

BAIXO PESO EM MENORES DE CINCO ANOS, NO MUNICÍPIO DE RIBEIRA DO PIAUÍ
Low weight in children under five years, in the municipality of Ribeira do Piauí

Luzita Tomaz da Silva¹, Gisela Maria Silva de Brito².

1. Enfermeira, graduada em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem de Floriano- FAESF. Apoiadora COSMS-PI. Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão municipal do SUS.

2. Educadora Física, graduada na Universidade Federal do Piauí, mestranda em Saúde Pública.

RESUMO

Alterações no peso da criança podem estar relacionadas a diferentes fatores como alimentação inadequada nos primeiros anos de vida, falta de amamentação exclusiva nos primeiros 06 meses de vida, prematuridade e doenças. O peso baixo se não tratado a tempo, pode ter como principal problema a desnutrição, que ainda hoje é considerado como grave problema saúde pública. O objetivo deste trabalho é avaliar a incidência de baixo peso em menores de cinco anos no município de Ribeira do Piauí. O trabalho foi desenvolvido através do atendimento de puericultura nas Unidades Básicas de Saúde, onde este além de identificar, aplicara ações de tratamento e prevenção para este agravo. Durante as consultas de enfermagem foi identificada uma quantidade significativa de alguma alteração no peso das crianças nesta faixa etária, reforçando a importância do acompanhamento infantil, pois déficits no peso e estatura poderão acarretar problemas no crescimento e desenvolvimento das crianças.

PALAVRAS CHAVE: Desnutrição, Baixo Peso, Puericultura.

ABSTRACT

Changes in the child's weight may be related to different factors such as inadequate feeding in the first years of life, lack of exclusive breastfeeding in the first six months of life, prematurity and illness. Low weight if not treated in time, may have as its main problem malnutrition, which is still considered a serious public health problem. The objective of this study is to evaluate the incidence of underweight in children under five years of age in the city of Ribeira do Piauí. The work was developed through the care of child care in the Basic Health Units, where in addition to identifying, will apply treatment and prevention actions for this aggravation. During the nursing consultations, a significant amount of alteration in the weight of children in this age group was identified, reinforcing the importance of child follow-up, since deficits in weight and height may cause problems in children's growth and development.

KEYWORDS: Malnutrition, Low Weight, Child Care.

INTRODUÇÃO

O município de Ribeira do Piauí está localizado a 150 km da cidade de Floriano ao sul do Piauí, tem uma extensão territorial muito grande limitando-se com Flores do Piauí, São João do Piauí, Socorro e Pajeú. Atualmente possui população de 4.393 habitantes. Densidade Demográfica: 4hab/km², PIB Per capita: 3.880,17(2011), % da população em extrema pobreza: 42,74(2010). A sua economia é basicamente a agricultura, pecuária e o extrativismo vegetal; ainda ha renda circulante de funcionários públicos e aposentados.

Por ser uma região muito rica em serras e montanhas, possui diversos sítios arqueológicos, além de ser banhado pelo Rio Piauí. Dispõe de educação municipal e estadual, porém o nível de alfabetização é baixo. Atividade de lazer somente missas e festejos em datas anuais. Devido sua grande extensão a população se divide em comunidades com distância de até 80 km da sede. A água de consumo humano é oriunda de poço artesanal sem tratamento, chegando às residências através de encanação.

O peso é um indicador de saúde que representa grande importância na avaliação da condição de saúde do indivíduo, por ser um indicativo tanto de bem estar como de alteração nos padrões normais. No acompanhamento das crianças principalmente nos primeiros anos de vida, é essencial o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, pois uma identificação precoce em anormalidades pode evitar prejuízos futuros na qualidade de vida do indivíduo.

Alteração no peso pode indicar existência de algum transtorno na criança, podendo ser desde uma alimentação insuficiente em vitaminas e nutrientes como infecções. O bom estado nutricional da criança é fundamental para que seu crescimento e desenvolvimento ocorram de maneira satisfatória. Alterações tanto de excesso quanto por deficiência expõem a mesma a risco de agravos a saúde. As complicações mais graves que o peso abaixo do ideal em um indivíduo, está relacionadas em dificuldade de aprendizagem, anemia e desnutrição onde ambas se não tratadas podem levar a morte.

O Ministério da Saúde afirma que a vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança e, quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação, evita que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e qualidade de vida futura. Estudos sobre a epidemiologia do estado nutricional têm dado mais atenção ao peso e ao índice de massa corpórea do que à altura, porém a altura também tem sido associada a vários desfechos e causas de mortalidade. O déficit estatural representa atualmente a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil. O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2012).

Alterações no peso da criança podem estar relacionadas a diferentes fatores como alimentação inadequada nos primeiros anos de vida, falta de amamentação exclusiva nos primeiros 06 meses de vida, prematuridade e doenças. O peso baixo se não tratado a tempo, pode ter como principal problema a desnutrição, que ainda hoje é considerado como grave problema saúde publica.

O presente estudo teve como principal objetivo investigar as causas de baixo peso em menores de cinco anos, bem como identificar as crianças com baixo peso, listar as principais causas do baixo peso e programar ações de combate ao baixo peso.

REFERENCIAL TEÓRICO.

O peso é um indicador de saúde que representa grande importância na avaliação da condição de saúde do indivíduo, por ser um indicativo tanto de bem estar como de alteração nos padrões normais. No acompanhamento das crianças principalmente nos primeiros anos de vida, é essencial o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, pois uma identificação precoce em anormalidades pode evitar prejuízos futuros na qualidade de vida do indivíduo.

Alteração no peso pode indicar existência de algum transtorno na criança, podendo ser desde uma alimentação insuficiente em vitaminas e nutrientes como infecções. O bom estado nutricional da criança é fundamental para que seu crescimento e desenvolvimento ocorram de maneira satisfatória. Alterações tanto de excesso quanto por deficiência expõem a mesma a risco de agravos a saúde. As complicações mais graves que o peso abaixo do ideal de um indivíduo, pode resultar em dificuldade de aprendizagem, anemia e desnutrição onde ambas se não tratadas podem levar a morte.

O Ministério da Saúde afirma que a vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança e, quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação, evita que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e qualidade de vida futura. Estudos sobre a epidemiologia do estado nutricional têm dado mais atenção ao peso e ao índice de massa corpórea do que à altura, porém a altura também tem sido associada a vários desfechos e causas de mortalidade. O déficit estatural representa atualmente a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil. O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2012).

Anemia Ferropriva.

Segundo a OMS, a anemia é a condição na qual os níveis de hemoglobina circulante estão abaixo dos valores considerados normais para a idade, sexo, estado fisiológico e a altitude. Os valores determinados como "normais" são arbitrários e consiste em níveis de hemoglobina encontrados na maioria da população, o que não significa obrigatoriamente que qualquer valor abaixo do limite estabelecido esteja relacionado a desfechos clínicos deletérios (BRASIL, 2012).

A anemia por deficiência de ferro, em termos de magnitude, é na atualidade um dos principais problemas de saúde pública do mundo. A prevalência de anemia em crianças tem sido muito explorada nos últimos 20 anos no Brasil e estes estudos mostram que esta pode ser muito elevada dependendo da localização geográfica e condição socioeconômica da população avaliada. Revisões mostraram que a mediana da prevalência de anemia em crianças menores de cinco anos foi de 50,0%. De acordo com a PNDS, realizada em 2006, a prevalência de anemia entre menores de cinco

anos é de 20,9%, sendo que na Região Nordeste esse percentual alcança 25,5%. A Organização Mundial da Saúde estima que a prevalência da deficiência de ferro seja, em média, 2,5 vezes maior do que a prevalência de anemia observada, e também estima que 50% dos casos de anemia acontecem em função da deficiência de ferro (BRASIL, 2015).

Estima-se que metade da população de crianças menores de quatro anos, nos países em desenvolvimento, sofra de anemia ferropriva. Estudos apontam que, em vários locais do Brasil, aproximadamente a metade dos pré-escolares são anêmicos, com a prevalência chegando a 67,6% nas idades entre 6 e 24 meses. A anemia é um dos fatores mais importantes relacionados ao baixo peso ao nascer, à mortalidade materna e ao *déficit* cognitivo em crianças. A deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia e a carência nutricional específica mais prevalente tanto em países industrializados como nos em desenvolvimento, sendo ainda considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes (BRASIL, 2012).

Estudos apontam que crianças beneficiárias do programa Bolsa Família, a prevalência de baixo peso é de 4,6%, de baixa estatura é de 14,5% e excesso de peso 16,4%. Também de acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é possível verificar que em alguns municípios brasileiros a prevalência de baixo peso ainda é superior a 10% (BRASIL, 2015).

O último trimestre da gestação é o período no qual ocorre o mais importante aumento de peso e de armazenamento de ferro no feto. Crianças pré-termo ou com baixo peso ao nascimento têm menos ferro acumulado do que um recém-nascido a termo. Após o nascimento, observa-se uma fase de elevada velocidade de crescimento, e, em uma criança a termo, as reservas adquiridas durante a gestação serão utilizadas durante os primeiros 4 a 6 meses de vida (BRASIL, 2012).

Os elevados requerimentos fisiológicos de ferro na primeira infância tornam a criança especialmente vulnerável à anemia por deficiência de ferro durante os dois primeiros anos de vida. Neste sentido, atenção especial deve ser dada ao período de amamentação e à posterior fase de introdução de alimentos complementares, quando deverá ocorrer a introdução oportuna, correta e apropriada dos alimentos ricos em ferro e em outros micronutrientes igualmente necessários ao crescimento e ao desenvolvimento adequado da criança (BRASIL, 2012).

Entendemos que o peso ao nascer sinaliza o desenvolvimento intra-uterino e pode ter ligação com o atraso neuropsicomotor da criança, assim como o comprimento reflete as condições de crescimento. Por essas razões determina-se um acompanhamento diferenciado para crianças com peso baixo ao nascer, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na faixa etária de 0 aos 5 anos de idade (BRASIL, 2012.)

Prevenindo Anemia.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, e a política de fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro no País. Tais estratégias recomendam a suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses, e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2012).

A suplementação apresenta algumas dificuldades em relação ao surgimento de efeitos colaterais indesejáveis e à longa duração do tratamento. Em muitos casos, a dificuldade em aderir ao tratamento devido ao surgimento de efeitos adversos é superior às queixas relatadas e relacionadas à própria anemia. Por isso, a falta de motivação para a manutenção do tratamento tem acarretado situações de baixa efetividade deste tipo de terapia medicamentosa. A reconhecida baixa adesão à estratégia de suplementação profilática é hoje questão prioritária a ser superada para que se garanta o controle da anemia por deficiência de ferro (BRASIL, 2012).

A anemia por deficiência de ferro é considerada um problema de Saúde Pública que afeta a população tanto de países desenvolvidos quanto dos em desenvolvimento. Uma estimativa mundial da prevalência de anemia em crianças, no período de 2005 a 2011, demonstra uma redução de 47% para 43%, apesar desses valores ainda permanecerem elevados (TAIANE et.)

Ainda segundo a autora, no Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde estimou predomínio de 20,9% de anemia em crianças menores de 5 anos, com maior prevalência para a região nordeste (25,5%). Entre os grupos de risco, os pré-escolares constituem conjunto de grande vulnerabilidade à anemia ferropriva, suscitando preocupação pelos prejuízos que acarreta como depressão do sistema imune com aumento da propensão à infecção, redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento psicomotor, implicando dificuldades na aprendizagem e redução da capacidade física. Tais alterações podem perdurar até mesmo após o tratamento medicamentoso.

Desnutrição.

A desnutrição pode ocorrer precocemente na vida intra-uterina e freqüentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar inadequada nos primeiros dois anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentares ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas diarreicas e respiratórias. A desnutrição possui múltiplos determinantes e as condições sociais da família são determinantes importantes dessa condição (BRASIL, 2015).

A desnutrição é responsável por 55% das mortes de crianças no mundo inteiro. Está associada a várias outras doenças e ainda hoje é considerada a doença que mais mata crianças abaixo de cinco anos. No mundo todo, o tipo prevalente de desnutrição corresponde à baixa estatura, que vem ganhando relevo como indicador não só de desnutrição, mas também de pobreza, pois hoje se sabe que o fator ambiental é muito mais significativo do que o fator genético na determinação da estatura final do indivíduo.

As causas da baixa estatura são várias: nutrição materna insuficiente, desnutrição intra-uterina, falta de aleitamento materno até seis meses, introdução tardia de alimentos complementares, alimentos complementares em quantidade e qualidade inadequadas, absorção de nutrientes prejudicada por infecções e parasitoses intestinais (ANA SAWAYA, 2006).

Puericultura.

Para o Ministério da Saúde, o calendário mínimo de consultas do lactente deve totalizar sete consultas no primeiro ano de vida, a fim de garantir assistência em tempo oportuno e com qualidade, sugerindo como esquema para as consultas de rotina até o 1º ano: 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês. Destacamos que após os 12 meses serão realizadas consultas de rotina no 18º mês, 24º mês e, a partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina podem ser anuais, próximas ao mês de aniversário (UFMA, 2014).

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (BRASIL, 2012.). O baixo peso ao nascer e a prematuridade são eventos que aumentam o risco da criança para alterações globais em seu desenvolvimento, podendo, contudo, evoluir durante os primeiros dois anos de vida para padrões de normalidade na maioria dos casos. No entanto, as maiores taxas de deficiência ocorrem nas menores faixas de peso e idade gestacional, tendo correlação com a incidência de complicações no período neonatal.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, estudos revelam que as crianças com baixo peso ao nascer tiveram quatro vezes mais chances de apresentar problemas em relação àquelas com maior peso. Além disso, o fator prematuridade teve mais chances (60%) de evidenciar problemas no desenvolvimento. Em virtude das alterações no desenvolvimento da criança ser variáveis podendo se manifestar nas ordens física, auditiva, mental, visual ou relacional é necessário o envolvimento da família e as instituições de ensino que convivem diariamente com as crianças nessa faixa etária. A necessidade e importância do envolvimento escolar na identificação de alterações no desenvolvimento da criança parte da ideia de que distúrbios de aprendizagem raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola. Embora as deficiências graves possam ser reconhecidas ainda na infância, distúrbios de linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são facilmente diagnosticados antes dos três ou quatro anos de idade (BRASIL, 2012).

Acompanhamento e Avaliação do Crescimento Infantil.

O acompanhamento sistemático do crescimento e do ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade (BRASIL, 2012).

Déficits de peso em relação à altura são indicativos de casos agudos de desnutrição quando sua frequência ultrapassa cerca de 2% a 3%; alterações nesse aspecto foram encontrados em apenas 1,5% das crianças brasileiras menores de 5 anos, não ultrapassando 2% em qualquer região ou estrato social da população. Tal situação indica um equilíbrio adequado entre o acúmulo de massa corporal e o crescimento linear das crianças, apontando para o virtual controle de formas agudas de deficiência energética em todo o País. O acompanhamento dos indicadores do estado nutricional e dos padrões de consumo ao longo dos anos permite que os gestores, em diferentes níveis de

governo, programem estratégias para a promoção de melhorias das condições de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição (BRASIL, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a utilização dos valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas para crianças menores de 5 anos. Crianças que, além de prematuras, apresentarem restrição de crescimento intra-uterino têm médias inferiores de peso, comprimento e perímetro cefálico aos 2 anos de idade corrigida, quando comparadas com crianças-controle da mesma idade gestacional (BRASIL, 2012).

Embora toda criança com peso de nascimento inferior a 2.500g seja considerada de risco, bebês pré-termo com peso adequado para a idade gestacional têm melhor prognóstico, especialmente aqueles que vivem em condições ambientais favoráveis. Tais crianças apresentam crescimento pós-natal compensatórias, chegando ao peso normal para a idade ainda durante o primeiro ano de vida.

Alimentação Saudável.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a estratégia global para alimentação de lactentes e crianças pequenas, que visa a revitalizar os esforços no sentido de promover, proteger e apoiar adequadamente a alimentação das crianças. Em todo o mundo cerca de 30% das crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso, como consequência da má alimentação e repetidas infecções. Mesmo em países em desenvolvimento, com escassez de recursos, a ênfase em ações de orientação alimentar pode conduzir a melhores práticas alimentares, levando ao melhor estado (BRASIL, 2015).

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno, que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida. Já a partir dos seis meses de vida, devem ser introduzidos alimentos complementares ao aleitamento materno, por dois anos ou mais (BRASIL, 2012).

Os cadernos de atenção básica disponíveis pelo ministério da saúde orientam aos profissionais sobre o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, e que esta pratica deve ser iniciada durante o pré-natal. Todos os profissionais devem utilizar práticas de estimulação ao aleitamento materno exclusivo em suas ações diárias, independente do estabelecimento de saúde. Para o Ministério da Saúde a criança que é alimentada somente com leite materno até os seis meses de vida apresenta menor morbidade. Além disso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, o que pode, inclusive, trazer prejuízos à saúde da criança.

O leite materno possui pequena quantidade de ferro, mas de alta biodisponibilidade, com uma utilização elevada quando na ausência de outros fatores dietéticos, não sendo necessária a suplementação de ferro durante o aleitamento materno exclusivo. Após o esgotamento da reserva, o organismo depende do ferro exógeno para evitar o aparecimento de anemia. As carnes e alguns órgãos, como o fígado, apresentam alta densidade e biodisponibilidade de ferro. Alguns vegetais

também apresentam quantidades razoáveis de ferro, porém sua biodisponibilidade é menor (BRASIL, 2012).

Apesar das medidas individuais e populacionais adotadas no País, mantém-se a elevada prevalência de anemia. Embora não tenha sido observada associação estatística entre a classificação econômica e a prevalência de anemia, observa-se menor porcentagem de crianças anêmicas nas classes A e B. Quanto à situação do domicílio, observou-se que as crianças moradoras de áreas rurais apresentaram menor prevalência de anemia quando comparadas com as crianças nas áreas urbanas (BRASIL, 2012).

A partir dos quatro meses de idade, ocorre à depleção do estoque de ferro, e a alimentação passa a ter papel fundamental na prevenção da anemia. O ferro na forma heme, presente nas carnes, é mais facilmente absorvido. O ferro que não está na forma heme, presente nos vegetais, precisa estar na forma ferrosa e depende do estado nutricional e dos outros alimentos para ser absorvido. É importante conhecer os alimentos que favorecem ou prejudicam a absorção para incluí-los ou não nas refeições ricas em ferro, como o almoço e o jantar (BRASIL, 2012).

A vigilância alimentar e nutricional pressupõe o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar da população. Neste sentido, o Ministério da Saúde adota o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), destinado a atender todas as fases da vida dos indivíduos, sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

PLANO OPERATIVO - Elaboração da Planilha de Intervenção

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Baixo peso em menores de 05 anos de idade. Desnutrição em conseqüência do baixo peso. Anemia Ferropriva..	Reduzir o baixo peso em crianças de 0 a 5 anos; Prevenir a desnutrição e a anemia.	Identificar 100% das crianças com baixo peso na faixa etária de 0 a 5 anos de idade. Janeiro a julho 2018.	Implementação das consultas de puericultura priorizando as crianças identificadas. Realização de agendamento de consultas e busca aos faltosos. Incentivar a pratica de Aleitamento Materno Exclusivo nas consultas de Pré-natal; Palestras nas Escolas sobre Alimentação Saudável;	Medico. Enfermeira; Acs; Técnico de enfermagem. Escolas Assistência social. NASF

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO

Para efetividade do plano ele deverá ser desenvolvido por toda a equipe e avaliado mensalmente por a mesma, para reflexão sobre os impactos da ação; utilizando como instrumento de avaliação relatórios do SISVAN e registros locais como livro de puericultura e ficha de controle local criado para esta ação. Esses instrumentos permitirão consolidar as informações de forma mais fidedigna para posterior divulgação através de gráficos e/ou tabelas apresentadas a gestão, equipe e população local. Dessa forma saberemos se o objetivo deste foi alcançado e se as ações implementadas em combate ao baixo peso foram exitosas

CONCLUSÃO

Implantar esse instrumento de trabalho nas ações diárias não deverá ser uma tarefa difícil por ser a puericultura uma ação já preconizada pela Política Nacional Atenção Básica, porem deveremos procurar envolver todos os atores envolvidos neste para que consigamos efetividade nesta ação. Uma das possíveis dificuldades no cumprimento desta esta voltada para participação das mães, visto que muitas destas sobrevivem da lavoura e muitas residem na zona rural. Sabendo desta realidade adotaremos como alternativa trabalhar conjuntamente com a oferta de imunização onde este serviço tem uma cobertura mais satisfatória, além deste ofereceremos atendimento na própria zona rural em horários que permita a participação das mães sem prejuízo de valores para ambos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº33. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: Nutrição Infantil. Caderno de atenção básica nº23. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília- DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: Nutrição Infantil. Caderno de atenção básica nº23. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília- DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Aleitamento e Alimentação Complementar, 2ª edição. Caderno de atenção básica nº23. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília-DF, 2015.

OLIVEIRA, A. E. F. **Saúde da Criança e Saúde da Família**: Atenção a Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida. São Luis: UFMA, 2014.

SANTOS, A. L. B. LEAO.Leila Sicupira C. S. **Perfil Antropométrico de Pré-Escolares de uma Creche em Duque de Caxias**, Rio de Janeiro. Rev. paul. pediatr. v.26 nº03 São Paulo set. 2008.

SAÚDE DA CRIANÇA E SAÚDE DA FAMÍLIA: Atenção a Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida. São Luis: UFMA, 2014.

SAWAYA, A. L. **Desnutrição**: Consequências em Longo Prazo e Efeitos da Recuperação Nutricional. São Paulo. Estudos Avançados 20 (58), 2006.