

Descrição de algumas variáveis no atendimento de puericultura em uma unidade de atenção primária à saúde, em Juiz de Fora-MG

Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro*
Daniel Almeida do Valle*
Vivianne Weil Afonso*
Luiz Cláudio Ribeiro**

RESUMO

A puericultura é um dos pilares da saúde materno-infantil, que norteia o cuidado à atenção da criança, permite a promoção de seu crescimento e desenvolvimento, assim como a prevenção de doenças. A análise do programa de puericultura é essencial para garantir a qualidade do mesmo. Com o objetivo de descrever algumas variáveis que compõem o programa de puericultura de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da cidade de Juiz de Fora, MG, realizou-se uma pesquisa transversal, avaliando prontuário de 51 crianças, nascidas no primeiro semestre de 2010, e submetido à análise descritiva pelo programa estatístico SPSS versão 13.0. Das crianças analisadas, nenhuma obteve o mínimo de sete consultas de puericultura preconizado pelo Ministério da Saúde no primeiro ano de vida. Apresentaram baixo peso ao nascer 15,15% dos informados. A maioria das crianças esteve dentro da faixa de normalidade quando analisados peso (68,63%) e estatura (70,59%), porém, a obesidade foi diagnosticada em 35,29% das crianças em algum momento ao longo do primeiro ano de vida. Na maioria dos prontuários não houve registro da realização dos testes de triagem neonatal. A maior parte das crianças teve o aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade, porém a utilização da mesma até os seis meses apresentou valores inferiores. O calendário de imunização apresentou-se atrasado na maioria das crianças (64,86%). O número de consultas destinadas principalmente à puericultura ficou aquém do preconizado, o que pode estar relacionado a uma adesão inadequada a outros componentes do programa. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para a monitorização do serviço de puericultura dessa unidade e avaliação periódica do mesmo.

Palavras-chave: Cuidado do lactente. Atenção primária à saúde. Crescimento. Serviços preventivos de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A puericultura é um dos pilares da saúde materno-infantil, e norteia as diretrizes do cuidado à atenção integral da criança, permite a promoção do pleno potencial de seu crescimento e desenvolvimento, assim como a prevenção de doenças (BLANK, 2003; DEL CIAMPO et al., 2006, VITOLO et al., 2010).

A prática do programa de puericultura no serviço de saúde deve ser preconizada a toda a população incluída na faixa etária que se estende do nascimento aos 20 anos incompletos, com seguimento longitudinal e distinto entre as diferentes idades. O Ministério da Saúde (MS) preconiza pelo menos acompanhamento quinzenal no primeiro mês, bimensal no primeiro semestre, trimensal no segundo semestre, semestral no segundo ano e anualmente deste em diante (BRASIL, 2004).

Na atenção básica, a puericultura pode estar inserida no atendimento ambulatorial individualizado, em visitas domiciliares e na participação em grupos sócio-educativos (BALABAN; SILVA, 2004).

A análise do serviço de saúde, no qual se inclui o programa de puericultura, é essencial para garantir a qualidade do mesmo, pois identifica as ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades, visando cumprir os objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis. Dessa forma, é possível subsidiar e reorientar o gerenciamento do serviço do setor de saúde, aprimorando os programas em suas áreas mais deficientes e ampliando sua cobertura (BRASIL, 2004; DEL CIAMPO et al., 2006, VITOLO et al., 2010).

Assim, o seguinte estudo objetiva descrever algumas variáveis que compõem o programa de puericultura de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da cidade de Juiz de Fora, MG, procurando contribuir

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina - Juiz de Fora, MG. Email: vwafonso@yahoo.com.br

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Exatas, Departamento de Estatística - Juiz de Fora, MG.

para o monitoramento do mesmo, reconhecimento de problemas e, assim, traçar estratégias para melhoria dos serviços prestados à saúde da criança.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, aplicada, original, descritiva, de objetivo exploratório, de caráter quantitativo, realizada em uma UAPS, pertencente à Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Esta unidade possui cinco consultórios de clínica básica, um consultório não médico, assim como sala de curativos, de imunização e de nebulização.

A amostra se constituiu de crianças nascidas no 1º semestre de 2010 (janeiro a junho de 2010) cadastradas no serviço, totalizando um total de 51 crianças.

A partir dos prontuários das crianças selecionadas, utilizando-se uma ficha padronizada de coleta de dados, analisaram-se as seguintes variáveis: número de consultas do nascimento até completar um ano de vida, motivo da consulta, crescimento (peso, estatura, perímetro cefálico), realização de vacinas conforme o calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações (PNI), teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha e alimentação.

No que concerne à colheita de dados a respeito da alimentação, considerou-se o registro em prontuário no momento da consulta, sendo classificadas como: aleitamento materno exclusivo (AME) – ter recebido somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos; alimentação artificial (AA) – constituída de substitutos do leite materno; alimentação mista (AM) – leite materno e outro tipo de leite; e alimentação complementar (AC) – uso de alimentos sólidos ou semissólidos para complementar leite materno. Foram computadas para o cálculo apenas considerações precisas a respeito da alimentação.

Considerou-se recém-nascido de baixo peso ao nascer (BPN) aquele que apresentava, ao nascer, peso menor que 2.500g, independente da idade gestacional, podendo, assim, ser decorrente de prematuridade e/ou déficit de crescimento intra-uterino (BRASIL, 2002).

Para armazenamento e realização da análise estatística, utilizaram-se os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 13.0, e Microsoft Excel 2010. As análises estatísticas descritivas foram feitas através do cálculo de medidas-resumo, levando em consideração a natureza das variáveis envolvidas. Para avaliar o crescimento utilizaram-se as curvas de crescimento através da estatística Z-score, e sua correspondência em percentis, estabelecidas em 2007 pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A pesquisa foi devidamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo o parecer nº 210/2011 e protocolo nº 2460.200.2011.

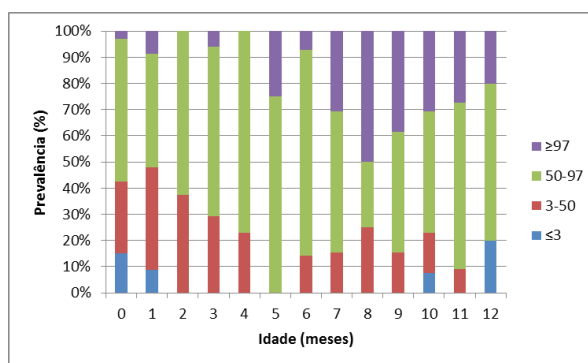
3 RESULTADOS

Das 51 crianças analisadas, nenhuma delas obteve o mínimo de sete consultas de puericultura preconizado pelo MS no primeiro ano de vida, perfazendo uma média de 4,18 consultas por criança, sendo a média de 1,94 consultas para controle e 2,18 para outras queixas.

Apresentaram BPN 15,15% (5/33) dos informados. Quando analisado as curvas de crescimento das crianças em questão, 68,63% (35/51) apresentavam peso dentro da faixa de normalidade em todas as consultas realizadas. Da amostra, 13,73% (7/51) estiveram abaixo do percentil três de peso em alguma consulta, sendo que 71,43% (5/7) dessas nasceram com baixo peso. Encontravam-se acima do percentil 97 em alguma consulta 15,69% (8/51) da amostra (Gráfico 1).

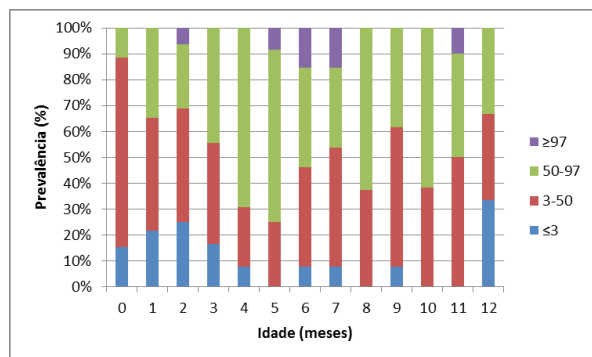
Analisando a estatura (Gráfico 2), de acordo com a curva de crescimento da OMS, 70,59% (36/51) estiveram entre o percentil três e o 97 durante todas as consultas realizadas; 21,57% (11/51) abaixo do percentil três em alguma consulta e 5,88% (3/51) acima do percentil 97. Das crianças estudadas, uma (1,96%) esteve abaixo do percentil três aos dois meses de idade e, aos cinco meses de idade, acima do percentil 97.

Gráfico 1 – Prevalência dos percentis de peso conforme idade em meses, em Unidade de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora-MG, 2010



Fonte – Os autores (2011)

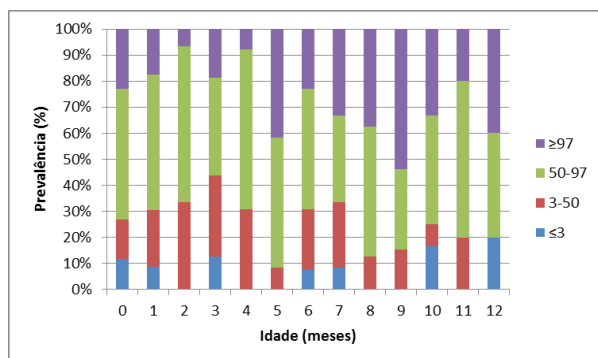
Gráfico 2 – Prevalência dos percentis de estatura conforme idade em meses, em Unidade de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora-MG, 2010



Fonte – Os autores (2011)

Quando estudado o Índice de Massa Corpórea (IMC) das crianças, 49,02% (25/51) destas se mantiveram dentro da faixa de normalidade por todas as consultas; 13,73% (7/51) possuíam IMC abaixo do percentil três em algum momento, 35,29% (18/51) acima do percentil 97 em algum momento e uma criança (1,96%) acima do limite superior e abaixo do inferior em diferentes momentos (Gráfico 3). É importante ressaltar que das crianças que possuíam IMC abaixo do percentil três em algum momento durante o primeiro ano de vida, 57,14% (4/7) possuíam também peso abaixo do percentil três à consulta.

Gráfico 3 – Prevalência dos percentis de IMC conforme idade em meses, em Unidade de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora-MG, 2010



Fonte – Os autores (2011)

Nas crianças com BPN, ao se relacionar o IMC observou-se que 40% (2/5) apresentaram IMC abaixo do percentil três em alguma consulta durante o primeiro ano, 20% (1/5) apresentaram IMC acima do percentil 97 em algum momento e 20% (1/5)

apresentaram-se tanto acima do percentil três quanto abaixo do percentil 97 em consultas realizadas durante o primeiro ano de vida.

No que concerne ao perímetro cefálico (PC) ao nascimento, os valores médios encontrados em recém-nascidos do sexo feminino foram de 34,29 cm (variação de 33 cm a 36cm) e, no sexo masculino de 34,42cm (variação de 33cm a 36 cm).

Ao analisar o PC, utilizando-se as curvas de crescimento da OMS de PC por idade em meses, 75,61% (31/41) das crianças estiveram dentro da faixa de normalidade em todas as consultas ao longo do primeiro ano de vida. Apresentaram PC acima do percentil 97, 7,32% (3/41) das crianças em algum momento ao longo do primeiro ano de vida e 17,07% (7/41) abaixo do percentil três em algum momento.

Entre os testes de triagem neonatais (Tabela 1), o teste da orelhinha não teve registro de realização ou não foi realizado em 74,51% (38/51) das crianças. O teste do pezinho em 74,51% (38/51) e o teste do olhinho em 68,63% (35/51) também não tiveram registro de realização ou não foram realizados.

TABELA 1

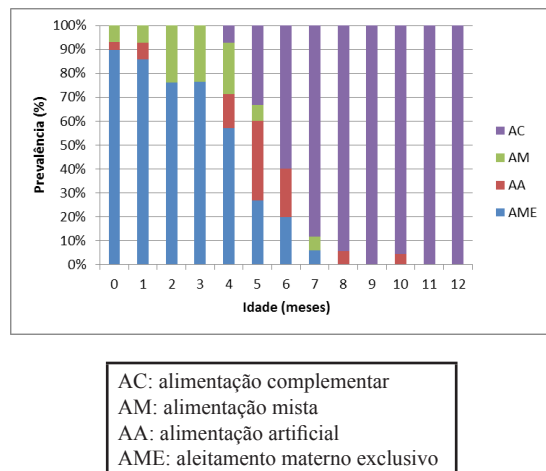
Prevalência da realização de Testes de Triagem Neonatal em Unidade de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora-MG, 2010

	Realizado	Não Realizado	Não Registrado
Teste do Pezinho	13/51 (25,49%)	8/51 (15,69%)	30/51 (58,82%)
Teste da Orelhinha	13/51 (25,49%)	11/51(21,57%)	27/51 (52,94%)
Teste do Olhinho	16/51 (31,37%)	5/51 (9,80%)	30/51 (58,82%)

Fonte – Os autores (2011).

Das crianças estudadas, 40 (78,43%) delas possuíam em suas fichas registro da alimentação em algum momento até completarem um ano. O AME representou 57,14% (8/14) aos quatro meses e 20% (3/15) dos casos informados na idade de seis meses. Em 11 (21,57%) prontuários não havia informação da alimentação utilizada em nenhum momento (Gráfico 4).

Gráfico 4 — Prevalência dos tipos de alimentação conforme idade em meses, em Unidade de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora-MG, 2010



Fonte – Os autores (2011)

Quanto ao calendário vacinal, 45,10% (23/51) das crianças apresentavam cobertura incompleta para a idade em algum momento, tendo a vacina anti-meningocócica a menor cobertura (7/23) (Tabela2).

TABELA 2

Calendário vacinal conforme registro em Unidade de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora-MG, 201

CALENDÁRIO VACINAL	Percentual
Calendário Vacinal em dia	13 (25,49%)
Calendário Vacinal com atraso	24 (47,06%)
Vacina não registrada - BCG	3
Vacina não registrada - Anti-Hepatite B	3
Vacina não registrada - Anti-Rotavírus	2
Vacina não registrada - Anti-Pólio	2
Vacina não registrada - Pneumovalente	5
Vacina não registrada - Tríple Viral	4
Vacina não registrada - Anti-meningocócica	7
Vacina não registrada - Anti-Febre amarela	3
Não registrado vacina faltante	12
Calendário Vacinal não registrado	14 (27,45%)

Fonte – Os autores (2011)

4 DISCUSSÃO

Dentre as crianças que frequentaram o serviço, a média de consultas (4,18) encontrou-se abaixo da média preconizada pelo MS, que seria de sete consultas até o primeiro ano de vida. A média de consultas destinadas à puericultura (1,94) indica uma

baixa frequência de atendimentos com este objetivo, o que mostra uma falha de adesão ao serviço no que se refere aos atendimentos em puericultura (FALEIRO, 2005).

A presença de BPN foi identificada em 15,15% (5/33) das crianças estudadas, apresentando valor superior ao encontrado na cidade de Juiz de Fora (11,5%), no estado de Minas Gerais (9,61%), no Sudeste (9,17%) e no Brasil (8,25%) (BRASIL, 2009; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, 2010).

A forte associação entre BPN e morbimortalidade neonatal e infantil leva a identificar aquele como o fator isolado mais importante na sobrevivência infantil, sendo de causa multifatorial e incluso no período pré-natal (MCCORMICK, 1985).

O BPN mostra-se, em diversos estudos, relacionado ao surgimento de doenças crônicas em idade adulta, e é diretamente relacionado à mortalidade por doenças cardiovasculares e síndrome de resistência insulínica. Essas constatações têm sido atribuídas à teoria da programação metabólica, que relaciona a privação nutricional, bem como a velocidade de crescimento pós-natal, à programação adaptativa de eixos metabólicos no feto e no neonato, consequente à hipertrofia e hiperplasia exagerada do tecido adiposo (ACHARD et al., 2006, BROCK et al., 2008).

As curvas de crescimento são ferramentas importantes na avaliação da situação nutricional de crianças, pois permitem a detecção precoce de alterações da saúde infantil (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2009). Com relação à estatura, ao avaliar as curvas de crescimento, observa-se que a maioria das crianças esteve na faixa de normalidade durante todo o primeiro ano de vida, estando nessa situação 70,59% destas.

As curvas de Índice de Massa Corpórea - IMC desenvolvidas pela OMS são importantes ferramentas no diagnóstico de sobrepeso e obesidade e avaliação da evolução do paciente durante tratamento, uma vez que somente visualizando-os é possível verificar a significância de pequenas variações no peso e, consequentemente, no IMC (GUERRA, 2009). Apenas 49,02% das crianças estiveram dentro do IMC esperado durante todo o seu primeiro ano de vida, sendo a obesidade diagnosticada em 35,29% das crianças em algum momento. A obesidade infantil tem consequências preocupantes a curto e longo prazo, como o aumento da mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares na idade adulta (BALABAN; SILVA, 2004).

A presença de BPN ao longo do primeiro ano de vida foi identificada em 13,73% das crianças

analisadas, o que pode acarretar prejuízos sérios à saúde, principalmente em lactentes. Nesses, pode haver comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor, impossibilitando o alcance de seu completo potencial genético, com possível perda de funções e áreas do desenvolvimento mesmo com a melhora nutricional (FRÔNIO et al., 2011).

O perímetro cefálico (PC) é uma importante variável para avaliar crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois a três primeiros anos de vida. O perímetro adequado é expresso na forma de uma faixa de normalidade. Se esse índice estiver fora da faixa de normalidade, a criança deve ser encaminhada para um especialista para afastar diagnóstico de microcefalia ou de macrocefalia (BRASIL, 2002).

Os valores médios da média do PC encontrados são semelhantes aos relatos da literatura, que referem média de PC em RN masculinos de 34,61 cm (variação entre 32,14 e 37,08 cm) e, em RN do sexo feminino, média de 34,05 cm (variação entre 31,58 e 36,52 cm) (MOTA et al., 2004).

Ao analisar essas curvas de PC, observa-se que a maioria (86,84%) das crianças estudadas esteve acima do percentil 97 em algum momento do primeiro ano de vida, porém, esse achado não se repete ao analisar o PC conforme a estatura, no qual a maior parte (75,76%) dos recém-nascidos apresentaram PC dentro do esperado para a estatura registrada.

Os testes de triagem neonatal são de particular importância para o diagnóstico precoce de determinadas enfermidades, permitindo tratamento e programas de prevenção de futuros casos (BANDEIRA et al., 2007).

Entre os dados obtidos sobre os testes de triagem, destaca-se o não registro de realização dos mesmos na maioria dos prontuários. Embora ainda não haja evidências que comprovem a efetividade da colheita de dados sobre os referidos testes na anamnese, essa é uma ferramenta importante para a detecção precoce de problemas, devendo ser feita uma colheita criteriosa dos dados a cada consulta (BLANK, 2003). Acrescido a isso, a coleta e registro dos dados dos testes de triagem neonatal em prontuário feita de forma não criteriosa pode dificultar, em última análise, uma avaliação eficiente baseada neste instrumento, bem como o monitoramento da adesão, possibilitando falha em uma boa condução do quadro (MOREIRA, 2010).

A partir da análise dos dados referentes à amamentação, viu-se que, das crianças estudadas, apenas 10,34% (3/29) não tiveram aleitamento materno exclusivo (AME) antes de completarem um mês de vida, sendo que 89,66% (26/29) utilizavam a AME nesta faixa etária. Essa prevalência encontra-se

muito acima da encontrada no Brasil (47,5%), Sudeste (38,2%) e Belo Horizonte (30,6%) (SENA et al., 2007).

A maior parte das crianças (57,14%) tiveram a AME até os quatro meses de idade, porém a utilização da mesma até os seis meses apresentou valores inferiores (20,00%), sendo substituída por outros tipos de alimentação. A AME aos quatro meses de idade na UAPS estudada teve resultados melhores do que a prevalência apontada para o Brasil (17,7%), Sudeste (14,5%) e Belo Horizonte (10,4%). A prevalência da AME aos seis meses também encontra-se acima da estimada no Brasil (7,7%), Sudeste (6,7%) e Belo Horizonte (4,6%) (SENA et al., 2007). Mas apesar das taxas encontradas de AME aos quatro e seis meses serem maiores que as referências nacionais, ainda estão distantes do ideal preconizado pela OMS, MS e Sociedade Brasileira de Pediatria que seria 100%.

A AA teve maior prevalência na idade de cinco meses (5/15) e aos seis meses (3/15) em relação à AME, o que evidencia o desmame precoce nessas crianças. A utilização da AA precocemente pode acarretar prejuízos à saúde infantil, como alterações na musculatura orofacial, na postura de repouso dos lábios e da língua, na formação da arcada dentária e no palato, assim como danos à mucosa gastrointestinal (NEIVA et al., 2003).

Aos quatro meses, 7,14% (1/14) das crianças utilizavam alimentação complementar; aos seis meses, 60% (9/15), indicando que a maioria das crianças estudadas teve a introdução da alimentação complementar no período correto conforme recomenda o MS, a partir de seis meses (BRASIL, 2004).

Os primeiros anos de vida de uma criança são críticos, devido à alta velocidade de crescimento e intenso desenvolvimento, tendo a nutrição um papel fundamental para ocorrência adequada destes eventos. A prática alimentar inadequada, principalmente nos primeiros anos de vida, está intimamente associada ao aumento da morbidade, como doenças infecciosas, desnutrição e carências específicas de micronutrientes (OLIVEIRA et al., 2005).

Com relação à imunização, diferentemente do que apontam outros estudos, que mostram uma tendência de manutenção do calendário vacinal em dia mesmo na ausência de consultas periódicas de puericultura (MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007; MOURA, 1998), a maior parte das crianças (24/37) possuía um calendário de imunização atrasado durante algum momento até completarem um ano de idade. Entre as vacinas que não foram aplicadas no período preconizado, destaca-se a participação da vacina anti-meningocócica neste grupo (7/24), fator este que pode estar relacionado

com sua introdução recente, novembro de 2009, no programa de imunização do estado de Minas Gerais (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2009).

5 CONCLUSÃO

A partir das variáveis analisadas, viu-se que o número de consultas destinadas principalmente à puericultura ficou aquém do preconizado pelo MS, o que pode estar relacionado à adesão inadequada a outros componentes do programa, como verificado no estudo.

O valor encontrado referente ao BPN nas crianças estudadas é alarmante, uma vez que essa variável se relaciona diretamente com a morbimortalidade na infância, assim como na idade adulta, devendo ter sua etiologia estabelecida nos fatores pré-natais.

No que concerne à amamentação, verificou-se que a prevalência da prática da AME se deu em período menor do que o preconizado pelo MS e outras instituições internacionais e nacionais (até seis meses de vida) o que pode trazer danos à saúde da criança, visto ser o leite materno incontestavelmente o melhor alimento para o lactente. No entanto, a maioria das crianças estudadas teve a introdução da alimentação complementar no período correto recomendado pelo MS, a partir de seis meses. Sabe-se que o período de transição alimentar do lactente é de majoritária importância na introdução e fixação de hábitos

alimentares saudáveis, além de ser essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados.

A puericultura é um dos pilares da saúde infantil, norteando as diretrizes do cuidado à atenção integral da criança, e a falha em sua aplicação na atenção básica interfere diretamente na prevenção de doenças e na promoção de saúde, gerando gastos futuros para o próprio sistema. No Brasil, a rede de assistência primária à saúde é pública e disponível à maioria das mulheres, constituindo a principal responsável por acompanhar o binômio mãe-filho nos primeiros anos da criança.

A ausência do registro completo dos dados de história e exame físico nos prontuários analisados se mostrou uma limitação em nosso estudo, visto ter restringido o número de variáveis estudadas bem como de informações mais detalhadas referentes às estudadas, dificultando assim o aprofundamento na análise. Essa questão deixa clara a necessidade do preenchimento adequado dos prontuários por parte dos profissionais de saúde, não somente como reflexo do bom atendimento ao usuário do serviço de saúde, mas também a fim de propiciar melhor qualidade dos dados a serem utilizados em estudos posteriores.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para a monitorização do serviço de puericultura dessa unidade e avaliação periódica do mesmo, o que pode propiciar, em última análise, a melhoria da qualidade do serviço prestado à comunidade.

Description of some variables of childcare in a primary health care unit in the city of Juiz de Fora - MG

ABSTRACT

Puericulture is one of the pillars of maternal and child health. The analysis of puericulture program is essential to ensure its quality. In order to evaluate some variables that comprise the puericulture program in a Unit of Primary Health Care, in the city of Juiz de Fora, MG, was realized a transversal study, evaluating medical records of 51 children born in the first semester of 2010, and this data was subjected to descriptive analysis by SPSS version 13.0. Of these children, not one gets a minimum of seven routine visits recommended by the Brazilian's Ministry of Health. Had low birth weight 15.15% of the reported. The majority of children were within the normal range when analyzed weight (68.63%) and height (70.59%), however, obesity was diagnosed in 35.29% of children at some time during their first year of life. In most records there was no registration of the realization of screening tests. Most of the children had exclusive breastfeeding until 4 months of age, although the use of it until 6 months had lower values. The immunization schedule had been delayed in most children (64.86%). The number of consultations mainly for puericulture was below recommended levels, which might be related to an inadequate adherence to other program components. It is hoped that the results of this research can contribute to monitoring the puericulture service in that unit and to a periodic evaluation of it.

Keywords: Infant care. Primary health care. Growth. Preventive health services.

REFERÊNCIAS

- ACHARD, V. et al. Perinatal Programming of Central Obesity and the Metabolic Syndrome: role of glucocorticoids. **Metabolic Syndrome And Related Disorders**, New Rochelle, v. 4, no. 2, p. 129-137, Jun. 2006.
- BALABAN, G., SILVA, G. A. P. Efeito protetor do leite materno contra obesidade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 7-16, 2004.
- BANDEIRA, F. M. G. C. et al. Importância dos programas de triagem para o gene da hemoglobina S. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 2, p. 179-184, 2007.
- BLANK, D. A. Puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria** [Online]. Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. S13-S22, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de fatores de risco e proteção**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/g16.def>>. Acesso em: 22 set. 2011.
- 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, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF, 2002.
- BROCK, R. S. et al. Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 70-76, 2008.
- DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de saúde da família e a puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.
- FALEIRO, J. J. et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 482-489, mar./abr. 2005.
- FRÔNIO, J. S. et al. Estado nutricional e desenvolvimento motor grosso de lactentes entre seis e dezoito meses de idade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 30-38, 2011.
- GUERRA, A. As curvas de crescimento da OMS. **Acta Pediatrica Portuguesa**, Lisboa, v. 40, n. 3, p. 41-45, 2009.
- MCCORMICK, M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 312, p. 82-90, 1985.
- MELLO, D. F.; LIMA, R. A.; SCOCHI, C. G. Health follow-up of children in poverty situation: between the routine and eventuality of daily care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 820-827, 2007.
- MOREIRA, L. M. C. **Centros Viva Vida de referência secundária: um estudo de caso da atenção pediátrica**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- MOTA, M. et al. Antropometria craniana de recém-nascidos normais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3-A, p. 626-629, 2004.
- MOURA, E. C. The relationship between the use of primary health care and infant health status at 12 months in a Brazilian community. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, p. 79-87, 1998.
- NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 7-12, 2003.
- OLIVEIRA, L. P. M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 18, n. 4, p. 459- 469, jul./ago. 2005.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Resolução nº 2111, de 18 de novembro de 2009. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, Seção 1, p. 84-85, 2009.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de mortalidade infantil 2010**. Juiz de Fora, 2010.
- SENA, M. C. F. et al. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 520-524, 2007.
- SILVEIRA, F. J.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação nutricional de crianças do Vale do Alto Jequitinhonha com a utilização das novas curvas de crescimento do NCHS e da OMS. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 133-138, jun. 2009.
- VITOLLO, M. R. et al. Utilização do serviço de puericultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child growth standards**. Geneva, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/en/>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

Enviado em 18/1/2012

Aprovado em 26/2/2012