practices and knowledge among primary health care professionals in relation to child development surveillance. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:1691-9.
5. Vieira GO, Vieira TO, Costa MC, Netto PV, Cabral VA. Children's care cards use in Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras. Saúde Mater. Infant*. 2005; 5:177-84.
6. Ferreira MF, Serrão HL, Barbosa RGD, Souza AS, Felix GC. Avaliação do cumprimento dos "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro. *Ceres*. 2010; 5 (1):37-47.
7. Zeppone SC, Volpon LC, Del Ciampo LA. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30 (4): 594-9.
8. Peterson AA, Carvalho EC. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(4): 692-7.
9. Santos BP, Schwartz E, Beuter M, Muniz RM, Echevarría- Guanilo ME, Viegas AC. Consequências atribuídas ao transplante renal: técnica dos incidentes críticos. *Texto Contexto Enferm* [serial on the Internet]. 2015; 24(3): 748-55. [citado em: 31Jan 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000270014>.
10. Perbone JG, Carvalho EC. Sentimentos do estudante de enfermagem em seu primeiro contato com pacientes. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(2): 343-47.
11. Dela Coleta JA. A Técnica dos Incidentes Críticos: aplicações e resultados. *Arq Bras Psic Apl*. 1974; 26(2): 35-58.
12. Pereira SB, Marinho SV. Estratégia de Recuperação de Serviços em uma instituição de ensino superior. In: XXXI Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual: Desafios da Engenharia de Produção na Consolidação do Brasil no Cenário Econômico Mundial; 2011 Out. 4-7; Belo Horizonte. p.11-23.

13. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26 (12):2343-54.
14. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 3-44.
15. Sellitz C, Yahoda M, Deutsch K, Cook S. *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1974.
16. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. *WHO Child Growth Standards: Length/height- for-age, weight-for-age, weightfor- length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: WHO; 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do sistema de vigilância alimentar e nutricional: SISVAN na assistência a saúde*. Brasília Ministério da Saúde; 2008 (série B Textos Básicos de Saúde).
18. Gronlund NE. *A formulação de objetivos comportamentais para as aulas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rio; 1975.
19. Bloom BS, Engelhart MD, Furst JF, Hill WH, Krathwohl RD. *Taxionomia de objetivos educacionais*. 5ª ed. Porto Alegre: Globo; 1976.
20. Nick E, Kellner SRO. *Fundamentos de estatística para as ciências do comportamento*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renes; 1971.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2009.
22. Alleo LG, Souza SBd, Szarfarc SC. Feeding practices in the first year of life. *Journal of Human Growth and Development* [serial on line]. 2014; 24(2): 195-200 [cited 2016 Feb 11]. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.pdf/rbcdh/v24n2/pt_12.pdf.
23. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Pina JC, De Mello DF. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. *Rev Nutr*. 2015; 28 (4): 409-20.
24. Figueiredo MCD, Bueno MP, Ribeiro CC, Lima PA, Silva ÍT. Human milk bank: the breastfeeding counseling and the duration of exclusive breastfeeding. *Journal of Human Growth and Development* [serial on the Internet]. 2015; 25(2): 204-10 [cited 2016 Feb11]. Available from: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.103016>.

Artigo Original
Gestão em Saúde

25. Barbieri MC, Bercini LO, Brondani KJDM, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Sant'anna FL. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* [serial on the Internet]. 2015; 36 (1): 17-24. [cited 2016 Feb12]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1Suplp17>.
26. Ratis CA. Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de menores de cinco anos atendidos em serviços públicos de saúde do estado de Pernambuco. Recife, 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
27. Zani AV, Nogueira MS. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. *Rev Latino-am Enfermagem* [serial on line]. 2006; 14(5) [citado em: 19 Jan 2016]. Disponível em: [http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
28. Rossi VEC, Pace AE, Hayashida M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*. 2009; 2 (3): 41-6.
29. Sousa L, Almeida A, Simões CJ. Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde Soc*. 2011; 20 (1): 195-206.