

MÓDULO 6 • UNIDADE 1

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 6 • UNIDADE 1

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR - UNA-SUS/ UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO ADJUNTA

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO PEDAGÓGICO

Deborah Baesse

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Fátima Gatinho

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Regimarina Soares Reis

COORDENAÇÃO DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE JORNALISMO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENAÇÃO DE RECURSOS AUDIOVISUAIS

Roberta Azzolini

COORDENAÇÃO DE AVA E PRODUÇÃO

Francisco Gregório Almeida Silva

SECRETARIA-GERAL DO MAIS MÉDICOS

Rosângela Almeida

SUPERVISÃO DE TUTORIA

Vanessa Maria Belo

Pierre Adriano Moreno Neves

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIRETOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva.
CRB 13ª Região nº de Registro – 453

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Cláudio Vanucci Silva de Freitas, Edison José Corrêa, Estela Aparecida Oliveira
Vieira, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Paola Trindade Garcia

PROJETO GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde da criança e a Saúde da Família: atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida/Ednei Costa Maia; Fabrício Silva Pessoa; Walquíria Lemos Soares (Org.). - São Luís, 2014.

52f. : il.

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Corrêa, Edson José. III. Vieira, Estela Aparecida Oliveira. IV. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. V. Garcia, Paola Trindade. VI. Título.

CDU 613.9-053.2

APRESENTAÇÃO

Os objetivos desta unidade são descrever os principais aspectos abordados nas consultas durante o primeiro ano de vida da criança, a anamnese e o exame físico completo da criança; reconhecer os principais marcos do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de uma criança saudável.

Nesta unidade vamos estudar sobre a atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida, avaliando o crescimento e desenvolvimento e os principais aspectos abordados nas consultas com a ESF. Para facilitar seu estudo, adotamos esquemas com orientações referentes às sete consultas médicas recomendadas pelo Ministério da Saúde no primeiro ano de vida.

Ressalta-se a importância de um exame físico minucioso do recém-nascido, no qual você possa reconhecer os marcos do desenvolvimento, bem como descrever as principais medidas de cuidados para a saúde do bebê. Dessa forma, uma relação de confiança pode ser estabelecida desde o início entre a equipe e a família.

Bons estudos!

SUMÁRIO

Unidade 1	7
1 PUERICULTURA NA ESF	7
2 CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	9
2.1 Anamnese	10
2.2 Exame físico	12
3 CRESCIMENTO	15
3.1 Vigilância do crescimento infantil	17
3.2 Interpretação dos escores das curvas de crescimento.....	19
3.3 Desvios do crescimento da criança.....	22
4 DESENVOLVIMENTO	24
4.1 Aspectos gerais do desenvolvimento.....	26
4.2 Aspectos peculiares do desenvolvimento	28
4.3 Dificuldades no desenvolvimento.....	29
5 VACINAÇÃO	32
6 ALIMENTAÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO.....	33
6.1 Alimentação saudável	33
6.2 Suplementação	34
7 RASTREAMENTO EM SAÚDE DA CRIANÇA	37
7.1 Vigiar a pressão arterial (PA).....	41
7.2 Peculiaridades das consultas na criança	42
7.3 Prevenindo acidentes	46
REFERÊNCIAS.....	50

UNIDADE 1

1 PUERICULTURA NA ESF

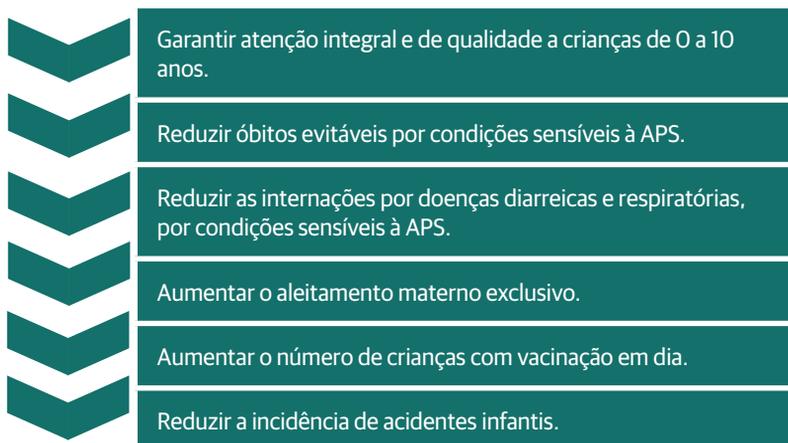
As ações de puericultura na Estratégia Saúde da Família desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças focando na educação em saúde e visando garantir um atendimento de qualidade (PACHECO et al., 2012). Vejamos abaixo características da puericultura na ESF:

Puericultura multidisciplinar	Esta concepção moderna de uma puericultura multidisciplinar, com forte ênfase na prevenção e cuidados básicos, tem proporcionado um melhor acompanhamento na saúde da criança. O médico da equipe de Saúde da Família deve integrar-se com outros profissionais, visando proporcionar melhor resolutividade no atendimento da criança. O Nasf integra esta atenção multidisciplinar (GENIOLE et al., 2011).
Integralidade	Adota-se a concepção de integralidade como assistência que integra o caráter completo do cuidado, tendo como eixo as ações do Paisc, da estratégia AIDPI e da Agenda de Compromissos (CURSINO; FUJIMORI, 2012).
Promoção e prevenção	A prevenção e a promoção devem estar inseridas na prática do cuidado na saúde da criança tendo como estratégias reduzir o risco de adquirir ou controlar uma doença. Estas estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida, alimentação, nutrição, vacinação, crescimento, desenvolvimento, educação, habitação, saneamento, recreação e condições agradáveis no lar, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Trata-se, portanto, de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com projeção para a criança e sua família. É a expressão maior da educação em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

O puericultor, como é conhecido o médico que trabalha desenvolvendo ações de puericultura, deve desempenhar seu trabalho não apenas por meio de ações clínicas, deve desenvolver ainda apoio constante às famílias e auxiliar na redução dos efeitos sociais e emocionais das doenças sobre a criança e seus familiares. Para isso, é necessário que esse profissional atue

com uma concepção epidemiológica focada no quadrilátero saúde-indivíduo-família-comunidade (RICCO; ALMEIDA; DEL CIAMPO, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família deve assumir o papel de responsabilidade social na atenção à saúde da criança definindo uma agenda de compromissos a fim de ser pactuada com a comunidade. Podemos citar como exemplo de objetivos (DUNCAN et al., 2013):



Segundo o Ministério da Saúde, o calendário mínimo de consultas do lactente deve totalizar sete consultas no primeiro ano de vida, a fim de garantir a assistência em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda o seguinte 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 (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde recomenda o seguinte esquema para as consultas de rotina:

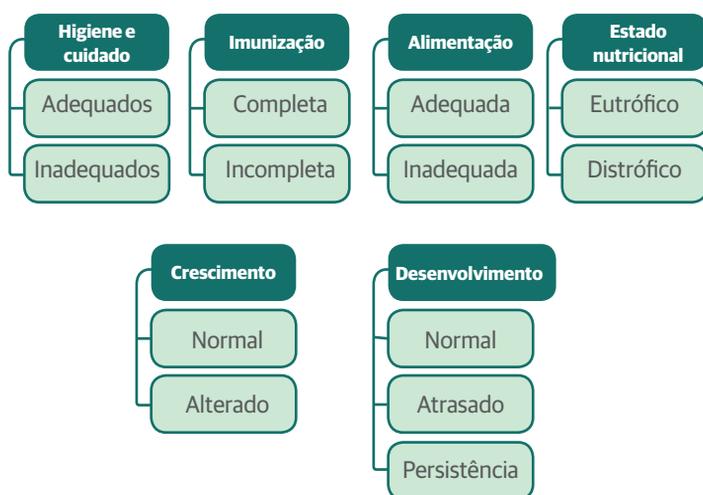
1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês, 24º mês

A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina podem ser anuais, próximas ao mês de aniversário.

2 CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

A Caderneta de Saúde da Criança, distribuída universalmente nas maternidades (públicas e privadas), deve ser valorizada pela equipe de saúde por meio do registro sistemático de informações relevantes a cada atendimento, compartilhando esse acompanhamento com a família.

Devem ser registradas na Caderneta de Saúde da Criança e no prontuário as seguintes informações:



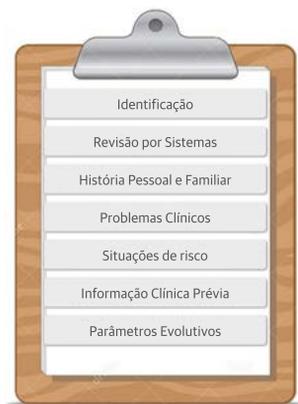
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: passaporte da cidadania. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Caderneta da Saúde da Criança). Disponível em : < <http://goo.gl/vV7tuy>>.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Artmed, 2013. 1600 p.

REFLITA COMIGO!

É comum ouvirmos relatos de profissionais sobre a dificuldade de utilizar de forma prática as cadernetas de Saúde da Criança. Isso acontece em sua prática de trabalho? Às vezes, a Caderneta de Saúde é esquecida ou subutilizada, você consegue elencar alguns motivos disso?

2.1 Anamnese



É fundamental que o profissional de saúde avalie minuciosamente cada parâmetro na anamnese da criança. O roteiro da anamnese pode variar de acordo com a necessidade encontrada (LEITE; NEVES FILHO; AMARAL, [sd]).

Além dos dados objetivos de anamnese, uma boa entrevista poderá dar ao médico uma noção global do seu paciente, dos familiares, do ambiente em que vive e seu relacionamento com pais, irmãos, amigos, professores e demais pessoas.

Acompanhe abaixo um modelo de síntese de anamnese que ajuda a norteá-lo:

➤ **Identificação:** nome, cor, sexo, idade, data de nascimento, procedência, informante, local que pode ser encontrado, nome dos pais, data e hora da anamnese.

➤ **Revisão por sistemas:** geral (alterações de peso, pele e mucosas, febre); cabeça (cefaleia, traumas); olhos (conjuntivite, acuidade); ouvidos (secreção, otalgia); nariz (epistaxe, coriza, congestão); garganta (dentes, rouquidão, dor); pescoço (dor, nódulos); cardíaco (dor, sopro), respiratório (tosse, dor, expectoração, cansaço); digestivo (hábito intestinal, apetite, dor); genitu-

rinário (dor, cor, corrimentos); musculoesquelético (hérnias, fraquezas, dor) e nervoso (perda de consciência, paralisia, tremor, dormência).

➤ História pessoal e familiar: organizar, de maneira fácil, informações longitudinais sobre a história pessoal da criança (obstétrica, neonatal, patológica atual e pregressa); história familiar e sua dinâmica (dados socioeconômicos, composição, dados da mãe e do pai, dados sobre os irmãos, situações ou eventos estressantes); condições de moradia e saneamento etc.

➤ Problemas clínicos: possibilitar acompanhamento de problemas clínicos correlacionados entre si. Exemplos: uma criança com risco alérgico apresenta no 3º mês de vida quadro clínico de dermatite atópica, configurando um risco aumentado de vir a se tornar asmática.

➤ Situações de risco: facilitar a identificação de situações de vulnerabilidade ou de risco precocemente; filhos de mães com baixa escolaridade, ambiente familiar desagregado, falta de acesso à água potável ou saneamento inadequado, baixa renda, frequência em creche e mães muito jovens podem configurar risco aumentado de ocorrência de determinadas doenças.

➤ Informação clínica prévia: acesso rápido a informações clínicas prévias e suas implicações para a abordagem do problema atual; por exemplo: três episódios de otite média supurativa em seis meses, segundo episódio de infecção urinária alta em menores de 6 anos.

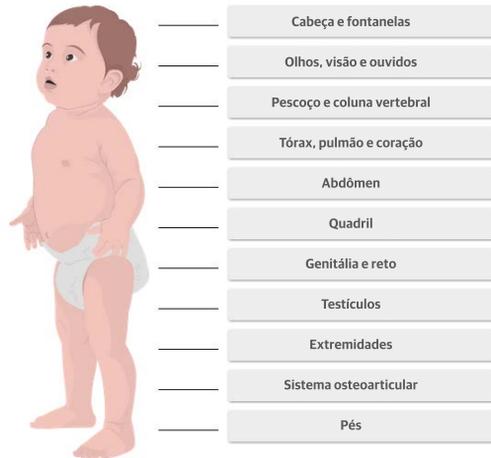
➤ Parâmetros evolutivos: organizar dados evolutivos sobre os diversos aspectos do atendimento integral ao desenvolvimento da criança (alimentação, estado nutricional, crescimento, desenvolvimento, dinâmica familiar, vacinação, saúde oral, visão, audição, prevenção de acidentes).

SAIBA MAIS!

Anamnese pediátrica. Disponível no link:

<http://goo.gl/RpCfXs>.

2.2 Exame físico



Um exame físico completo deve ser realizado na consulta de puericultura, devendo ter como princípio básico uma metodologia no sentido **céfalo-caudal, próximo-distal**, por meio de uma avaliação minuciosa.

Esclarecemos a importância do cuidado inicial com medidas simples, como: lavar as mãos, observar antes de examinar, deixar o que potencialmente deflagra o choro para o final, preferencialmente despido.

Acompanhe abaixo as principais características no exame físico da criança (MINAS GERAIS, 2004):

➤ Cabeça e fontanelas:

- Cabeça: observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- Fontanelas: a fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior (lâmbda) mede de 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.

➤ Olhos, visão e ouvidos:

- Olhos: avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da escleróti-

ca, estrabismo, entre outros. Teste do reflexo vermelho (teste do olhinho).

- Visão: avaliar aspecto e simetria dos olhos, presença da visão através da observação de reflexos visuais.
- Ouvidos: observar a forma, alterações, implantação das orelhas.

➤ Pescoço e coluna vertebral:

- Pescoço: inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.
- Coluna vertebral: examine toda a coluna, em especial a área lombosacra, percorrendo a linha média.

➤ Tórax e pulmão:

- Tórax: observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- Pulmão: observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios.
- Coração: observar a criança quanto à presença de cianose labial, de extremidades e edema.

➤ Abdômen:

- Abdômen: observar alterações globais de forma, volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais, ventrais. As hérnias costumam fechar espontaneamente até os 2 anos de idade. Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia. A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida.

➤ Quadril:

- Rastreamento para displasia do quadril: recomenda-se sua realização, pois o diagnóstico precoce (anterior aos 3 - 6 meses de idade) é importante na escolha de tratamentos menos invasivos e com menores riscos de complicações.

➤ Genitália e reto:

- Meninos: observar e registrar a presença de alterações (fimose, testículos ectópicos, hidrocele, posicionamento anômalo da uretra).
- Meninas: observar e registrar a presença de alterações (sinéquia, imperfuração de hímen, leucorreias etc). Obs.: A presença de secreção vaginal, mucoide ou sanguinolenta pode ocorrer nos primeiros dias de vida.
- Ânus e reto: verifique a permeabilidade anal.

➤ Testículos:

- Rastreamento para criptorquidia: se os testículos não foram palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura.

➤ Extremidades:

- Observar deformidades, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.
- Palpar pulsos radial, femoral e pedioso.
- Observar dedos extranuméricos, polidactilia.
- Inspeccionar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.
- Registrar presença de anormalidades (espinha bífida, tufos de pelos e hipersensibilidade).

➤ Sistema osteoarticular:

- Examine os membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, à flexão dos membros, à possibilidade de flacidez excessiva e à suposta presença de paralisia.

➤ Pés:

- Identifique a provável presença de pé torto e encaminhe ao ortopedista, quando necessário, para melhor avaliação e escolha do tratamento.

SAIBA MAIS!

Assista ao vídeo para conferir como testar os reflexos primitivos do bebê.

Disponível no link: <http://goo.gl/wC9r6H>.

3 CRESCIMENTO

O Ministério da Saúde define o processo de crescimento da criança como um processo dinâmico e contínuo expresso pelo aumento do tamanho corporal, constituindo um dos indicadores de saúde da criança. Esse processo é influenciado por fatores intrínsecos (ex: genéticos) e extrínsecos (ex: ambientais). Desse modo é importante destacar a importância de considerar fatores como alimentação, condições gerais de saúde, higiene, habitação e os cuidados com a criança, que atuam acelerando ou restringindo tal processo (BRASIL, 2013a).

➤ Avaliação periódica: por meio da avaliação periódica do ganho ponderal e do progresso individual da criança, é possível identificar aquelas sob maior risco de morbi/mortalidade, portanto o acompanhamento da criança deve permitir a realização de condutas preventivas e curativas adequadas à fase de crescimento e desenvolvimento.

➤ Crescimento normal: o crescimento normal é condicionado a inúmeros processos fisiológicos que dependem do atendimento de várias necessidades durante a vida fetal e a infância. Embora a adequação do crescimento seja insuficiente, por si só, para avaliar adequadamente o estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, o crescimento físico normal é um pré-requisito para qualquer estratégia de promoção do bem-estar infantil.

➤ Acompanhamento: para acompanhar de forma adequada o crescimento de uma criança, é necessário o registro periódico e sistemático de índices antropométricos na Caderneta de Saúde da Criança, na qual devem ser anotadas todas as informações sobre sua história de crescimento e desenvolvimento.

IMPORTANTE!

A folha de registro das medidas antropométricas, que consta na Caderneta de Saúde da Criança, é um instrumento de extrema importância para o registro contínuo de medidas antropométricas, portanto utilize-a como uma ferramenta indispensável em seu processo de trabalho.

3.1 Vigilância do crescimento infantil

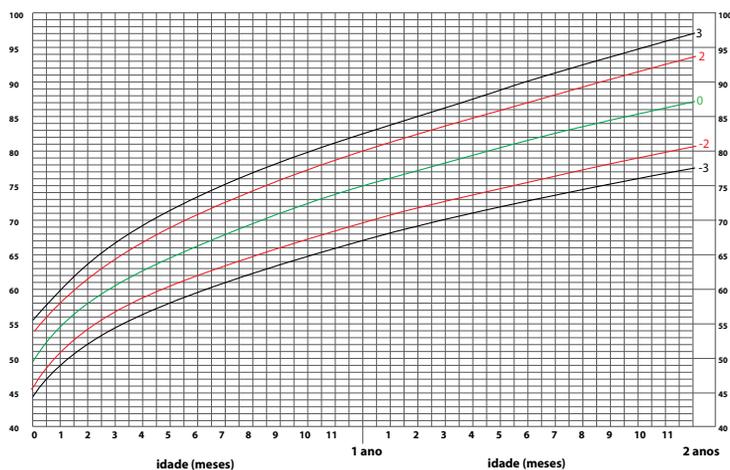
As curvas de crescimento constituem um importante instrumento técnico para medir, monitorar e avaliar o crescimento de todas as crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, independente da origem étnica, situação socioeconômica ou tipo de alimentação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a).

- As curvas da OMS adaptam-se bem ao padrão de crescimento das crianças e adolescentes e aos pontos de corte de sobrepeso e obesidade recomendados para os adultos.
- Dessa forma, a referência da OMS preenche a lacuna antes existente nas curvas de crescimento e corresponde à referência adequada para a avaliação nutricional das crianças e adolescentes do nascimento aos 19 anos, razão que fez o Ministério adotar essa referência para o Brasil.
- Desnutrição, sobrepeso, obesidade e condições associadas ao crescimento e à nutrição da criança podem ser detectadas precocemente.

O registro periódico de todas as ações desenvolvidas, bem como modificações que ocorrem naturalmente no processo de crescimento da criança, é uma estratégia muito eficaz a ser utilizada nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica.

O crescimento individual das crianças pode ter uma grande variação. Várias medidas de crescimento colocadas como pontos no gráfico ao longo do tempo e unidas entre si formam uma linha, como podemos observar no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Curva de crescimento infantil: relação peso x idade – 0 a 2 anos.



Fonte: Brasil, 2013

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: menino: passaporte da cidadania. 8.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p.

Disponível em: <http://goo.gl/isT22R>.

Essa linha representa o crescimento da criança, ou seja, sua curva de crescimento, que sinaliza se a criança está crescendo adequadamente ou não. Veja nos passos abaixo como interpretar os gráficos:

- A linha verde corresponde ao escore z 0. As outras linhas indicam distância da mediana. Um ponto ou desvio que esteja fora da área compreendida entre as duas linhas vermelhas indica um problema de crescimento.
- A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela. Qualquer mudança rápida nessa tendência (desvio da curva da criança para cima ou para baixo do seu traçado normal) deve ser investigada para determinar a causa e orientar a conduta.

- Um traçado horizontal indica que a criança não está crescendo, o que necessita ser investigado. Um traçado que cruza uma linha de escore z pode indicar risco. O profissional de saúde deve interpretar o risco baseado na localização do ponto (relativo à mediana) e na velocidade dessa mudança.
- Com relação às curvas de perímetro cefálico, é importante lembrar que as alterações do desenvolvimento infantil são mais sensíveis e precoces do que o crescimento da cabeça (BRASIL, 2013a).

SAIBA MAIS!

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) possibilita o registro de dados antropométricos (peso e altura) de crianças e de mulheres em idade fértil permitindo análises sobre o perfil nutricional desses grupos. Saiba mais sobre o assunto. Acesse: <http://goo.gl/JVyMho>.

3.2 Interpretação dos escores das curvas de crescimento

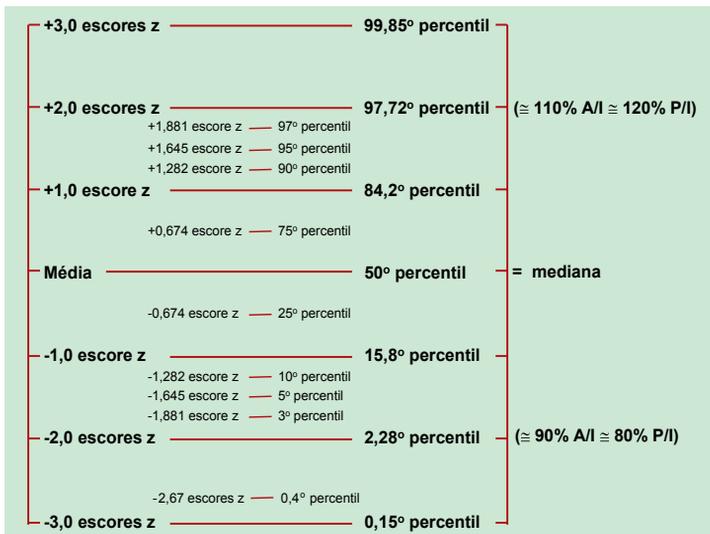
Já comentamos o que cada linha das curvas de crescimento representam, mas qual será a aplicação prática desses gráficos?

Inicialmente, identifique qual o gráfico de crescimento você irá analisar. A Caderneta de Saúde da Criança disponibiliza os seguintes parâmetros que ajudam na interpretação dos gráficos de crescimento (BRASIL, 2013a):

- Perímetro cefálico (0 – 2 anos);
- Peso para a idade (0 – 2 anos, 2 – 5 anos e 5 – 10 anos);
- Comprimento/altura para a idade (0 – 2 anos, 2 – 5 anos e 5 – 10 anos);
- Índice de Massa Corporal (IMC) para idade (0 – 2 anos, 2 – 5 anos e 5 – 10 anos).

Os pontos de corte utilizados nas distintas curvas estão representados em escores z, que indicam unidades do desvio padrão do valor da mediana (escore z 0), cujas correspondências em percentis estabelecidas são:

Medidas de dispersão escores z e percentis



Vejamos o que podemos interpretar a partir dos escores:

Comprimento x idade

- > +2 escores z: comprimento elevado para a idade.
- ≥ -2 e ≤ +2 escores z: comprimento adequado para a idade.
- ≥ -3 e < -2 escore z: comprimento baixo para a idade.
- < -3 escores z: comprimento muito baixo para a idade.

Perímetro cefálico x idade

- > +2 escores z: PC acima do esperado para a idade.
- ≤ +2 escores z e ≥ -2 escores z: PC adequado para a idade.
- < -2 escores z: PC abaixo do esperado para a idade.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: menino: passaporte da cidadania. 8.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf.

Peso x idade

- > +2 escores z: peso elevado para a idade.
- ≥ -2 e ≤ +2 escores z: peso adequado para a idade.
- ≥ -3 e < -2 escores z: peso baixo para a idade.
- < -3 escores z: peso muito baixo para a idade.

Altura x Idade

- > +2 escores z: altura elevada para a idade.
- ≥ -2 e ≤ +2 escores z: altura adequada para a idade.
- ≥ -3 e < -2 escores z: altura baixa para a idade.
- < -3 escores z: altura muito baixa para a idade.

Índice de Massa Corporal x idade

- > +3 escores z: obesidade.
- ≤ +3 e ≥ +2 escores z: sobrepeso.
- ≤ +2 e > +1 escores z: risco de sobrepeso.
- ≤ +1 e ≥ -2 escores z: IMC adequado.
- < -2 e ≥ -3 escores z: magreza.
- < -3 e escores z: magreza acentuada.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: menino: passaporte da cidadania. 8.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf.

O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) deverá ser realizado a partir da aplicação da fórmula a seguir:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Após realizar a mensuração de peso (em quilos) e altura ou de comprimento (em metros) da criança, insira os valores obtidos conforme a fórmula descrita.

A medida do comprimento das crianças menores de 2 anos deverá ser obtida com as crianças deitadas em superfície lisa e a altura das crianças maiores de 2 anos deverá ser medida com a criança em pé.

SAIBA MAIS!

Acompanhe no link a seguir os gráficos de acompanhamento do crescimento: Caderneta de Saúde da Criança: menino: passaporte da cidadania. 8.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 96 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf.

3.3 Desvios do crescimento da criança

Nem todas as crianças que você irá avaliar irão se manter nos padrões de crescimento estabelecidos pelas curvas. A seguir, serão apresentadas algumas considerações sobre o manejo de situações de desvio no crescimento da criança com até 5 anos de idade.

- **Sobrepeso ou obesidade:** verifique a existência de erros alimentares, identifique a dieta da família e oriente a mãe ou o cuidador a administrar à criança uma alimentação mais adequada, de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável. Averigue as atividades de lazer das crianças, como o tempo em frente à televisão, ao videogame e ao computador estimulando-as a realizar passeios, caminhadas, andar de bicicleta, praticar jogos com bola e outras brincadeiras que aumentem a atividade física. Avalie a criança com auxílio da equipe multiprofissional do Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), se essa possibilidade estiver disponível, para melhor construção do projeto terapêutico. Realize a avaliação clínica da criança.

- Magreza ou peso baixo para a idade - crianças abaixo de 2 anos: investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame. Oriente a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade. Se a criança não ganhar peso, acompanhe a criança com a equipe da unidade e equipe do Nascf, se essa possibilidade estiver disponível, para traçar melhor projeto terapêutico singular. Oriente o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.
- Magreza ou peso baixo para a idade - crianças acima de 2 anos: investigue possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, para as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene. Trate as intercorrências clínicas, se houver. Solicite o acompanhamento da criança no Nascf, se essa possibilidade estiver disponível. Encaminhe a criança para o serviço social, se isso for necessário. Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

SAIBA MAIS!

Para mais orientações sobre a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde, acesse:

http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.

4 DESENVOLVIMENTO

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 (BARROS; VICTORIA, 2008).

Identificar alterações no desenvolvimento infantil é fundamental para intervenção precoce e dessa forma proporcionar um manejo adequado para cada uma das situações citadas abaixo:

- Atraso no desenvolvimento da fala;
- Dificuldade no aprendizado;
- Tendência ao isolamento social;
- Alterações relacionais;
- Agressividade, entre outros.

Vejamos abaixo os marcos do desenvolvimento infantil:

MARCO DE DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
Postura: barriga para cima, braços e pernas fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança na expressão facial.
Reage ao som	Bata palma ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança na expressão facial.
Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruços e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem se virar para um dos lados.
Sorriso social quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela corresponde com um sorriso.

Abre as mãos	Observe se em alguns momentos as crianças abrem as mãos espontaneamente.
Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee etc.). Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa.
Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.
Resposta ativa ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons, como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe/cuidador o faça.
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar os objetos pelo menos por alguns segundos.
De bruços, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção à frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando a atenção para ele. Observe se ela tenta alcançá-lo.
Leva objetos à boca	Coloque um objeto na mão da criança e observe se ela o leva à boca.
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.
Muda de posição ativamente (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a virar para a posição de bruços.
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo
Transfere objetos de uma mão para a outra	Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela o transfere de uma mão para a outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para a outra mão.
Duplica sílabas	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para ela segurar e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança, como bater palmas ou dar tchau, e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la.

Faz pinça	Coloque próximo à criança uma jujuba ou uma bolinha de papel. Chame a atenção da criança para que ela a pegue. Observe se, ao pegá-la, ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.
Produce "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe/cuidador (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

4.1 Aspectos gerais do desenvolvimento

É importante compreender que cada criança possui um ritmo e uma velocidade de desenvolvimento, no entanto os limites devem ser observados de acordo com a faixa etária. Acompanhe abaixo os principais aspectos no desenvolvimento da criança até os 12 meses:

➤ De 15 dias a 2 meses::

- Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.
- Reflexos:
 - Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês.
 - Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês.
 - Reflexo cutâneo plantar: a partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica.
 - Reflexo de Moro: deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês.
 - Reflexo tônico-cervical: a atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.

- Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
- Entre 2 e 3 meses: sorriso social.
- De 3 a 5 meses
 - Entre 2 e 3 meses: sorriso social.
 - Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
 - Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros.
 - Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
 - Aos 4 meses: prensão voluntária das mãos.
 - Entre 4 e 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.
- De 6 a 8 meses
 - Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de “permanência do objeto**”.
 - A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio.
 - Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha.
 - Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.

*Noção de permanência do objeto: capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo. Em torno de 1 ano de idade, esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês.

- De 9 a 11 meses
 - Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio.
 - Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
- 12 meses
 - Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho.
 - Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.

Ao serem observadas falhas no alcance de algum marco do desenvolvimento para a idade, faça uma investigação da situação ambiental, da relação com a mãe e demais familiares dessa criança. Se há persistência do atraso por mais de duas consultas consecutivas, há necessidade de encaminhar a criança para um serviço de referência (BRASIL, 2012).

4.2 Aspectos peculiares do desenvolvimento

Acompanhe os aspectos do desenvolvimento peculiares ao período de 15 meses a 10 anos:

Quadro 1 – Aspectos do desenvolvimento da criança de 15 meses a 10 anos.

ÉPOCA DAS CONSULTAS MÍNIMAS PRECONIZADAS PELO SSC	ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 15 MESES A 10 ANOS
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz o seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e ensiná-lo usar o penico.
De 4 a 6 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa).
De 7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, “fechando” algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

FIQUE ATENTO!

Crianças nascidas prematuras devem ter seu marco de desenvolvimento e curvas de crescimentos avaliados de acordo com sua idade gestacional corrigida até o segundo ano de vida. Relembre como corrigir a data gestacional.

A idade de todo prematuro deve ser corrigida para o termo, sendo considerado o feto de 40 semanas, por exemplo: um bebê nascido com 35 semanas e com 2 meses de vida - sua idade cronológica é 2 meses, mas sua idade corrigida é de 3 semanas (2 meses = 8 semanas; faltavam 5 semanas para completar 40, restaram 3 semanas).

4.3 Dificuldades no desenvolvimento

A manifestação de dificuldades no desenvolvimento é muito variável e pode ser de ordem mental, física, auditiva, visual ou relacional.

Há algumas orientações do Ministério da Saúde para a tomada de decisões, referentes à avaliação do desenvolvimento da criança. Clique na tabela abaixo e observe-as (BRASIL, 2013a).

DADOS DE AVALIAÇÃO	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	CONDUTA
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: menino: passaporte da cidadania. 8.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf.

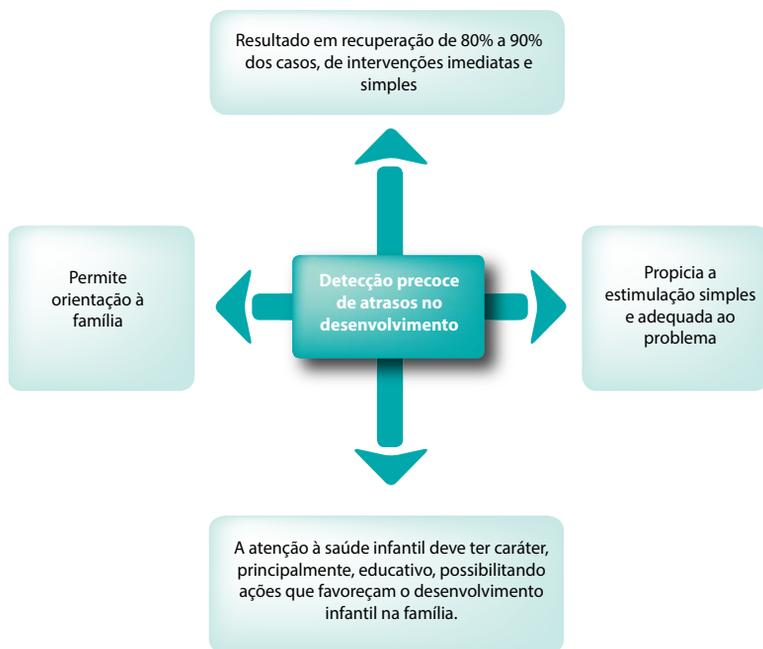
SAIBA MAIS!

Recomenda-se a leitura do manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Disponível no link: <http://goo.gl/lnqYRy>.

O tratamento de uma criança com distúrbio do desenvolvimento poderá ser individualizado ou ser feito em grupo e depende muito de sua complexidade.

Dessa forma, o adequado manejo poderá variar, compreendendo orientações aos pais sobre a importância da relação familiar, o desenvolvimento da criança e a maneira como eles lidam com isso. De igual forma, pode ocorrer por intermédio da interação dos pais com a criança nos casos de falta de estímulo. Também pode haver a necessidade de exames complementares e tratamento imediato de doenças associadas, como a toxoplasmose ou o hipotireoidismo congênito.

O tratamento funcional deve ser instituído a todos os casos independentemente da etiologia. Inúmeras experiências demonstram que a estimulação nos primeiros anos de vida, para crianças com atraso no desenvolvimento já estabelecido ou naquelas com risco de atraso, melhora seu desempenho, devendo, portanto, seu início ser incentivado o mais precocemente possível (OPAS, 2005; MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003; HALPERN et al., 2000).



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

SAIBA MAIS:

Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AI-DPI. Disponível no link: <http://goo.gl/O3LiRH>.

5 VACINAÇÃO

Na Atenção Básica à Saúde, a imunização está entre as ações mais eficientes, fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância (BRASIL, 2012).

Acompanhe abaixo o Calendário de Vacinação Nacional.

Figura 1 – Calendário Nacional de Vacinação.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO												
Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIV e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre amarela	Tríplice viral	Tetra viral	Dupla adulto
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer									
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose					
	3 meses							1ª dose				
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose					
	5 meses							2ª dose				
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VIP)	3ª dose						
	9 meses								Dose Inicial			
	12 meses					Reforço				Dose única		
	12 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço			Dose única	
	4 anos			2º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)							
Adolescente	10 a 19 anos								Dose a cada 10 anos	2 doses(1)		Reforço a cada 10 anos

(1) Se não recebido o esquema completo na infância.

(2) Deverá ser avaliado o benefício/risco da vacinação para indivíduos com 60 anos ou mais que receberão a vacinação febre amarela pela primeira vez.

(3) Respeitar esquemas anteriores.

Fonte: portaria GM/MS nº 1.498, de 19 de julho de 2013.

- A vacinação contra o Papiloma Virus Humano (HPV), usada na prevenção de colo do útero, passar a ser ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 10 de março, para meninas de 11 a 13 anos. Com administração de três doses; 0, 6 meses e 5 anos.

Essa forma de apresentação conjunta das vacinas possibilita maximizar a eficiência e o custo-efetividade do Programa Nacional de Imunização (PNI), trazendo benefícios como (BRASIL, 2012):

- Facilidade de administração;
- Redução da dor e do medo das crianças;
- Diminuição do número de idas aos serviços de saúde, contribuindo para o alcance elevado das coberturas vacinais.

6 ALIMENTAÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO

6.1 Alimentação saudável

O Ministério da Saúde preconiza os principais pontos sobre a alimentação saudável da criança conforme faixa etária (BRASIL, 2013b) :

Dez passos para crianças menores de 2 anos

1. Dar somente leite materno (LM) até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
2. A partir de 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, com LM até 2 anos.
3. Após 6 meses, dar alimentação complementar (AC) três vezes ao dia se receber LM, e cinco vezes se estiver desmamada.
4. A AC deve ser oferecida sem rigidez de horário, respeitando a vontade da criança.
5. A AC deve ser espessa e oferecida de colher; com aumento gradativo da consistência.
6. Oferecer diferentes alimentos ao longo do dia, com uma alimentação variada e colorida.
7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas. Usar sal com moderação.
9. Cuidar da higiene no preparo do manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Dez passos para crianças maiores de 2 anos

1. Aumente e varie o consumo de verduras, legumes e ofereça-os em cinco porções diárias.
2. Ofereça feijão pelo menos uma vez por dia, no mínimo quatro vezes por semana.
3. Alimentos gordurosos devem ser evitados, podendo ser ofertados no máximo uma vez por semana.
4. Modere o uso do sal.
5. Procure oferecer pelo menos três refeições e dois lanches por dia.
6. Doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar devem ser evitados.
7. Evite o consumo diário de refrigerantes.
8. Para que a criança aprecie a sua refeição, ela deve comer devagar e mastigar bem os alimentos.
9. Mantenha o peso de seu filho dentro dos limites saudáveis para a idade.
10. Estimule seu filho para que seja ativo. Não deixe-o passar muitas horas assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador.

6.2 Suplementação

Com o objetivo de garantir a melhoria da disponibilidade, o acesso e prevenir o aparecimento da deficiência de vitamina A e deficiência de ferro, o Ministério da Saúde implementou programas que constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle e redução da anemia e hipovitaminose A. Tais programas são conhecidos como: Programa Nacional de Suplementação de Ferro e Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (BRASIL, 2013b ; BRASIL, 2013c).



Destacamos a importância do registro da informação de suplementação de ferro e vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança, conforme mostra a imagem abaixo:

Quadro 2 – Registro sobre a suplementação de ferro e vitamina A.

Ferro

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu suplementação de ferro e a assinatura de quem ofereceu.

Ferro (6 a 24 meses)	Data da entrega	1	Data da entrega	2	Data da entrega	3
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	
	Data da entrega	4	Data da entrega	5	Data da entrega	6
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	

Vitamina A

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura de quem ofereceu.

Vitamina A (6 a 59 meses)	Data da entrega	1	Data da entrega	2	Data da entrega	3
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	
	Data da entrega	4	Data da entrega	5	Data da entrega	6
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	
	Data da entrega	7	Data da entrega	8	Data da entrega	9
	Assinatura		Assinatura		Assinatura	

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://goo.gl/dJbhlP>.

SAIBA MAIS!

Aprofunde seus conhecimentos sobre suplementação nutricional.

Acesse:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível no link: <http://goo.gl/4i7Am5>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível no link: <http://goo.gl/fvtsvj>.

7 RASTREAMENTO EM SAÚDE DA CRIANÇA

Acompanhe nos infográficos abaixo informações sobre as principais ações que proporcionam a realização de atividades de rastreamento de doenças na criança:

TESTE DA ORELHINHA

O teste da orelhinha é um teste de rastreamento preciso e conduz à identificação precoce e tratamento da perda auditiva nas crianças. Todos os infantes devem ser rastreados antes de completar o primeiro mês de vida; idealmente na própria maternidade, antes da alta. O ideal é que o bebê passe pelo exame nas primeiras horas de vida.

COMO É FEITO?

O processo de rastreamento inclui emissão otocústica seguida de resposta auditiva de tronco cerebral.

O QUE FAZER QUANDO ALTERADO?

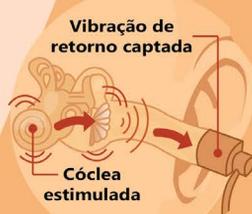
Aqueles recém-nascidos cujo teste for positivo por meio do rastreamento devem ser submetidos à avaliação médica e fonoaudiológica antes dos 3 meses de idade para confirmação diagnóstica.

ONDE REGISTRAR?

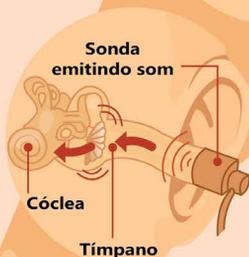
Recomenda-se realizar o registro do resultado na Caderneta de Saúde da Criança.



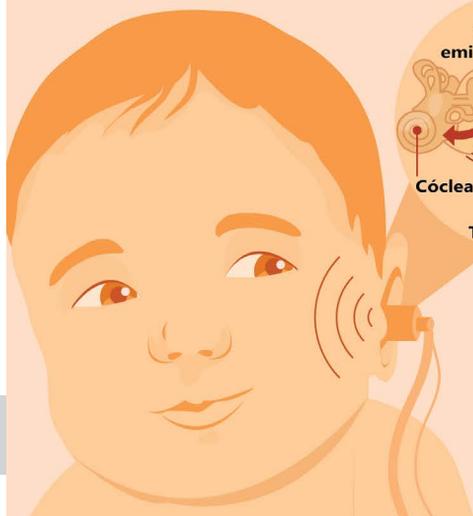
Mas se a sonda não capta a vibração de retorno, existe alteração auditiva e o bebê precisará fazer outros exames.



Estimulada, a cóclea vibra. O som faz o caminho de volta e o microfone capta a vibração. O bebê não tem problemas.



O som emitido (semelhante a um clique) vibra no tímpano, passando pelo ouvido médio, até chegar à orelha interna (cóclea).



TESTE DO OLHINHO

Assim como existe, e já é habitual, o teste do pezinho para detectar doenças genéticas, existe também o teste do olhinho para avaliar a existência de patologias oculares que podem comprometer o desenvolvimento da visão.

O teste do olhinho ou teste do reflexo vermelho (triagem neonatal ocular) é realizado antes da alta hospitalar e reforçado durante dois primeiros anos de vida do bebê.

COMO É FEITO

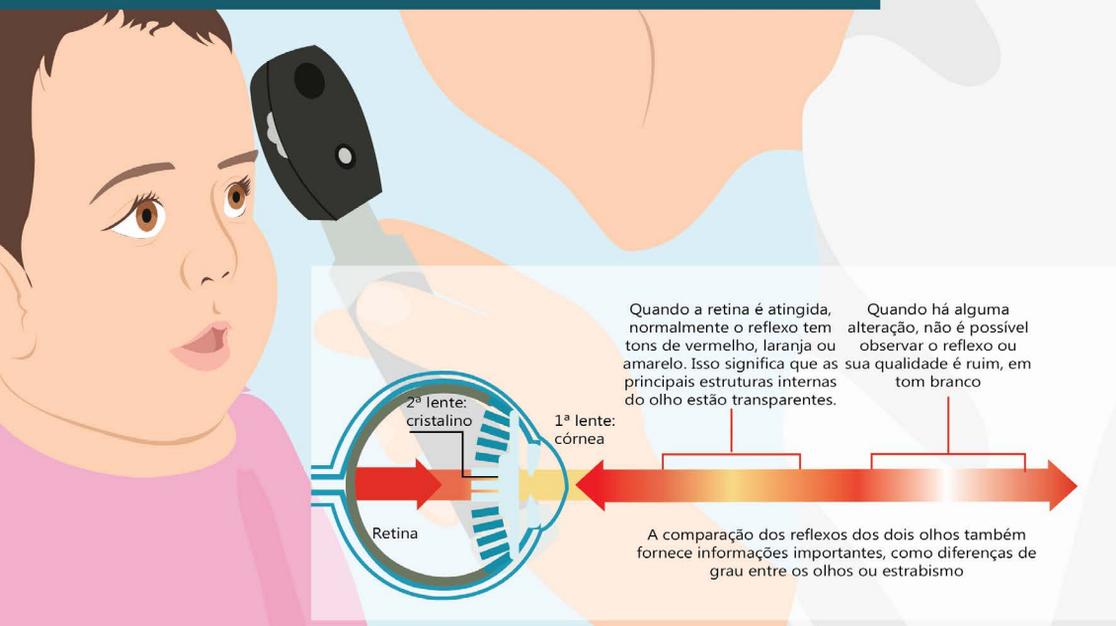
O médico incide um foco de luz emitido por um oftalmoscópio no olho do bebê para se observar o reflexo que vem das pupilas.

DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS

Esse teste é capaz de identificar, logo nas primeiras horas após o nascimento, problemas oculares que podem prejudicar o desenvolvimento da visão, retinopatia da prematuridade, como catarata infantil, glaucoma, infecção ou tumor intraocular (retinoblastoma), traumas de parto, descolamento de retina ou malformações oculares e até mesmo cegueira.

ONDE REGISTRAR?

Recomenda-se realizar o registro do resultado na Caderneta de Saúde da Criança.



TESTE DO CORAÇÃOZINHO

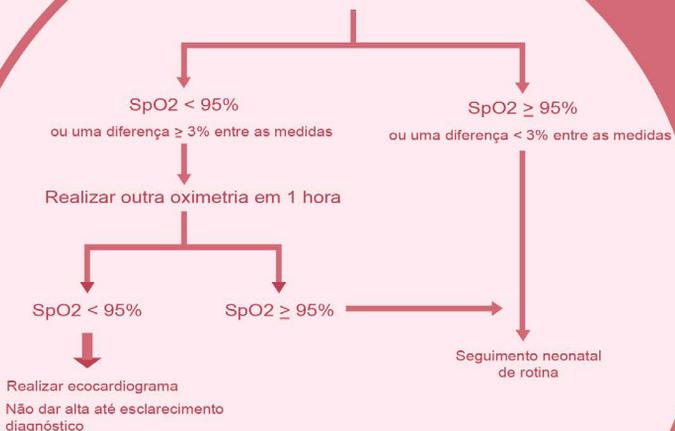
(oximetria de pulso)

Trata-se de um exame simples, indolor, rápido, que deve fazer parte da triagem de rotina de todos os recém-nascidos, feito em bebês com até 48 horas de vida, pois é importante para o diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica.

COMO SE FAZ?

Realizar a aferição da oximetria de pulso, em todo recém-nascido, aparentemente saudável com idade gestacional > 36 semanas, antes da alta da Unidade Neonatal.

COMO INTERPRETAR?



O Ministério da Saúde sinalizou a implantação de ações para que o teste do coraçãozinho seja instituído em todas as maternidades do país, no entanto ele ainda não está disponível em todos os estabelecimentos de saúde.

TESTE DO PEZINHO



O QUE É?

Habitualmente como "teste do pezinho", a triagem neonatal sanguínea é uma ação preventiva que busca identificar diversas doenças congênitas e infecciosas, possibilitando seu tratamento precoce e específico (BRASIL, 2012).



DIAGNÓSTICO

É possível realizar os seguintes diagnósticos: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística.



PROCEDIMENTO

A coleta do material para análise não deve ser inferior a 48 horas de alimentação proteica (amamentação), sendo o ideal entre o 3º e o 7º dia de vida.

As gestantes devem ser orientadas sobre a importância do teste do pezinho e a procurar as UBS ou outros serviços para sua realização.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf.

Antes da alta hospitalar ainda na maternidade, o RN deve ter realizado o teste de triagem auditiva e o teste de triagem ocular. A mãe deve ser orientada para a coleta do material para o teste do pezinho na UBS.

O rastreamento para detecção de ambliopia, estrabismo e acuidade visual é realizado em crianças menores de 5 anos. Orienta-se que nas visitas de rotina, a criança faça exame e avaliação da visão, de acordo com a idade, por meio da inspeção externa do olho e das pálpebras, verificação da mobilidade ocular, pupilas, reflexo do olho vermelho, (este realizado com oftalmoscópio), avaliação de estrabismo por meio do teste de Hirschberg e do teste de cobertura alternada e a avaliação da acuidade visual por meio do Snellen (BRASIL, 2010).

SAIBA MAIS!

A publicação Cadernos de Atenção Primária n. 29, traz muitas informações sobre rastreamento. Acesse: <http://goo.gl/RahYI9>.

7.1 Vigiando a pressão arterial (PA)

A aferição da PA em crianças deve ser realizada a partir dos 3 anos de idade nas consultas de rotina. Sugere-se que se faça uma medida aos 3 anos e outra no início da idade escolar (aos 6 anos) (BRASIL, 2013a).

Os manguitos pediátricos são padronizados em três larguras (5, 7 e 9 cm), que se referem à parte da borracha inflável. O manguito apropriado deve:

- Cobrir de 80% - 100% da circunferência do braço.
- Ter largura correspondente à 40% da circunferência do braço, no ponto médio entre o acrômio e o olécrano.
- Cobrir aproximadamente 75% da altura do braço entre o acrômio e o olécrano, deixando espaço livre na fossa cubital (para colocar o estetoscópio) e na parte superior, para prevenir obstrução da axila (BRASIL, 2013a).

A aferição da PA deve ser feita no braço direito, com a criança sentada e com as costas apoiadas, os pés no chão e a fossa cubital direita elevada, no nível do coração. Em lactantes, a aferição da PA deve ser feita com a criança deitada.

IMPORTANTE!

Quando não existir o manguito ideal para o tamanho da criança, deve-se escolher sempre o tamanho imediatamente superior, porque o manguito pequeno pode resultar em uma PA artificialmente elevada.

SAIBA MAIS!

Existem tabelas de PA com os valores normais de acordo com a idade, sexo e altura das crianças, que são encontradas no: **Cadernos de Atenção Básica nº.33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde – Brasília, DF, 2012. Disponível no link: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf.

Na Caderneta de Saúde da Criança há uma espaço específico para o registro da PA em crianças.

7.2 Peculiaridades das consultas na criança

Acompanhe abaixo as peculiaridades das sete consultas até o primeiro ano de vida (LEITE; NESVES FILHO; AMARAL,[sd]; BRASIL, 2012):

1ª consulta – 1ª semana

- Aspectos iniciais: parabenizar a mãe. Disponibilizar Caderneta da Criança. Realizar teste de rastreamento (teste do pezinho, teste do ouvidinho e teste da orelhinha). Realizar anamnese e exame físico minucioso. Realizar registro dos parâmetros de crescimento, desenvolvimento e vacinação. Agendar retorno com 1 mês de vida do bebê.

- Imunização: vacina BCG e hepatite. Orientar vacinação com 2 meses.
- Marco do desenvolvimento: observe reflexos arcaicos (sucção, preensão palmo-plantar e Moro).
- Alimentação: aleitamento materno exclusivo.
- Orientações aos pais: banhos de sol, lavagem das mãos e suplementação de ferro para a puérpera.

2ª consulta - 1º mês

- Aspectos iniciais: realizar registro dos parâmetros de crescimento, desenvolvimento, vacinação, rastreamento. Agendar retorno com 2 meses de vida do bebê.
- Imunização: orientar a mãe quanto à importância da vacinação nos 2 meses de vida do bebê.
- Marco do desenvolvimento: é capaz de erguer a cabeça. Percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
- Alimentação: aleitamento materno exclusivo.
- Orientações aos pais: banhos de sol, cuidado com o bebê, suplementação de ferro para a puérpera.

3ª consulta - 2º mês

- Aspectos iniciais: realizar registro dos parâmetros de crescimento, desenvolvimento e vacinação. Agendar retorno no 4º mês de vida do bebê.
- Imunização: vacina Pentavalente, Vip, Pneumo 10, Rotavírus. Orientar vacina no 3º mês de vida.
- Marco do desenvolvimento: sorriso social, emite sons guturais/ balbúcia e quando de bruços, levanta a cabeça (45º); segue com os olhos.

- Alimentação: aleitamento materno exclusivo.
- Orientações aos pais: banhos de sol, cuidados com o bebê e suplementação de ferro para a puérpera.

4ª consulta - 4º mês

- Aspectos iniciais: realizar registro dos parâmetros de crescimento, desenvolvimento e vacinação. Agendar retorno no 6º mês de vida do bebê.
- Imunização: Pentavalente, Vip, Pneumo 10, Rotavírus. Orientar vacina no 5º mês de vida.
- Marco do desenvolvimento: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.
- Alimentação: aleitamento materno exclusivo.
- Orientações aos pais: orientações quanto à prevenção das doenças prevalentes na infância.

5ª consulta - 6º mês

- Aspectos iniciais: realizar registro dos parâmetros antropométricos, desenvolvimento, vacinação e suplementação. Agendar retorno no 9º mês de vida do bebê.
- Imunização: Pentavalente, Vop, Pneumo 10. Orientar vacinação com 9 meses.
- Marco do desenvolvimento: inicia-se a noção de "permanência do objeto". Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha.
- Alimentação: aleitamento materno + alimentação complementar.
- Orientações aos pais: iniciar com suplementação (sulfato de ferro e vitamina A para o bebê). Orientações quanto ao início da alimentação complementar.

6ª consulta - 9º mês

- Aspectos iniciais: realizar registro dos parâmetros antropométricos, desenvolvimento, vacinação e suplementação. Agendar retorno no 12º mês de vida do bebê.
- Imunização: vacina contra febre amarela. Orientar vacinação com 12 meses.
- Marco do desenvolvimento: entre 9 meses e 1 ano o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês o bebê fica em pé sem apoio.
- Alimentação: aleitamento materno + alimentação complementar.
- Orientações aos pais: prevenção acidentes e suplementação para o bebê.

7ª consulta - 12º mês

- Aspectos iniciais: realizar registro dos parâmetros antropométricos, desenvolvimento, vacinação e suplementação. Agendar retorno com 18º mês de vida do bebê.
- Imunização: vacina Pneumo 10 e tríplice viral. Orientar vacinação com 15 meses.
- Marco do desenvolvimento: entre 1 ano e 6 meses o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
- Alimentação: aleitamento materno + alimentação complementar.
- Orientações aos pais: prevenção de acidentes e suplementação para o bebê.

A puericultura preocupa-se com o acompanhamento longitudinal da criança. A ESF é o melhor local para realizar este acompanhamento, pois possibilita um enfoque amplo das ações, tendo um caráter multidisciplinar, preventivo e integral.

7.3 Prevenindo acidentes

À medida que a criança vai crescendo, faz parte do seu desenvolvimento a curiosidade; movimentar-se em busca de novas descobertas passa a ser constante no seu dia a dia, o que aumenta o risco de sofrer acidentes. Acompanhe abaixo algumas recomendações que ajudam na prevenção de acidentes:

Acidentes de Trânsito	
0 a 6 meses	O código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que a criança, nesta idade, deve ser transportada no bebê conforto ou conversível – cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante.
6 meses a 1 ano	O Código de Trânsito Brasileiro determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no bebê-conforto ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).
1 a 2 anos	O CTB determina que nessa fase a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme orientação do fabricante.
2 a 4 anos	No carro, a criança deve usar a cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme orientações do fabricante.
4 a 6 anos	O CTB determina que, no carro, a criança deve usar os assentos elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, e ser conduzido sempre no banco traseiro.
6 a 10 anos	O CTB determina que, a criança, no carro, após os 7 anos e meio pode usar apenas o cinto de segurança de três pontos no banco de trás. Só é permitido, por lei, sentar no banco da frente a partir dos 10 anos e com cinto de segurança.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

Atropelamento

1 a 2 anos	Saindo de casa, segure a criança pelo pulso, evitando assim que ela se solte e corra em direção à rodovia. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e próximo à rodovia); escolha lugares seguros (parques, praças e outros).
2 a 4 anos	Na rua, segure a criança pelo pulso, evitando assim que ela se solte e corra em direção à rodovia; não permita que a criança brinque ou corra em locais com fluxo de veículos (garagem e próximo à rodovia). Escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros).
4 a 6 anos	Na rua, segure a criança pelo pulso, evitando assim que ela se solte e corra em direção à rodovia. Escolha lugares seguros para a criança brincar e andar de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros).

Afogamento

0 a 6 meses	Nunca deixe a criança sozinha na banheira.
6 meses a 1 ano	Não deixe a criança sozinha perto de baldes, tanques, poços e piscinas.
4 a 6 anos	A criança não deve nadar sozinha, ensine-a a nadar; não é seguro deixar crianças sozinhas em piscinas, lagos, rios ou mar, mesmo que elas saibam nadar.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

Quedas

0 a 6 meses	Proteja o berço e o cercado com grandes altas, com no máximo 6 cm entre elas; não deixe a criança sozinha em cima de móveis nem sob os cuidados de outra criança.
6 meses a 1 ano	Coloque redes de proteção ou grades nas janelas que possam ser abertas; ponha barreiras de proteção nas escadas; certifique-se que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar que ele caia e machuque a criança.
1 a 2 anos	Coloque barreira de proteção nas escadas e janelas; proteja os cantos dos móveis.
6 a 10 anos	Nunca deixe a criança brincar em lajes que não tenham grade de proteção; ao andar de bicicleta, a criança deve usar capacete de proteção e não circular em ruas que transitam veículos.

Queimaduras

0 a 6 meses	No banho, verifique a temperatura da água (ideal 37°C); não tome líquidos quentes nem fume enquanto estiver com a criança no colo.
6 meses a 1 ano	Cerque o fogão com uma grade; use as bocas de trás; deixe os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão; mantenha a criança longe do fogo, aquecedor e ferro elétrico.
4 a 6 anos	Crianças não devem brincar com fogo; evite que usem fósforo e álcool; mantenha-as longe de arma de fogo.
6 a 10 anos	Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifícios.

Sufocação

0 a 6 meses	Nunca use talco; ajuste o lençol do colchão, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros; utilize brinquedos grandes e inquebráveis.
6 meses a 1 ano	Afaste da criança sacos plásticos, cordões e fios. Tomar cuidado com cobertores e travesseiros no berço. Como o bebê costuma levar tudo à boca, os brinquedos e outros objetos não devem ser tão pequenos a ponto dele poder engoli-los.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

Atitudes simples com supervisão contínua podem evitar acidentes fatais ou com sequelas, comprometendo as outras fases do ciclo de vida.

Considerações finais

Esta unidade reuniu informações importantes acerca das ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no âmbito da Atenção Básica, abordando desde cuidados com o recém-nascido, a avaliação do crescimento e as etapas do desenvolvimento normal. A sistematização de diversas informações pode contribuir consideravelmente para sua prática de trabalho.

Esperamos que este estudo tenha contribuído para fundamentar ainda mais as suas ações no acompanhamento e avaliação da saúde da criança.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Claudia Regina Lindgren et al. **Atenção à saúde da criança**. Belo Horizonte: SAS, DNAS, 2004. 224 p. Disponível em: <http://goo.gl/VKUCc3>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- BARROS, Fernando C.; VICTORA, Cesar G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <http://goo.gl/DbWWVQ>. Acesso em: 01 abr. 2014.
- BLANK, D.; ECKERT, G. **Pediatria ambulatorial**: elementos básicos e promoção da saúde. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: passaporte da cidadania. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Caderneta de Saúde da Criança). Disponível em: < <http://goo.gl/Nb8D59>>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- _____. _____. **Caderneta de Saúde da Criança**: menino: passaporte da cidadania. 8.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p. Disponível em: <http://goo.gl/p67YUo>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- _____. _____. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_vitamina.pdf. Acesso em: 26 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://goo.gl/8a9wV9>. Acesso em: 26 mar. 2014.

____. _____. _____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://goo.gl/tKgSeV>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

____. _____. _____. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < <http://goo.gl/TbWYrT>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

____. _____. _____. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29). Disponível em: <http://goo.gl/qlzJie>. Acesso em: 26 mar. 2014.

____. _____. _____. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

CURSINO, Emília Gallindo; FUJIMORI, Elizabeth. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 676-80, dez. 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a21.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Artmed, 2013. 1600 p.

GENIOLE, Leika Aparecida Ishiyama et al. **Assistência multidisciplinar à saúde**. Campo Grande, MS: UFMS; Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 198 p. v. 1. Disponível em: <<http://goo.gl/9u9mZH>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

HALPERN, R. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; NEVES FILHO, Almir Castro; AMARAL, João Joaquim Freitas do. **Guia da consulta da criança**. [sd]. Disponível em: <http://goo.gl/6Rfbjz>.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003. Suplemento.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington, 2005.

PACHECO, Germano Augusto Alves et al. Puericultura em crianças de 0 a 1 ano em Estratégia Saúde da Família em Cuiabá – Mato Grosso. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 3., 2012, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2012, p. 82. Disponível em: <http://goo.gl/F7edtb>. Acesso em: 25 mar. 2014.

RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N.; DEL CIAMPO, L. A. **Puericultura**: temas de pediatria 80. São Paulo: Nestlé, 2005.

UFRGS. Faculdade de Medicina. **Anamnese pediátrica**. 2014. 4f. Disponível em: < http://www.ufrgs.br/pediatria/z5_files/Padrao_Anamnese.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.