

MÓDULO 6 • UNIDADE 1

PROVAB

ENFERMEIRO

**A SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 6 • UNIDADE 1

PROVAB ENFERMEIRO

**A SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**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 Pedagógica - Deborah de Castro e Lima Baesse

Coordenação de Tecnologias e Hiperfídias - Rômulo Martins França

Gerente Administrativo - Eurides Florindo de Castro Junior

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís - MA. CEP: 65020-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

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

REVISÃO TÉCNICA

Aracy Santos
Claudio Vanucci Silva de Freitas
Ermita Val Rafael
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex
João Carlos Raposo Moreira

REVISÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse
Paola Trindade Garcia

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

A Saúde da criança e a Saúde da Família: crescimento e desenvolvimento e a assistência de Enfermagem/Dayana Dourado de Oliveira Costa; Edeane Rodrigues Cunha; Luana Raronine Cordeiro Castro; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2014.

39f. : il.

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Santos, Aracy. II. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. III. Rafael, Ermita Val. IV. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. V.Título.

CDU 613.9-053.2

APRESENTAÇÃO

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

A assistência de enfermagem representa uma força de trabalho extremamente importante na atenção básica. Desse modo o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve fazer parte da rotina de trabalho da equipe e as ações pautadas nas condutas de enfermagem se mostram eficientes para melhoria das condições de saúde da criança.

SUMÁRIO

	UNIDADE 1	7
1	ATENÇÃO BÁSICA E AS AÇÕES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE VOLTADAS AO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	7
1.1	Puericultura	9
1.2	Primeira consulta do RN	11
1.2.1	Anamnese.....	12
1.2.2	Exame físico	12
1.2.3	Avaliações e orientações	13
2	ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	19
2.1	Crescimento.....	20
2.1.1	Condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde para algumas situações de desvio do crescimento.....	25
2.2	Desenvolvimento	26
2.2.1	Etapas do desenvolvimento	28
	REFERÊNCIAS	35

UNIDADE 1

1 ATENÇÃO BÁSICA E AS AÇÕES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE VOLTADAS AO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Crescer e desenvolver-se bem significam o atendimento adequado e oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais que a criança requer. Dessa maneira, o crescimento e o desenvolvimento são indicadores muito sensíveis da qualidade de vida de uma população e da organização dos serviços de saúde (ALVES; MOULIN, 2008).

Tendo em vista o atendimento integral à saúde da criança, faz-se necessário promover seu acompanhamento no que concerne ao crescimento e desenvolvimento saudável, avaliação de riscos ambientais, socioeconômicos, nutricionais e biológicos, a fim de prevenir o adoecimento, identificar os mais vulneráveis e evitar hospitalizações. A possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais da atenção básica em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem entendidas e acompanhadas (STARFIELD, 2002).

Considerando as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, seis linhas de cuidado se apresentam como prioritárias nas ações de saúde dirigidas à atenção à saúde da criança (BRASIL, 2004):

- 1 - Promoção do nascimento saudável;
- 2 - Acompanhamento do recém-nascido (RN) de risco;
- 3 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização;
- 4 - Promoção do aleitamento materno e alimentação saudável;
- 5 - Atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais;
- 6 - Abordagem das doenças respiratórias e infecciosas.

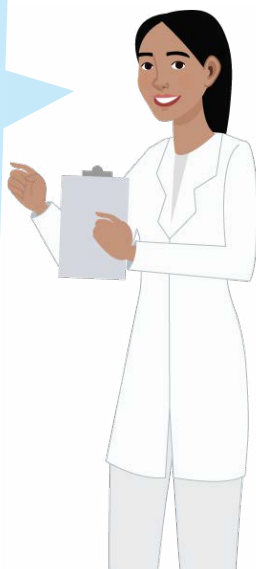
SAIBA MAIS!

Consulte a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* e conheça as ações imprescindíveis que devem ser adotadas pelas unidades de saúde para a oferta de assistência integral à saúde da criança com foco na redução da mortalidade infantil. Na agenda, você vai encontrar o que não pode deixar de ser feito nas unidades básicas de saúde nas principais linhas de cuidado da atenção. A organização da atenção por meio das linhas de cuidado representa uma estratégia para garantir continuidade ao cuidado, de modo a permitir a articulação das ações de saúde. O desenho das linhas de cuidado coloca-se como possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção à saúde e garantia do cuidado integral, desde as ações de promoção até as ações de tratamento e reabilitação, com referência e contrarreferência responsável até a recuperação completa do indivíduo (BRASIL, 2004).

Acesse: <http://goo.gl/iOpp9j>.

REFLITA COMIGO!

Como sua equipe de saúde se organiza para realizar ações de atenção integral à saúde da criança? Quais ações tem realizado? Quem são os responsáveis? Como é a adesão das famílias? Qual tem sido o impacto dessas ações na saúde das crianças?



1.1 Puericultura

O acompanhamento periódico das crianças para avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, imunizações, amamentação, introdução da alimentação complementar, higiene, identificação precoce dos agravos e, também, orientação às mães sobre prevenção de acidentes, é sistematizado pela puericultura (CAMPOS et al., 2011; DEL CIAMPO et al., 2006).

O calendário mínimo de consultas para o acompanhamento de crianças menores de 5 anos que não se encontram em situação de risco está representado no quadro que segue (BRASIL, 2012):

Número de atendimentos/ ano	Idade											
	Dias	Meses								Anos		
	15 dias	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5
1º ano - 7 consultas	X	X	X	X	X	X	X					
2º ano - 2 consultas								X	X			
3º ano - 1 consulta										X		
4º ano - 1 consulta											X	
5º ano - 1 consulta												X

Fonte: Adaptado de: 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://goo.gl/UJrUhw>.

Para as crianças em situação de risco, o intervalo entre os atendimentos pode variar, mas nunca deverá ser superior a 30 dias no primeiro ano de vida.

Para balizar a gestão do atendimento, pode-se considerar dois grupos de risco que demandarão atenção especial da equipe de saúde ou mesmo atendimento especializado:

Grupo I	Grupo II
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mãe com baixa escolaridade; ➤ Mãe adolescente; ➤ Mãe deficiente mental; ➤ Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis com criança negativa para essas doenças; ➤ Morte materna; ➤ História de óbito de menores de 1 ano na família; ➤ Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis; ➤ Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas; ➤ Recém-nascido retido na maternidade; ➤ Desnutrição; ➤ Internação prévia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Baixo peso ao nascer; ➤ Prematuridade; ➤ Desnutrição grave; ➤ Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; ➤ Intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar; ➤ Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados.

Fonte: Adaptado de: ALVES, Cláudia Regina Lindgren; MOULIN, Zeína Soares. **Saúde da criança e do adolescente**: crescimento, desenvolvimento e alimentação. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 111 p. Disponível em: <http://goo.gl/9zyT3a>.

Para que a puericultura aconteça de forma efetiva é fundamental o engajamento multiprofissional no seguimento da criança, por meio da consulta de enfermagem, consulta médica, consulta odontológica, grupos educativos e visitas domiciliares, no contexto da atenção básica.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias das gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir da necessidade evidenciada e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Cabe lembrar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do agente comunitário, pois toda a equipe faz uso dessa prática. Segundo o Ministério da Saúde, a primeira consulta do RN e da puérpera pode ocorrer em domicílio, conduzida pelo médico e/ou enfermeiro. Seus principais objetivos são:

Observar as relações familiares;

Facilitar o acesso ao serviço de saúde;

Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde;

Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho);

Estimular o desenvolvimento da parentalidade;

Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;

Identificar sinais de depressão puerperal;

Promover o aleitamento exclusivo até o 6º mês de vida;

Prevenir lesões não intencionais;

Identificar sinais de perigo à saúde da criança (BRASIL, 2012).

A consulta de enfermagem objetiva prestar assistência sistematizada por meio de planos de cuidado que contribuam para a promoção, proteção e reabilitação da saúde da criança (CAMPOS et al., 2011).

A consulta de enfermagem é privativa do enfermeiro e regulamentada pela Lei nº 7.498/86, que trata do exercício da enfermagem. Outras legislações vêm normatizando a consulta de enfermagem, como a Resolução Cofen/159, que confere obrigatoriedade à realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada (CAMPOS et al., 2011).

1.2 Primeira consulta do RN

O Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta aconteça na primeira semana de vida do RN, pois constitui momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família.

O Ministério da Saúde preconiza a **primeira semana de saúde integral**, que leva em conta a importância de verificar a caderneta de saúde da criança, a identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e a avaliação da saúde da puérpera (BRASIL, 2004).

SAIBA MAIS!

A utilização e o adequado preenchimento da caderneta da criança facilitam a comunicação entre pais e profissionais. Veja a caderneta nos seguintes links: <http://goo.gl/yMOYFC> e <http://goo.gl/6Ob4GE>.

1.2.1 Anamnese

O que deve ser observado na anamnese?

▪ Avaliar condições de nascimento:

1. Tipo de parto;
2. Local do parto;
3. Peso ao nascer;
4. Idade gestacional;
5. Índice de Apgar;
6. Intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados.

▪ Avaliar os antecedentes familiares:

1. Condições de saúde dos pais e irmãos;
2. Número de gestações anteriores;
3. Número de irmãos.

1.2.2 Exame físico

Na primeira consulta de puericultura, deve-se realizar exame físico completo considerando os seguintes tópicos: peso, comprimento e perímetro cefálico; desenvolvimento social e psicoafetivo; estado geral; face; pele; crânio; olhos; orelhas e audição; nariz, boca; pescoço; tórax; abdome; genitália; ânus e reto; sistema osteoarticular; coluna vertebral; avaliação neurológica (BRASIL, 2004).

Para cada tópico do exame, veja as recomendações específicas em *Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*, Ministério da Saúde, 2004. Acesse: <http://goo.gl/aOhpHX>.

1.2.3 Avaliações e orientações

Durante a assistência várias ações são desenvolvidas pelo enfermeiro a fim de propiciar condições adequadas para o pleno desenvolvimento da criança, uma vez que com a realização da consulta de enfermagem cria-se um espaço de análise e previsão da situação de saúde da criança. Abaixo, estão sintetizadas as ações pertinentes à primeira consulta:

❖ **Avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidade**

- Criança residente em área de risco;
- Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500 g);
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto;
- Internações/intercorrências;
- Mãe com menos de 18 anos de idade;
- Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo);
- História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade;
- Aleitamento materno ausente ou não exclusivo;
- Gestação gemelar, malformação congênita, ausência de pré-natal;
- Não realização de vacinas;
- Suspeita de violência;
- Famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas) (BRASIL, 2012).

❖ **Avaliar e orientar os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência**

É de fundamental importância que o profissional de saúde identifique sinais de perigo à saúde da criança e oriente os pais. As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções

bacterianas graves. Em seguida são listados sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência:

- Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar);
- Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere);
- Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar);
- Frequência cardíaca abaixo de 100 bpm;
- Letargia ou inconsciência;
- Respiração rápida (acima de 60 mrm);
- Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual);
- Febre (37,5°C ou mais);
- Hipotermia (menos do que 35,5°C);
- Tiragem subcostal;
- Batimentos de asas do nariz;
- Cianose generalizada ou palidez importante;
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
- Gemidos;
- Fontanela (moleira) abaulada;
- Secreção purulenta do ouvido;
- Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);
- Pústulas na pele (muitas e extensas);
- Irritabilidade ou dor à manipulação (BRASIL, 2012).

❖ **Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo e auxiliar a formação ou fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê**

A criança alimentada exclusivamente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Portanto, o profissional de saúde deve estimular a amamentação, orientando a livre demanda.

A formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê é importante para subsidiar os pais na identificação das necessidades do bebê e, portanto, para estimulá-los a prover os cuidados necessários a ele. É necessário que o profissional de saúde propicie espaço para o esclarecimento de dúvidas e manifestações de sentimentos do cuidador em relação ao bebê (DEMOTT et al., 2006 apud BRASIL, 2012). A interação entre os pais e o seu bebê, assim como de outros familiares com a criança, pode ser estimulada conhecendo-se as competências do bebê.

SAIBA MAIS!

Veja no Caderno Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, capítulo 3, do Ministério da Saúde, mais detalhes sobre as competências do recém-nascido a termo. Acesse: <http://goo.gl/ljOG4n>.

❖ Orientações gerais sobre cuidados com o recém-nascido

- Lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê deve ser orientada em todas as visitas de puericultura, dessa forma se evita a propagação de micro-organismos causadores de doenças respiratórias (JEFFERSON et al., 2007).
- Não permitir que pessoas fumem dentro de casa e que aqueles que acabaram de fumar peguem o bebê no colo.
- O coto umbilical, que geralmente cai nas primeiras duas semanas, deve ser mantido limpo e seco (DEMOTT et al., 2006).
- Orientar sobre a troca de fraldas, a prevenção de assaduras, os hábitos de sono e os diferentes tipos de choro. Evitar o uso de talco, pois contém partículas minúsculas facilmente aspiráveis pelos bebês (BRASIL, 2004).
- Orientar a respeito da posição supina (de “barriga para cima”) para dormir e a sua relação de proteção contra a morte súbita do lactente (BRASIL, 2004).

- Caso se pratique o coleito (quando o bebê é colocado para dormir na cama dos pais), alerte-os que é alto o risco de morte súbita para o bebê, além de lesões não intencionais, ao cair da cama, ao ser prensado ou sufocado por um dos pais, principalmente quando se trata de crianças menores de 4 meses (DEMOTT et al., 2006).
- Existem também boas evidências para o aconselhamento antecipado referente ao choro noturno (CANADIAN..., 2008) e aos diferentes significados do choro: fome, desconforto, dor (BRANCO; FEKETE; RUGOLO, 2006, p. 74). Durante a avaliação de uma criança cujos pais queixam-se de choro excessivo, os seguintes aspectos devem ser avaliados: estado geral da criança, história pré-natal e perinatal, momento de início e duração do choro, tensão no ambiente, hábitos de alimentação, diurese, evacuação, dieta da mãe (se estiver amamentando), refluxo gastroesofágico, história familiar de alergias, resposta dos pais referente ao choro e fatores que aliviam ou agravam o choro (DEMOTT et al., 2006).
- Em relação ao uso de chupetas (“bicos”), atualmente a introdução desse hábito tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos relacionados à saúde bucal (BRASIL, 2009).

❖ **Prevenção de acidentes**

- Orientar sobre a temperatura ideal do banho: 37°C. Não se deve deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água.
- Orientar a família a manter as grades do berço em boa distância (a distância entre as ripas da grade do berço não deve ser superior a 6 cm) (WAKSMAN, 2007 apud BRASIL, 2012).
- Orientar a família a utilizar cobertas leves e travesseiro firme para evitar a sufocação do bebê (DEMOTT et al., 2006).

- Se estiver frio, é preferível agasalhá-lo com maior quantidade de roupas do que cobri-lo com muitas cobertas.
- Oriente os cuidadores a não aquecer o leite materno, a fórmula infantil ou outros líquidos em forno de micro-ondas devido ao risco de escaldamento (DEMOTT et al., 2006). Líquidos aquecidos nesses aparelhos podem ficar mornos na porção mais externa do recipiente, enquanto que no seu interior, principalmente na parte superior, podem estar fervendo (WAKSMAN, 2007 apud BRASIL, 2012).
- O transporte do bebê em automóvel deve ser feito sempre no banco traseiro, em cadeirinha especial para lactente, com cinto de segurança e com a criança posicionada na cadeirinha apropriada de costas para o motorista (AMERICAN..., 2008).
- A criança não deve ser deixada perto de animais, mesmo os animais de casa, pois eles podem ter reações imprevisíveis.

❖ Realização do teste do pezinho

O teste do pezinho permite a detecção logo após o nascimento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e hemoglobinopatias. Essas doenças podem ser tratadas, prevenindo o retardo mental que as duas primeiras podem ocasionar e as infecções e outras complicações que frequentemente podem levar à morte de crianças com hemoglobinopatias. A triagem neonatal deverá ser feita a partir do 3º dia de vida, quando já ocorreu uma ingestão adequada de proteínas, sendo possível analisar com mais segurança o metabolismo da fenilalanina, evitando-se falsos resultados negativos para fenilcetonúria. Embora não seja o ideal, aceita-se que seja coletado até o 30º dia de vida (BRASIL, 2009).

❖ Realização do teste da orelhinha

A *triagem auditiva neonatal* (TAN), mais conhecida como *teste da orelhinha*, consiste em uma avaliação que busca identificar de forma precoce a perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal (BRASIL, 2012). A realização do teste nos recém-nascidos, preferencialmente até o fim do primeiro mês de vida, possibilitará um diagnóstico mais definitivo por volta do 4º e 5º mês, bem como o início da reabilitação até os 6 meses de idade (YOSHINAGA-ITANO, 2003). A Lei Federal Nº 12.303/2010 obriga a realização gratuita do exame de *emissões otoacústicas evocadas* em todos os hospitais e maternidades para as crianças nascidas em suas dependências. Ainda no sentido de detectar alterações auditivas precocemente, o profissional de atenção básica deverá orientar as mães para acompanhar os marcos do desenvolvimento de seus filhos até os 12 meses de vida, de acordo com a caderneta de saúde da criança.

✓ Fatores de risco para perdas auditivas congênitas no período neonatal ou progressivas na infância (BRASIL, 2012)

- História familiar de perda auditiva congênita;
- Permanência na UTI por mais de cinco dias em situação que envolva: circulação extracorpórea, ventilação assistida, exposição a medicamentos ototóxicos e diuréticos de alça, hiperbilirrubinemia com níveis de exsanguineotransfusão e infecções intrauterinas (tais como citomegalovirose, herpes, rubéola, sífilis e toxoplasmose);
- Anomalias craniofaciais;
- Síndromes com perda auditiva sensorineural ou condutiva associadas, entre as quais: Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell e Lange-Nielson;
- Doenças neurodegenerativas, como neuropatias sensoriomotoras, síndrome de Hunter, ataxia de Friedreich e síndrome de Charcot-Marie-Tooth;
- Infecções pós-natais associadas à perda auditiva sensorineural, incluindo meningites bacterianas e virais confirmadas (especialmente herpesvírus e varicela);
- Traumatismos cranioencefálicos (TCE), especialmente fraturas do osso temporal;
- Quimioterapia (AMERICAN..., 2007).

❖ **Orientar calendário de imunizações**

Verifique se o recém-nascido recebeu a primeira dose da vacina contra hepatite B e da BCG na maternidade e se será necessário indicar a aplicação dessas vacinas na unidade de saúde. Veja mais detalhes no tópico específico.

❖ **Combinar calendário de consultas**

Observar os critérios de risco mencionados no início da unidade e combinar as consultas subsequentes. O retorno do bebê não deve ultrapassar o 30º dia de vida.

2 ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Todo contato entre os serviços de saúde e a criança deve ser aproveitado como oportunidade para a análise da sua saúde em caráter integral com foco na promoção da saúde. Por meio da avaliação periódica do ganho ponderal e do progresso individual da criança, é possível identificar aquelas sob maior risco de morbimortalidade, especialmente para subnutrição e obesidade. Portanto, o acompanhamento da criança deve permitir a realização de condutas preventivas e curativas adequadas à fase de vida.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento tem por características sua baixa complexidade tecnológica e sua elevada eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida. Por essas razões, desde que foi implantado como uma ação básica de saúde, vem apresentando impacto surpreendente na morbimortalidade infantil (ALVES; MOULIN, 2008).

REFLITA COMIGO!

Quantas crianças com menos de 12 meses, entre 12 e 24 meses e entre 2 e 5 anos residem na área de cobertura da equipe de saúde da família em que você atua?

Quantas estão sendo acompanhadas regularmente pela equipe de saúde?

Qual seria a necessidade de atendimentos para que a equipe atenda as crianças da sua área de abrangência, conforme o calendário do Ministério da Saúde? E para as crianças em situação de risco, qual seria a proposta?

2.1 Crescimento

Avaliações do crescimento permitem conhecer o estado de bem-estar geral de crianças individualmente, de grupos de crianças ou da comunidade onde vivem. Acompanhar adequadamente crianças desde seu nascimento permite prevenir e identificar desvios do crescimento normal e alertar sobre problemas gerais de saúde (WHO, 1995).

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 (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2012).



Para acompanhar de forma adequada o crescimento de uma criança, é necessário o registro periódico e sistemático do peso no gráfico peso/idade do cartão da criança, no qual devem ser anotadas todas as informações sobre sua história de crescimento e desenvolvimento. Este é considerado o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil (BARROS; VICTORA, 2008).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, os valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS de 2006 devem ser usados para crianças menores de 5 anos, e os valores de referência de 2007 para a faixa etária dos 5 aos 19 anos (BRASIL, 2008).

Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde - OMS

Em 2006, a OMS apresentou o conjunto de novas curvas de crescimento infantil, que representam o crescimento infantil sob condições ambientais adequadas. Esse instrumento representa tecnicamente a melhor descrição existente do crescimento físico para crianças menores de 5 anos de idade (BRASIL, 2012). Sua elaboração foi realizada tomando por base um estudo com amostras de 8.500 crianças saudáveis de quatro continentes. O padrão da OMS deve ser usado para avaliar crianças de qualquer país, independentemente de etnia, condição socioeconômica e tipo de alimentação (BRASIL, 2008). Entretanto, para que uma criança seja classificada dentro de um dos grupos de "desvio nutricional", é necessária a avaliação das características individuais e do meio em que vive, para que seja possível atribuir as causas para a criança estar fora da curva e intervir sobre elas, quando possível.

No ano de 2007, a OMS apresentou as novas curvas de crescimento para as crianças dos 5 aos 19 anos. Foram aplicados os métodos estatísticos mais atuais para o desenvolvimento de referências para crianças pré-escolares (BRASIL, 2012).

A caderneta de saúde da criança utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) os seguintes gráficos:

Perímetro cefálico: de 0 a 2 anos;

Peso para a idade: de 0 a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos;

Comprimento/estatura para a idade: de 0 a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos;

Índice de massa corporal (IMC) para a idade: de 0 a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos.

Veja cada gráfico na caderneta da criança.

Menino - <http://goo.gl/Of5y6x>.

Menina - <http://goo.gl/HDUzti>.

A seguir, os pontos de corte recomendados, conforme as curvas da OMS (BRASIL, 2012):

▪ **Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos**

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore $z > +2$	Peso elevado para a idade
Percentil ≥ 3 e ≤ 97	Escore $z \geq -2$ e $\leq +2$	Peso adequado para a idade
Percentil $\geq 0,1$ e < 3	Escore $z \geq -3$ e < -2	Peso baixo para a idade
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Peso muito baixo para a idade

▪ **Pontos de corte de comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos**

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil ≥ 3	Escore $z > +2$ Escore $z \geq -2$ e $\leq +2$	Comprimento/altura adequado para a idade
Percentil $\geq 0,1$ e < 3	Escore $z \geq -3$ e < -2	Comprimento/altura baixo para a idade
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Comprimento/altura muito baixo para a idade

▪ **Pontos de corte de IMC por idade para menores de 10 anos**

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 99,9	Escore $z > +3$	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos)
Percentil > 97 e $\leq 99,9$	Escore $z \geq +2$ e $\leq +3$	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos)
Percentil > 85 e ≤ 97	Escore $z > +1$ e $< +2$	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos)
Percentil ≥ 3 e ≤ 85	Escore $z \geq -2$ e $\leq +1$	IMC adequado
Percentil $\geq 0,1$ e < 3	Escore $z \geq -3$ e < -2	Magreza
Percentil < 0,1	Escore $z < -3$	Magreza acentuada

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. Essa linha representa o crescimento da criança, ou seja, sua curva de crescimento, que sinaliza se a criança está crescendo adequadamente ou não.

Aprenda como interpretar as curvas de crescimento:

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.

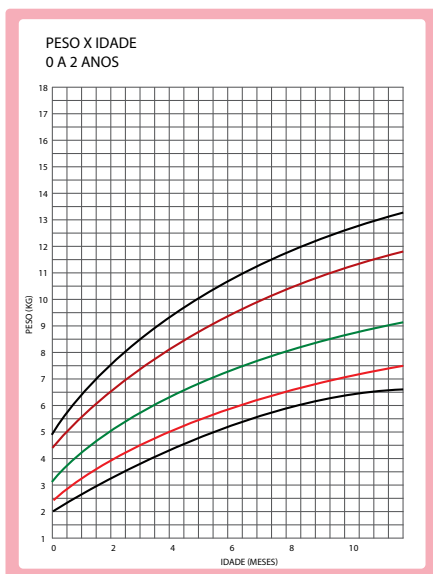
Um traçado horizontal indica que a criança não está crescendo, o que necessita ser investigado.

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, 2013).

▪ Exemplo de gráfico de curvas disponível na caderneta da criança - menina

Figura 1 – Peso x idade (0 a 2 anos).



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: menina: passaporte da cidadania. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p. Disponível em: <http://goo.gl/Ojwuxz>.

VAMOS PRATICAR!

É mais fácil interpretar o que os gráficos querem dizer quando nós praticamos, não é? Que tal você observar como está o crescimento das crianças que são atendidas na UBS de que você faz parte por meio das curvas de crescimento disponíveis no cartão da criança? Mãos à obra!

2.1.1 Condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde para algumas situações de desvio do crescimento

❖ 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.
- Verifique as atividades de lazer das crianças, como o tempo em frente à televisão e ao videogame, estimulando-as a realizar passeios, caminhadas, andar de bicicleta, praticar jogos com bola e outras brincadeiras que aumentem a atividade física.
- Encaminhe a criança para o Nasf, se tal possibilidade estiver disponível. Realize a avaliação clínica da criança (BRASIL, 2012, p. 111).

❖ Magreza ou peso baixo para a idade

Para crianças menores 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, solicite seu acompanhamento no Nasf, se tal possibilidade estiver disponível.
- Oriente o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

Para crianças maiores 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 Nasf, se tal 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 (BRASIL, 2012, p. 111).

❖ Magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame (especialmente para os menores de 2 anos), a alimentação, as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.
- Trate as intercorrências clínicas, se houver.
- Encaminhe a criança para atendimento no Nasf.
- Encaminhe a criança para o serviço social, se este estiver disponível.
- Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias (BRASIL, 2012, p. 111).

2.2 Desenvolvimento

O desenvolvimento é um fenômeno contínuo: cada etapa prepara a seguinte, embora os limites que as separam sejam vagos. [...] O desenvolvimento é também um processo global: a criança cresce, incorpora e se desenvolve no plano intelectual, social e afetivo. Esses desenvolvimentos estão estreitamente ligados uns aos outros, recebendo influências comuns (STEFANE, 2000).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é uma das ações básicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para atenção à saúde da criança.

A abordagem inicial do desenvolvimento e das técnicas de estimulação, como atenção primária, é de responsabilidade do membro da equipe de saúde que atende a criança (LEÃO et al., 1998). As etapas de desenvolvimento são as mesmas para as crianças de todos os povos do planeta, apesar de as diferenças do meio geográfico, das condições de vida, de valores culturais e das estruturas sociais serem determinantes na avaliação de cada criança (SCHMITZ, 2000).



De acordo com essas características, podem ser estabelecidos limites de normalidade, idade mínima e máxima, em que cada marco do desenvolvimento pode ser observado.

Cada criança possui um ritmo e uma velocidade de desenvolvimento, mas os marcos devem ser observados de acordo com a faixa etária. Se há falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para a idade, a investigação da situação ambiental, da relação com a mãe e demais familiares, e a oferta de estímulos são necessários para a reversão do problema. Porém, se há persistência do atraso por mais de duas consultas consecutivas, há necessidade de encaminhar a criança para referência ou serviço de maior complexidade (BRASIL, 2002).

A identificação de problemas (tais como atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros) é fundamental para o desen-

volvimento, e a intervenção precoce tem elevada influência no prognóstico da criança (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003 apud BRASIL, 2012). Os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitivas nas consultas de acompanhamento da criança.

IMPORTANTE

Crianças nascidas prematuras devem ter seu marco de desenvolvimento e curvas de crescimento avaliados de acordo com sua idade gestacional corrigida até o segundo ano de vida.

2.2.1 Etapas do desenvolvimento

Em relação ao desenvolvimento, várias áreas são analisadas de acordo com as ações reflexas, voluntárias, espontâneas e aprendidas do comportamento, sendo agrupadas em sete campos: motor grosso e fino, linguagem, cognitivo, pessoal, social e espiritual (BOWDEN; GREENBERG, 2003).

Sintetizamos as características do desenvolvimento no quadro abaixo:

Quadro 1 - Características do desenvolvimento infantil.

Desenvolvimento motor

O desenvolvimento motor é a capacidade de realizar movimentos por determinação de sua própria vontade e é dividido em duas áreas: motor grosso e motor fino. O motor grosso compreende a maturação da postura, o equilíbrio da cabeça, o sentar, o engatinhar, o ficar de pé e o andar. As habilidades do motor fino incluem o emprego das mãos e dedos na preensão de objetos e execução de determinadas atividades, tais como apanhar, alongar, empilhar, introduzir e retirar objetos.

<p>Desenvolvimento cognitivo</p>	<p>O desenvolvimento cognitivo consiste em alterações ligadas à idade que ocorrem nas atividades mentais. Com o desenvolvimento cognitivo, as crianças adquirem a capacidade de raciocinar de forma abstrata, pensar de maneira lógica e organizar funções intelectuais (WHALEY; WONG, 1999).</p>
<p>Desenvolvimento pessoal</p>	<p>O desenvolvimento pessoal e social abrange todos os comportamentos que constituem a adaptação social. A criança desenvolve inicialmente sua capacidade de tornar-se independente nas atividades de vida diária (alimentar-se e despir-se), construindo essa independência na família e, posteriormente, de forma social mais ampla (parentes, escola e sociedade).</p>
<p>Desenvolvimento da linguagem</p>	<p>O desenvolvimento da linguagem é uma aprendizagem em que intervém uma multiplicidade de variáveis. Não se trata de um simples trabalho de imitação. Inclui toda a forma de comunicação visível e audível, vocalizações, palavras e orações, bem como imitações e compreensão do que dizem as outras pessoas (WHALEY; WONG, 1999).</p>
<p>Desenvolvimento espiritual</p>	<p>O desenvolvimento espiritual se dá a partir das crenças espirituais, que estão intimamente ligadas à porção moral e ética de autoconceito da criança e, assim, deve ser considerado como parte das necessidades básicas da criança (WHALEY; WONG, 1999).</p>

Quadro 2 - Desenvolvimento: o que avaliar?

Época da consulta	Aspecto do desenvolvimento
15 dias	<p>Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.</p> <p>Reflexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês ocorre flexão do hálux. A partir desta idade a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	<p>Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.</p>
2 meses	<p>Entre 2 e 3 meses: sorriso social.</p> <p>Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros.</p> <p>Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).</p>
4 meses	<p>Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos.</p> <p>Entre 4 e 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.</p> <p>Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.</p>

6 meses	<p>Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto".</p> <p>A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio.</p> <p>Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.</p>
9 meses	<p>Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio.</p> <p>Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.</p>
12 meses	<p>Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho.</p> <p>Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.</p>
15 meses	<p>Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.</p>
2 anos	<p>Entre 2 e 3 anos: a criança diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus.</p> <p>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).</p> <p>Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas da criança e a ensiná-la a usar o penico.</p>

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://goo.gl/O6TJXW>.

A verificação de alterações no desenvolvimento possibilita ações rápidas e dirigidas que, quando implementadas, proporcionam melhor qualidade de vida para a criança e sua família. A detecção precoce de atrasos no desenvolvimento resulta em recuperação de 80% a 90% dos casos, de intervenções imediatas e simples, como orientação à família e estimulação simples e adequada ao problema (LEÃO et al., 1998).

O tratamento de uma criança com distúrbio do desenvolvimento poderá ser individualizado ou ser feito em grupo e depende muito de sua complexidade. O adequado manejo poderá variar, podendo ser feito mediante orientações aos pais sobre a importância da relação entre 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; FIGUIEIRAS, 2003; HALPERN et al., 2000 apud BRASIL, 2012, p. 126).

A caderneta de saúde da criança apresenta informações que auxiliam os pais na tomada de decisão quando for identificada alguma alteração no desenvolvimento de seus filhos, assim como orientações de conduta profissional após avaliação.

SAIBA MAIS!

Avaliação do desenvolvimento na publicação "Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento", do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://goo.gl/Oyp2A4>.

Quadro 3 - Marcos de desenvolvimento de acordo com a faixa etária da criança.

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z Presença de três 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*

* Na presença de sinais de alerta a criança deve ser avaliada em 30 dias.

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

A abordagem da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde para a saúde infantil tem evoluído e apresentado mudanças. Estimulada pela crescente quantidade de evidências científicas, a abordagem tem mudado o seu enfoque de controle de doenças individuais para uma abordagem nova e integrada do tratamento e da prevenção das doenças da infância. A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma abordagem que aceita e responde pela condição da criança doente em toda a sua complexidade. Para isso, usa-se uma estratégia padronizada, baseada em normas internacionais com grande impacto na redução da morbimortalidade infantil. Acesse os links abaixo para mais informações:



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aidpi_mod3.pdf.

REFLITA COMIGO!

De que maneira você e sua equipe têm acompanhado o desenvolvimento das crianças de sua área de abrangência? Quais são as principais dificuldades no acompanhamento? O que você e sua equipe consideram que poderia ser feito para enfrentar tais dificuldades?

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, Cláudia Regina Lindgren; MOULIN, Zeína Soares. **Saúde da criança e do adolescente**: crescimento, desenvolvimento e alimentação. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 111p. Disponível em: <http://goo.gl/UZjkDj>. Acesso em: 15 jul. 2014.

AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRICS. **Car safety seats**: a guide for families. 2008. Disponível em: < <http://www.aap.org/family/carseatguide.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

BARROS, F. C.; VICTORIA, C. 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.

BOWDEN, V. R.; GREENBERG, C. S. Marcos do crescimento e do desenvolvimento. In: _____. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 5-14.

BRANCO, A.; FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L. M. S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Rev. Paul.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 74, set. 2006. Disponível em: <http://goo.gl/ApWzxl>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 100 p. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://goo.gl/F7nfMF>>. Acesso em: 30 out. 2012.

____. _____. **Caderneta de Saúde da Criança**: menina: passaporte da cidadania. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 96 p. Disponível em: <http://goo.gl/Ju4Y3V>. Acesso em: 18 jul. 2014.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 4 maio 2012.

____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Editora MS, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora MS, 2009.

____. _____. **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/AljncB>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CAMPOS, R. M. C. et. al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v. 45, n. 3, 2011.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Topics and recommendations pediatric preventive care**.

DELCIAMPO, L. A. et. al. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.

DEMOTT, K. et al. Clinical guidelines and evidence. **Review for postnatal care: routine postnatal care of recently delivered women and their babies**. London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2006.

JEFFERSON, T. et al. **Interventions for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses**. The Cochrane Library, Oxford, n. 4, 2007.

LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. 923 p.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUIEIRAS, 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 (OPAS). **Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

SCHMITZ, E. M. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000. 477 p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

STEFANE, J. M. J. A enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil. In: ____. SHIMITZ, E. M. R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000.

VICTORA, C. G.; ARAÚJO, C. L.; ONIS, M. **Uma nova curva de crescimento para o século XXI**. Disponível em: <http://goo.gl/ODSG9y>. Acesso em: 18 jul. 2014.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and Interpretation of anthropometry report of a WHO Expert Committee. WHO, Geneva: Switzerland, 1995. (Technical Report Series, Nº 854).

YOSHINAGA-ITANO, C. Early intervention after universal neonatal hearing screening: impact on outcomes. **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, New York, v. 9, n. 4, p. 252-266, 2003.