

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE**

ISADORA VENCIONECK LIMA

**A IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: uma revisão da literatura**

Vitória-ES

2020

ISADORA VENCIONECK LIMA

**A IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: uma revisão da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientador: Dr. Thiago Dias Sarti

Vitória-ES

2020

ISADORA VENCIONECK LIMA

**A IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma
revisão da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

BANCA AVALIADORA:

Dra. Maria Cleuza Farias

Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC e Preceptora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Espírito Santo em Parceria com a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória

Keile Fernandes

Enfermeira da Unidade de Saúde de Maruípe pela Universidade Federal do Espírito Santo

Dr. Thiago Dias Sarti

Médico de Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo

Vitória-ES, 28 de fevereiro de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e por todo o cuidado que tem comigo, me sustentando a cada momento.

Agradeço aos meus pais, Anna e David, por serem a base do meu caráter e sempre estarem ao meu lado.

Agradeço aos meus professores, preceptores e tutores pelo ensino e orientação durante a jornada que tenho percorrido nestes últimos anos.

Agradeço ao Welder, meu namorado, pela companhia, paciência e apoio durante a residência.

Agradeço, especialmente, ao Dr. Thiago Dias Sarti pela orientação, paciência, pois não mediu esforços diante das minhas demandas durante os dois anos de residência, pelas diversas vezes que me ouviu e disse que valeria a pena, e assim prossegui.

Agradeço a Dra. Maria Cleuza Farias pelo acompanhamento diário durante a especialização. Aprendi a ser mais permissiva durante o cuidado sem que a qualidade fosse afetada, e aprendi que o paciente é sempre o amor de alguém.

Agradeço aos funcionários da Unidade de Saúde Maruípe, onde fui muito bem acolhida durante o 2º ano de residência.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Calendário vacinal de crianças de 0 a 9 anos de idade segundo Ministério da saúde 2019.....	23
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classes de alimentos que devem ser utilizadas no preparo das refeições	17
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Recomendações para suplementação de ferro até os 02 anos de idade, segundo o Ministério da Saúde	19
Quadro 2: Situações para suplementação de ferro em crianças até 02 anos de idade segundo a SBP 2019	20
Quadro 3: Marcos importantes do desenvolvimento em crianças de 0 a 2 anos de idade	28

RESUMO

Introdução: O termo PUERICULTURA surgiu em 1762, criado pelo suíço Jacques Ballexserd, sendo reafirmado em 1865. Chegou ao Brasil, a partir da França, por Moncorvo Filho, fundado em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Surgiu como uma atividade focada essencialmente na saúde pública, para mais tarde se firmar como uma complementação da pediatria personalizada dos consultórios¹. Puericultura, do latim *puer/pueris* = criança, é a área da saúde que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mais especificamente com o acompanhamento do desenvolvimento infantil. É tradicionalmente uma subespecialidade da pediatria, mas, se considerada, envolve também ações pré-natais e mesmo pré-concepcionais dedicadas à prevenção de doenças e anormalidades que se desenvolvem no feto e afetam a vida do futuro recém-nascido, podendo ser realizada também por médicos de família². A puericultura visa o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. É de fundamental importância, uma vez que é por meio dela que o médico tem condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor. A detecção precoce dos distúrbios é essencial para o tratamento, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, menos sequelas haverá e melhor será o prognóstico do quadro clínico. Várias doenças graves que se apresentam com poucos sintomas preocupantes para os pais podem ser detectadas e tratadas se diagnosticadas precocemente na consulta de puericultura, antes que cheguem a causar prejuízos irreversíveis, tais como a anemia ferropriva, o raquitismo, as verminoses, as deficiências vitamínicas, os erros nutricionais e várias outras doenças próprias da infância². É função também do pediatra ou médico da família supervisionar durante a puericultura a administração da vacinação básica contra as doenças comuns da infância. Além disso, através da puericultura pode-se prevenir uma série de problemas se fornecida uma adequada supervisão higiênica, dietética, comportamental e nutricional. A supervisão do desenvolvimento neuro-linguístico-psico-motor e a orientação especializada para a adequada estimulação desse desenvolvimento, mais recentemente, tem tornado o

trabalho dos puericultores de grande importância para o aproveitamento integral da potencialidade intelectual do bebê e do lactente, criando crianças, adolescentes e adultos mais preparados para os desafios da vida moderna.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde, Puericultura, Pediatria, Medicina de família e comunidade, Programa de Saúde da Família, Atenção primária em pediatria.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	MÉTODOS.....	12
3	DISCUSSÃO.....	12
4	O PAPEL DO PEDIATRA OU MÉDICO DE FAMÍLIA NA PUERICULTURA	14
5	RECOMENDAÇÕES SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE QUANTO AO NÚMERO E O CONTEÚDO DAS CONSULTAS PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE IDADE	15
5.1	NÚMERO DE CONSULTAS.....	15
5.2	CONTEÚDO DAS CONSULTAS.....	15
6	PARTICULARIDADES DO DESENVOLVIMENTO QUE DEVEM SER OBSERVADAS NAS CONSULTAS DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE IDADE	27
7	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1 INTRODUÇÃO

O termo PUERICULTURA surgiu em 1762, criado pelo suíço Jacques Ballexserd, sendo reafirmado em 1865. Chegou ao Brasil, a partir da França, por Moncorvo Filho, fundado em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Surgiu como uma atividade focada essencialmente na saúde pública, para mais tarde se firmar como uma complementação da pediatria personalizada dos consultórios¹.

Puericultura, do latim *puer/pueris* = criança, é a área da saúde que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mais especificamente com o acompanhamento do desenvolvimento infantil. É tradicionalmente uma subespecialidade da pediatria, mas, se considerada, envolve também ações pré-natais e mesmo pré-concepcionais dedicadas à prevenção de doenças e anormalidades que se desenvolvem no feto e afetam a vida do futuro recém-nascido, podendo ser realizada também por médicos de família².

A puericultura visa o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. É de fundamental importância, uma vez que é por meio dela que o médico tem condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor.

A detecção precoce dos distúrbios é essencial para o tratamento, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, menos sequelas haverá e melhor será o prognóstico do quadro clínico. Várias doenças graves que se apresentam com poucos sintomas preocupantes para os pais podem ser detectadas e tratadas se diagnosticadas precocemente na consulta de puericultura, antes que cheguem a causar prejuízos irreversíveis, tais como a anemia ferropriva, o raquitismo, as verminoses, as deficiências vitamínicas, os erros nutricionais e várias outras doenças próprias da infância².

É função também do pediatra ou médico da família supervisionar durante a puericultura a administração da vacinação básica contra as doenças comuns da infância.

Além disso, através da puericultura pode-se prevenir uma série de problemas se fornecida uma adequada supervisão higiênica, dietética, comportamental e nutricional. A supervisão do desenvolvimento neuro-linguístico-psico-motor e a orientação especializada para a adequada estimulação desse desenvolvimento, mais recentemente, tem tornado o trabalho dos puericultores de grande importância para o aproveitamento integral da potencialidade intelectual do bebê e do lactente, criando crianças, adolescentes e adultos mais preparados para os desafios da vida moderna.

2 MÉTODOS

Revisão narrativa da literatura por meio de busca nos bancos de dados Medline, Lilacs, Scielo e BVS, usando as palavras puericultura, supervisão de saúde e promoção de saúde (em inglês e português); revisão não sistemática das referências bibliográficas de capítulos de livros; busca não sistemática, na internet, de organizações que emitem recomendações sobre puericultura; e seleção de artigos clássicos na área entre maio a outubro de 2019.

3 DISCUSSÃO

A definição contemporânea de puericultura, de acordo com o novo Dicionário Houaiss, é que se trata de uma ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene e sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade. Para melhor corresponder à orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria e dos principais protocolos estrangeiros de que o acompanhamento de puericultura se estenda até

o final da adolescência⁴.

Estruturado pelos objetivos do SUS e procurando refletir experiências realizadas em outros países, foi implantado no Brasil, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com a proposta de modificar e expandir o acesso da população aos serviços de saúde, tornando-se a porta de entrada do sistema vigente até então. Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados. Atuando a favor dos princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe multiprofissional, tem como uma de suas principais metas a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções personalizadas e individualizadas⁸.

A Atenção Primária de Saúde (APS) representou uma inovação conceitual e tecnológica na visão sobre os sistemas de saúde no mundo, além de um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde arraigados num modelo de cuidado curativo e individualista. Uma característica importante da atenção primária é que ela pressupõe suporte à pessoa e não somente o combate da enfermidade, promovendo intervenções familiares e comunitárias, quando necessárias. ⁷ É uma das principais estratégias para um sistema de saúde e, quando fortalecida, permite reduzir as iniquidades e melhorar a saúde dos indivíduos e comunidades.

Os programas estruturados para oferecer Atenção Básica à saúde da criança têm como metas principais promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Necessitam da efetiva participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração de diversas classes profissionais que atuam em equipe, devidamente calcados nos saberes interdisciplinares e apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde⁹.

Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança têm sido, há muito tempo,

prioridade dentro da assistência à saúde infantil, com o objetivo de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social. Desta forma asseguramos o pleno desenvolvimento do potencial genético da criança, que levará a um adulto mais saudável, capaz e feliz possível, bem como procuramos reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade ainda verificadas em diversas populações⁹.

4 O PAPEL DO PEDIATRA OU MÉDICO DE FAMÍLIA NA PUERICULTURA

O modelo tradicional de prática de puericultura, restrito ao consultório, baseado em consultas rápidas de um médico com uma família, hoje em dia já não dá conta de todas as demandas de um trabalho integral de promoção da saúde. É mais do que evidente que as exigências modernas de atenção abrangente às chamadas novas comorbidades, por exemplo, os problemas familiares e sociais, problemas escolares e de comportamento, violência e maus-tratos, injúrias físicas, risco de suicídio, obesidade, influências da mídia, abuso de drogas, riscos da atividade sexual, etc, somadas às ações tradicionais, como monitorização do crescimento, orientação nutricional, imunizações, etc, excederam em muito a capacidade de atendimento do referido modelo⁵.

Além disso, tal descompasso é de certa forma acentuado pelo avanço tecnológico que aumenta muito as possibilidades de intervenção. Assim, os principais protocolos sobre procedimentos de prevenção costumam recomendar um número excessivo de consultas de puericultura, que o pediatra sozinho não consegue aplicar de forma efetiva a todas as crianças, e, apesar de ser uma especialidade iniciada em princípio na Pediatria, leva em conta a criança, sua família e o entorno, analisando o conjunto, sendo também fundamental no acompanhamento das crianças as equipes da Estratégia da Saúde da Família⁶.

Dessa forma é importante realizar as consultas com a equipe de saúde com foco na criança já a partir da 32ª semana de gestação, para esclarecer dúvidas sobre

os cuidados com alimentação e sobre desenvolvimento da criança. A primeira consulta da criança deverá ocorrer na primeira semana de vida para que seja avaliado como está indo o aleitamento materno, através da avaliação da mamada, que deve ter sido orientado desde a maternidade, o ganho de peso, o crescimento, entre outros. Já na maternidade, as mães devem ser orientadas sobre os sinais de alerta do bebê, chamada atualmente de consulta antecipatória¹⁰.

Estar presente por todo o período de crescimento e desenvolvimento deve ser a principal preocupação do médico. Ao observar as mudanças biológicas e emocionais, é possível verificar se está tudo normal e, caso haja algum desvio, podemos rapidamente investigar, identificar e corrigir.

Portanto, cada atendimento realizado no serviço de saúde, independente da queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para uma ação resolutiva de promoção da saúde com forte caráter educativo.

5 RECOMENDAÇÕES SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE QUANTO AO NÚMERO E O CONTEÚDO DAS CONSULTAS PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE IDADE

5.1 NÚMERO DE CONSULTAS

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas médicas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência³.

5.2 CONTEÚDO DAS CONSULTAS

Os atendimentos para cuidado com a saúde dos grupos etários definidos deverão incluir nestas consultas, no mínimo, os seguintes componentes:

- Triagem Neonatal

No Brasil é oferecido pelo SUS o “teste do pezinho”, que rastreia 6 tipos de doença: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística e Deficiência de Biotinidase. A coleta deve ser feita após 24 horas de vida até o sétimo dia. Caso a amostra seja retirada antes das primeiras 24 horas, deverá ser repetida até a terceira semana de vida¹⁹.

- Avaliação e Orientação Alimentar

A amamentação e introdução alimentar é de suma importância para o desenvolvimento da criança. Por isso, os pais devem ser orientados conforme os dez passos para alimentação saudável, segundo o Ministério da Saúde disponibiliza.

1. até 6 meses – leite materno exclusivo;
2. meses completos – papa de frutas e 1ª refeição (almoço);
3. 7º ao 8º mês – 2ª refeição (jantar);
4. 9º ao 11º mês – gradativamente, passar para refeição da família adaptando a consistência;
5. 12º mês – alimentação da família.

As papas salgadas (almoço e jantar) devem ser preparadas da seguinte forma: utilizar um alimento de cada classe conforme Tabela 1³².

Tabela 1: Classes de alimentos que devem ser utilizadas no preparo das refeições

CEREAL/ TUBÉRCULO	LEGUMINOSA	PROTEÍNA ANIMAL	HORTALIÇAS/ VERDURAS	HORTALIÇAS/ LEGUMES
Arroz	Feijão	Carne bovina	Alface	Cenoura
Milho	Soja	Vísceras	Espinafre	Chuchu
Cará	Ervilha	Frango	Couve	Abóbora
Batata	Lentilha	Ovos	Almeirão	Vagem
Mandioca	Grão de Bico	Peixe	Taioba	Beringela

Deve-se cozinhar todos os alimentos, principalmente as carnes, somente com água. Após tudo cozido e amassado (utilizar garfo, nunca triturar), colocar no prato e acrescentar uma colher de chá de óleo de soja, canola ou azeite e oferecer para a criança. A carne (70 a 120 g/dia), para duas refeições não deve ser triturada, apenas picada ou desfiada. Não utilizar sal, pode-se utilizar cebola de cabeça, salsa, alho e cebolinha para temperar a refeição. O ovo com clara e gema pode ser introduzido, sempre muito bem cozido, a partir do sexto mês evitando assim o retardo da introdução e possíveis alergias alimentares futuramente. As leguminosas e hortaliças/verduras são introduzidas no 7º mês.

As frutas devem ser oferecidas em forma de papas (amassadas ou raspadas) duas vezes ao dia (nos intervalos). Oferecer água após o 6º mês nos intervalos das refeições. A partir de um ano de idade, quando já se utiliza alimentos da família, não deve ser acrescentado sal no prato, apenas o que é utilizado para toda a família, evitar excessos. Além disso, não devem ser introduzidos açúcares simples até o final do segundo ano²⁷.

- Suplementação de Vitamina D

A vitamina D tem a função de regular a homeostase do cálcio através de sua interação com as glândulas paratireoides, o intestino, os rins e os ossos. Ela é essencial para a absorção intestinal de cálcio e fósforo, para a reabsorção de

cálcio nos túbulos renais distais e para a mobilização de cálcio do osso.

O sol fornece cerca de 90% da concentração sérica da vitamina D e é, portanto, a principal fonte de vitamina D2. A dieta e o suplemento dietético correspondem a 10% da vitamina D adquirida pelo organismo. O leite materno fornece ao lactente cerca de 25UI de vitamina D/litro, não suprimindo a quantidade necessária desta vitamina.

As reposições de vitamina D devem ser portanto de 400 UI/ dia por via oral desde a primeira consulta do RN até 12 meses, em aleitamento materno ou que recebam fórmula infantil em volume inferior a 500 ml/dia. Já a partir dos 12 meses até 24 meses, deve ser ofertada a dose de 600 UI/ dia. Deve-se ainda estimular o banho de sol do bebê. Mas, por ausência de consenso na literatura em relação à exposição solar segura e necessária para se atingir concentrações séricas adequadas de vitamina D em lactentes, a suplementação medicamentosa profilática é sempre recomendada.

Recomenda-se então a suplementação de 400 UI/dia no primeiro ano de vida. Após este período, a dosagem dependerá de fatores de risco pessoais e ambientais. O Consenso da Academia Europeia de Pediatria recomenda suplementação de Vitamina D para pacientes com deficiência de 25-OH-vitamina D3, correspondendo a dosagem sanguínea igual ou menor que 20 ng/ml (50 nmol/l). Não há dados brasileiros referentes a isto. No entanto, a Sociedade Brasileira de Pediatria publicou em 2014 um documento a respeito do diagnóstico e suplementação de vitamina D em crianças e estabelece como necessária a suplementação no primeiro ano de vida de 400 UI/dia e dos 12 aos 24 meses de 600 UI/dia, bem como quando os níveis de vitamina D sérica estiverem abaixo de 20 mg/ml²⁶.

- Suplementação do Ferro

Até os dias atuais, o Ministério da Saúde (MS) recomenda para crianças entre 6 meses e 24 meses de vida a suplementação de ferro na dose de 1mg de ferro elementar/Kg/dia. Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a

suplementação poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade. Segundo o MS, não há recomendação para a suplementação profilática de ácido fólico em crianças.

Para lactentes prematuros ou com baixo peso as recomendações são diferentes. Eles, mesmo que em aleitamento materno exclusivo, devem receber, a partir do 30º dia após o nascimento, suplementação de ferro conforme Quadro 1³¹.

Quadro 1: Recomendações para suplementação de ferro até os 02 anos de idade, segundo o Ministério da Saúde

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno	1 mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g	2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g	4 mg/kg peso/dia durante um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g

Pode-se afirmar que houve discreta melhora na situação da anemia no Brasil nos últimos anos, especialmente por aumento da prevalência do aleitamento materno, uso de fórmulas enriquecidas, melhoria do acesso a fontes alimentares, programas de fortificação e enriquecimento de alimentos, campanhas educativas governamentais e privadas, além de modificações ambientais.

Assim, a prevenção da anemia em âmbito coletivo deve continuar sendo realizada pela manutenção das políticas públicas revisadas de proteção ao aleitamento

materno e suplementação profilática, além de fortificação de alimentos e refeições, reforço da consulta pediátrica durante o pré-natal, estímulo aos testes de triagem neonatal para análise de outras causas da anemia, clampeamento adequado do cordão umbilical após o parto, orientações adequadas para alimentação complementar do lactente e uso adequado de fórmulas infantis, bem como orientações nutricionais adequadas para famílias com rotinas alimentares específicas, como no caso do vegetarianismo ou famílias cujas crianças fazem todas as refeições na escola.

Visando tal fato, o Consenso de Anemia Ferropriva 2019 da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) recomenda que a suplementação com ferro deve ser iniciada aos 3 meses de idade e mantida pelo menos até o segundo ano de vida, independentemente do regime de aleitamento, salvos os casos em que a suplementação deve ser iniciada após o 30º dia de vida conforme Quadro 2²⁷.

Quadro 2: Situações para suplementação de ferro em crianças até 02 anos de idade segundo a SBP 2019

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno exclusivo ou não	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em uso de menos de 500 mL de fórmula infantil por dia	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida
Recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso, acima 1500 g, a partir do 30º dia de vida	2 mg de ferro elementar/kg peso/dia, durante um ano.

Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2500g	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/ dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 2500 e 1500g	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1500 e 1000g	3 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/ dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1000g	4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/ dia mais um ano

- Avaliação da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde

O crescimento e o desenvolvimento humano constituem-se em um modelo de interação do ser humano e do ambiente, sendo o resultado final de um conjunto de fatores que podem ser divididos em: intrínsecos, representados pelos fatores genéticos e neuroendócrinos; e extrínsecos, que são os fatores ambientais, podendo ser subdivididos em pré-natais e pós-natais. Entre os fatores extrínsecos essenciais para o crescimento encontram-se a ingestão de dieta balanceada, variada e fracionada, a atividade física, alterações climáticas e ambientais de ordem física e toda a estimulação biopsicossocial, incluindo o afeto e o impacto da urbanização¹⁵.

De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. É considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua

estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais com a criança e de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde.

Como consequência as condições em que ocorre o crescimento em cada momento da vida da criança, incluindo o período intrauterino, determinam suas possibilidades de atingir ou não seu potencial máximo de crescimento, dotado por sua carga genética¹⁸.

A velocidade de crescimento pós-natal é particularmente elevada até os cinco primeiros anos de vida, principalmente nos dois primeiros anos. Este é, portanto, o período mais vulnerável aos distúrbios de crescimento¹⁶.

Estudos mostram que déficits de crescimento linear que ocorram até os dois anos, principalmente no primeiro ano de vida, são passíveis de recuperação total, enquanto acima dessa idade a reversibilidade desse quadro se torna bem mais difícil.

A colocação sequencial de dados antropométricos em curvas padronizadas foi consagrada como um indicador sensível do estado de saúde da criança²¹.

Até o momento, a maioria dos protocolos recomenda fazer a aferição e a plotagem em curvas de referência apropriadas, do peso, da estatura e do perímetro cefálico, em todas as consultas de puericultura até os 2 anos de idade²².

Figura 1: Calendário vacinal de crianças de 0 a 9 anos de idade segundo Ministério da saúde 2019

CRIANÇA			
IDADE	VACINA	DOENÇAS EVITÁVEIS	DOSE
Ao nascer	BCG-ID	Previne as formas graves de tuberculose (miliar e meningea)	Dose única
	Hepatite B	Previne a hepatite B	Dose única
2 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib	1ª dose
	Poliomielite Inativada (VIP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	
	Pneumocócica 10-valente (conjugada)	Previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo	
	Oral contra Rotavírus Humano (VORH)	Previne diarreia por rotavírus	
3 meses	Meningocócica C	Previne meningite e meningococemia (infecção generalizada)	1ª dose
4 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib	2ª dose
	Poliomielite Inativada (VIP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	
	Pneumocócica 10-valente (conjugada)	Previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo	
	Oral contra Rotavírus Humano (VORH)	Previne diarreia por rotavírus	
5 meses	Meningocócica C	Previne meningite e meningococemia (infecção generalizada)	2ª dose
6 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib	3ª dose
	Poliomielite Inativada (VIP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	
12 meses	Tríplice Viral (SCR)	Previne sarampo, caxumba e rubéola	1ª dose
	Meningocócica C	Previne meningite e meningococemia (infecção generalizada)	Reforço
	Pneumocócica 10 valente	Previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo	Reforço
15 meses	Tríplice Bacteriana (DTP)	Previne difteria, tétano e coqueluche	1º reforço
	Poliomielite Oral (VOP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	1º reforço
	Hepatite A	Previne a hepatite A	Dose única
	Tetraviral (SCRV)	Previne sarampo, caxumba, rubéola e varicela	Dose única
4 anos	Tríplice Bacteriana (DTP)	Previne difteria, tétano e coqueluche	2º reforço
	Poliomielite Oral (VOP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	2º reforço
	Varicela	Previne a varicela	2ª dose
9 anos*	Papilomavírus Humano (HPV)	Previne o papiloma, vírus humano que causa cânceres e verrugas genitais	Duas doses com seis meses de intervalo

* Pode ser aplicada até 14 anos 11 meses e 29 dias.

- Estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde e outras disponíveis na atualidade

A imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção

de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada há muitos anos²³. Portanto não há justificativa para não se recomendar enfaticamente a aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contra-indicações específicas como situações de imunodeficiência e corticoterapia prolongada. Assim o calendário de vacinas dos órgãos oficiais de saúde é procedimento obrigatório conforme Figura 1³³.

- Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor

Tendo em vista a relevância da monitorização do desenvolvimento de crianças e jovens os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras de comunicação, de interação social e cognitivas em todas as consultas de supervisão de saúde, sendo possível, dessa maneira, o diagnóstico precoce de alterações do desenvolvimento e cognição²⁴.

Recomenda-se que a avaliação do desenvolvimento seja ampla, considerando-se fundamental a coleta de informações durante a anamnes das condições de vida, rotina diária, formas de relacionamento familiar e oportunidades de interação com outras crianças, pois para uma criança desenvolver uma determinada habilidade deverá vivenciar situações que favoreçam a aquisição dessa habilidade. A sequência do desenvolvimento pode ser identificada, em termos gerais, por meio dos marcos tradicionais do desenvolvimento que constituem a base dos instrumentos de avaliação¹⁷.

É fundamental escutar a queixa dos pais e/ou cuidadores e levar em consideração a história clínica e o exame físico da criança no contexto de um programa contínuo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Assim, será possível formar-se um quadro completo do crescimento e desenvolvimento infantil e da real necessidade de intervenção¹⁵.

- Avaliação da função auditiva

A prevalência e a importância da surdez justificam sua triagem a partir do período

neonatal. Devemos somar a isto a obrigatoriedade de detecção da perda dentro dos primeiros 3 meses de vida, para atendimento apropriado antes dos 6 meses.

São bem conhecidas as conseqüências desastrosas da perda de audição a partir de estudos em modelo animal que evidenciam uma clara interferência no desenvolvimento de estruturas neuronais necessárias ao desenvolvimento. Em lactentes humanos disfunções semelhantes acontecem com impacto direto na aquisição da linguagem.

Um dado adicional que deve ser pesado também é o de que a linguagem se desenvolve no ouvinte e no não ouvinte igualmente nos primeiros seis meses o que marca, definitivamente, o momento de iniciar o atendimento. A perda auditiva tem implicações diretas no desenvolvimento, na escolaridade, no relacionamento social e no status emocional.

Na primeira consulta deve ser feito o registro dos fatores de alto risco para diminuição da acuidade auditiva. Os neonatos ou lactentes considerados com indicadores de risco para deficiência auditiva são ³⁰:

- Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem.
- Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos neste item.
- Permanência na UTI por mais de cinco dias ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas.
- Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV).

- Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal.
- Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras).
- Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth).
- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite.
- Traumatismo craniano.
- Quimioterapia.

É realizado, entre 0 a 3 meses, no Brasil o "Teste da Orelhinha" que corresponde ao teste de emissões otoacústicas transientes e produto de distorção realizadas por otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo podendo ser repetido até os 06 (seis) meses se necessário.

No Brasil os estudos de Silva e Lerina (UFRJ – 1997) evidenciam a incidência de perdas congênitas idiopáticas em 50% das crianças com deficiência. Dessa forma foi concluído que a triagem deve ser universal contemplando todos os nascidos vivos precocemente²⁸.

- Avaliação da saúde bucal

É recomendável que o pediatra ou médico de família estimule o aleitamento materno, desestimule enfaticamente a ingestão de alimentos comprovadamente cariogênicos, principalmente açúcares refinados, e recomende o início da escovação dentária a partir da erupção dos primeiros dentes com creme dental com flúor.

A erupção dentária é um processo natural, mas é sem dúvida um momento difícil para alguns bebês. Cada criança terá seu próprio tempo para o surgimento dos dentes na boca. Este processo é hereditário, mas pode ser alterado devido a mudanças de saúde ou de ambiente. Quando o bebê tiver os seus primeiros

dentista é recomendado marcar uma consulta com o dentista, profissional apto a recomendar uma dieta e práticas que favoreçam a saúde oral do bebê. Deve ser desestimulado também o uso de mamadeiras e chupetas, enfatizando a necessidade de supervisão até o final da idade escolar. O uso de fio dental também deve ser estimulado. Deve ser lembrado ainda que atualmente a aplicação complementar de flúor não é mais recomendada^{25, 29}.

Além desses tópicos supracitados, ainda é importante a avaliação do ambiente em que a criança vive, os cuidados domiciliares dispensados à criança, a avaliação do sono e ainda a prevenção de acidentes.

6 PARTICULARIDADES DO DESENVOLVIMENTO QUE DEVEM SER OBSERVADAS NAS CONSULTAS DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE IDADE

- **O recém-nascido:** suas principais características são a completa dependência do adulto para sobrevivência. Trata-se de uma criança que apresenta maiores riscos e necessita de cuidados mais intensos. Portanto, durante a primeira semana de vida, após a alta hospitalar, deverá receber visita domiciliar de uma enfermeira, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde. Os objetivos desta visita são proporcionar maior contato entre mãe e filho e, por parte da equipe de Saúde da Família, identificar dúvidas e dificuldades da puérpera em desempenhar o papel de mãe, oferecer orientações sobre os cuidados básicos ao recém-nascido e avaliar a adaptação da criança ao meio extrauterino. Já deve ao término dessa visita ser marcada uma consulta médica com o Pediatra ou o Médico de Família.

Na primeira consulta médica, além da avaliação dos dados antropométricos, deve ser estimulada a amamentação exclusiva, avaliação da pega, avaliação dos reflexos, orientação quanto as cólicas, padrão do sono, banho de sol e tirar possíveis dúvidas da família conforme Quadro 3¹⁴.

- **O lactente:** Trata-se de uma criança na faixa etária entre 29 dias a 02

anos de vida que se encontra em um período de rápido crescimento pômdero estatural e desenvolvimento neuromotor que evolui de uma condição de vida dependente para uma vida de relacionamento com os pais e com o ambiente familiar, ganhando autonomia progressivamente. A criança apresenta maior movimentação voluntária, amplia seu espaço social e é muito estimulada pelo ambiente. Nesta fase ocorrem ainda o início da construção da inteligência e a fase oral do desenvolvimento da personalidade. A interação da criança com os membros de sua família e com a sua rede social de proteção assegura a sua sobrevivência e a sua relação com o mundo, contribuindo para o seu desenvolvimento psicossocial. Na sua relação com os adultos, ela assimila habilidades que foram construídas pela história social ao longo do tempo, tais como as habilidades de sentar, andar, falar, controlar os esfínteres etc. Nesse momento além de tudo já orientado como diferentes fases de alimentação e vacinas, torna-se muito importante a orientação sobre prevenção de acidentes conforme Quadro 3¹⁴.

Quadro 3: Marcos importantes do desenvolvimento em crianças de 0 a 2 anos de idade

ÉPOCA DA CONSULTA	DESENVOLVIMENTO
ATÉ 15 DIAS	<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	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 MESES	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. 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).
4 MESES	Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade
6 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.
9 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. Pode andar, sem ter engatinhado antes.
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 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 o desfralde.

Dessa forma é fundamental uma supervisão próxima tanto para tirar dúvidas,

como para orientações e um acompanhamento que garanta um desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança, pois hábitos saudáveis geram cidadãos saudáveis.

7 CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade infantil, que se refere às crianças menores de um ano, diminuiu nas últimas décadas no Brasil. Devido às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. Porém a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois existem grandes desigualdades regionais e sociais.¹¹ Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal, sendo a maioria no primeiro dia de vida. Dessa forma, um enorme número de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, por exemplo, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, faz parte da realidade social e sanitária de nosso país.

Assim, para diminuir os óbitos e melhorar a assistência foi implementada a Rede Cegonha que traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal em parceria com estados e municípios, conseqüentemente, em todo o território brasileiro.

Entretanto, com as mudanças demográficas e epidemiológicas sofridas pelo País nas últimas décadas, com a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, em conjunto ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, acabaram forçando uma reorganização de prioridades na saúde pública nacional, com uma conseqüente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança.

Apesar de não haver estudos científicos conduzidos para avaliar o impacto financeiro da aplicação efetiva deste tipo de assistência, sabe-se que o montante destinado ao tratamento de doenças diminuiria consideravelmente. Isso ocorre pela redução da possibilidade de doenças instalarem-se e pelo controle precoce que previne o agravamento dos quadros.

Tal fato precisa ser transposto com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma global tendo em vista que a Atenção Primária em Saúde é uma das principais estratégias para um sistema de saúde e, quando fortalecida, permite reduzir as iniquidades e melhorar a saúde dos indivíduos e comunidades, para que assim se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis¹².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olivier. Celso Eduardo. Puericultura: Preparando o Futuro Para O Seu Filho - Editora Socep - p. 204.
2. Bonilha L.R.C.M. & Rivorêdo, C.R.S.F. Puericultura: Duas Concepções Distintas (Well-child Care: Two Distinct Views). - Jornal De Pediatria - Vol. 81, Nº1, 2005.
3. Institute..., 2012; Porto Alegre, 2004; Brasil, 2005; Rourke Et Al., 2006; Behrman; Kliegman; Jensen, 2003.
4. Green M, Palfrey Js. Bright Futures: Guidelines For Health Supervision Of Infants, Children, and Adolescents. 2ª Ed. Arlington, Va: National Center For Education In Maternal And Child Health; 2002.
5. Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health. The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment To The Psychosocial Aspects Of Pediatric Care. Pediatrics 2001;108:1227-30.
6. Hall D. Promoting The Health Of Children. Practitioner 2001; 245:614-18.
7. Ministério Da Saúde. Saúde Da Família: Uma Estratégia Para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Ms; 1998.
8. Alves Crl, Viana Mra. Saúde Da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 2003.
9. Ricco Rg, Del Ciampo La, Almeida Can. Puericultura: Princípios E Práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. 1a Ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. 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, 2004a. Disponível em: <http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. - Acessado em: 26/08/2019.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa Populacional 2010. Censo Populacional 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br>> - Acessado em: 25/09/2019
12. Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.
13. Behrman, Richard E.; Kliegman, R. M; Jensen, Hal B. Nelson Textbook Of Pediatrics. Editora Philadelphia: Saunders, 2003.
14. Newcombe, 1999; Papalia; Olds; Feldman, 2000 (Adaptada).
15. Domanski, Luís Adriano Raiter. Acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil. Trindade, 2014. Disponível em: <https://ares.un->

asus.gov.br/acer-vo/handle/ares/7386 Acessado em: 13/09/2019.

16. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica (Brasil). Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Série Cadernos De Atenção Básica; 11 – Série A Normas E Manuais Técnicos).
17. Ribeiro, C. A.; Borba, R. I. H. In: Santos, L. E. S. (Org.). Crescimento E Desenvolvimento Da Criança. Creche E Pré-escola: Uma Abordagem Da Saúde. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 81-105.
18. Marcondes, E.; Setian, N.; Carrazza, F. R. In: Marcondes, E.; Et Al (Org.). Desenvolvimento Físico (Crescimento) e Funcional da Criança. Pediatria Básica. Pediatria Geral e Neonatal. Tomo I. 9. Editora São Paulo: Sarvier, 2002. p. 23-35.
19. Institute For Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines: Preventive Services For Children And Adolescents. Disponível em: <www.icsi.org/guide/prsvsc.pdf> - Acessado em: 23/09/2019.
20. Brasil. Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Disponível em: <https://bvsms.saud-e.gov.br/bvs/publicacoes/10_passos.pdf> - Acessado em: 2/10/2019.
21. Who Expert Committee On Physical Status. Physical Status: The Use And Interpretation Of Anthropometry. Geneva: Who Technical Report Series 854, 1995.
22. American Academy Of Pediatrics, Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health. Guidelines For Health Supervision Iii. 3ª Ed. Elk Grove Village, Il: American Academy Of Pediatrics; 1997.
23. Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário de Vacinação da SBP 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21273m-doccient-calendario_vacinacao_2019-ok1.pdf> - Acessado em: 2/10/2019.
24. Rourke LL, Leduc DG, Rourke JTB. Rourke Baby Record 2000: Collaboration in action. Can Fam Physician 2001; p. 47:333-4.
25. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 3ª ed. 2000-2003. Disponível em: <www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm> - Acessado em: 2/10/2019.
26. Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes. Documento Científico – SBP 2014. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/vitami-na_d_dcnutrologia2014-2.pdf> - Acessado em: 7/10/2019.
27. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. Consenso Sobre Anemia Ferropriva: Mais que uma doença, uma

- urgência médica. Disponível em:
<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-diretrizes_c-onsenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf> - Acessado em: 7/10/2019.
28. Bohrer, Mauro Silva de Athayde. Triagem Auditiva Neonatal. Disponível em:
<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/triagemauditivaneonatal.pdf>- Acessado em: 2/10/2019.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de Saúde Oral Materno-Infantil. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/guia-de-saude_oral-mater-no-infantil.p-df> - Acessado em: 2/10/2019
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção: Da triagem auditiva neonatal. Disponível em:<http://bvsm-saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_audiativa_neonatal.pdf> - Acessado em: 7/10/2019
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm-saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.p-df> - Acessado em: 7/10/2019
32. Fernandes, B. S.; Carvalho, E. A. A.; Andrade, R. G.; Simão, M. T. J.; Fonseca, M.C.; Silva, F.S. Cartilha de Orientação Nutricional Infantil. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/cartilhas/cartilha_orientacao_nutricional_12_03_13.pdf> - Acesso em: 07/10/2019
33. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Vacinal 2019. Disponível em:
<<https://pebmed.com.br/novo-calendario-nacional-de-vacinacao-do-ministerio-da-saude-para-2019/>> - Acessado em: 2/09/2019