

**Estratégia de acompanhamento de crianças menores de dois anos na atenção primária à saúde****Monitoring of children under two years in primary health care**

DOI:10.34117/bjdv6n9-406

Recebimento dos originais: 15/08/2020

Aceitação para publicação: 17/09/2020

**Walana Erika Amancio Sousa**

Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
São José de Ribamar, Maranhão, Brasil.  
walanasousa@gmail.com

**Leandro Cardozo dos Santos Brito**

Mestrando no Programa de Pós-graduação em Ciências Biomédicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI)  
Parnaíba, Piauí, Brasil.  
leandrosbrito@gmail.com

**Graciara Leticia Bezerra Lima**

Pós Graduação em Saúde da Família e Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão-UFMA e Gestão da Clínica em Saúde pelo Instituto Sírio Libanês.  
Caxias, Maranhão, Brasil.  
graleticia@hotmail.com

**Taise Oliveira Rodrigues**

Especialista em Saúde da Família através do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
Caxias, Maranhão, Brasil.  
taise.orodrigues@gmail.com

**Sara Ferreira Coelho**

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI)  
Caxias, Maranhão, Brasil.  
ft.saracoelho@gmail.com

**Ana Paula Vieira da Costa**

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
São Luís, Maranhão, Brasil.  
apvcostaa@gmail.com

**Wisic Cristina Maciel Nascimento Sousa**

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
São Luís, Maranhão, Brasil.  
wisiscristina@hotmail.com

**Polyana Cabral da Silva**

Enfermeira obstetra pelo Programa de Residência em Área Profissional da Saúde em Enfermagem Obstétrica da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
São Luís, Maranhão, Brasil.  
enf.polyanacabral@hotmail.com

**RESUMO**

No âmbito da vigilância à saúde da criança, a equipe multiprofissional tem responsabilidades de cuidado e suporte humanizado à criança e sua família, valorizando o bem-estar biopsicossocial, identificando e intervindo em necessidades e vulnerabilidades. Este estudo tem como objetivo descrever a assistência prestada no cuidado compartilhado às crianças de 0 a 2 anos na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de relato de experiência que descreve as atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional em uma unidade básica de saúde, desde abril de 2017. Foi instituído como rotina na unidade o fluxo de atendimento às crianças de 0 a 24 meses: com avaliação odontológica; consulta compartilhada com a enfermagem e a nutrição aos seis meses; utilização da escala de Denver II para avaliação do desenvolvimento infantil; além da supervisão e reforço quanto a importância da suplementação de sulfato ferroso, dose semestral de vitamina A e calendário vacinal. Assim, a depender do caso, realiza-se uma consulta compartilhada a fim de garantir um atendimento integral e resolutivo. As consultas representam um espaço para a educação em saúde e uma oportunidade para que os profissionais orientem cada mãe de acordo com a fase da criança e problemas apresentados.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, Equipe multiprofissional, Assistência integral à saúde da criança.

**ABSTRACT**

Within the scope of the child's health limit, a multiprofessional team has health care and humanized support for the child and his family, valuing biopsychosocial well-being, identifying and intervening in needs and vulnerabilities. This study aims to describe the care provided in shared care for children aged 0 to 2 years in Primary Health Care. This is an experience report that describes how activities developed by the multiprofessional team in a Basic Health Unit, since April 2017. It was established as a routine in the unit or flow of care for children from 0 to 24 months: with dental evaluation; shared consultation with nursing and nutrition at six months; use of the Denver II scale to assess child development; in addition to supervision and reinforcement regarding the importance of iron sulfate supplementation, semiannual dose of vitamin A and vaccination schedule. Thus, in case of a case, make a shared consultation in order to guarantee a comprehensive and resolute service. The consultations represent a space for health education and an opportunity for professionals oriented to each mother according to the child's stage and problems presented.

**Keywords:** Primary health care, Multiprofessional team, Comprehensive child health care.

## 1 INTRODUÇÃO

Os programas de vigilância à saúde da criança visam a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a detecção precoce de anormalidades físicas e no desenvolvimento. Essa intervenção oportuna e precoce gera impacto positivo no desenvolvimento humano, desde o nascimento até os seis anos de idade. Isso ocorre por meio de incentivos a práticas de estímulo ao desenvolvimento na primeira infância, a partir de estruturas multissetoriais que incluem ações de saúde, nutrição, acesso a serviços, ambiente seguro e afetivo, defesa de direitos, proteção e oportunidades de aprendizagem<sup>1,2</sup>.

A atenção integral à saúde da criança visa à redução dos índices de morbimortalidade na infância com a incorporação de novas tecnologias, a reorganização do sistema de saúde e o envolvimento de diversos agentes e segmentos sociais. Estimativas para até 2030 indicam que a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade está ligada à prematuridade, pneumonia pós-neonatal e complicações intraparto, sendo fundamentais os esforços mundiais e locais para melhorar as condições de saúde e de desenvolvimento das crianças<sup>3,4</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora na organização dos sistemas de saúde, tem tido a importante tarefa do acesso e da cobertura universal em saúde, com caráter de sistemas de saúde mais sólidos e equitativos, como um marco orientador do desenvolvimento global<sup>5</sup>. Na realidade brasileira, desde 1994 foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em busca de fortalecer a atuação com as famílias, reorganizar o modelo de atenção à saúde e propor mudanças significativas no contexto da atenção primária à saúde, em consonância com os preceitos da vigilância à saúde e com um novo paradigma voltado para a prática humanizadora e holística<sup>6</sup>.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde e da vigilância à saúde da criança, a equipe multiprofissional tem responsabilidades de cuidado e suporte humanizado à criança e sua família, valorizando o bem-estar biopsicossocial, identificando e intervindo em necessidades e vulnerabilidades<sup>4</sup>. Isso ocorre especialmente quando se atua sob a ótica do cuidado compartilhado, ou seja, quando há a troca de saberes e de experiências e a corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidado em saúde<sup>7</sup>.

O cuidado multiprofissional às crianças no contexto da APS vem se transformando e fortalecendo saberes compartilhados no contexto de atuação com as famílias, trazendo subsídios para a reconstrução de boas práticas de saúde. Diante da relevância da primeira infância e das ações de saúde, nutrição, acesso a serviços, defesa de direitos e proteção da criança<sup>1,2</sup>, é fundamental explorar e detalhar as contribuições das práticas da equipe de saúde para a promoção do desenvolvimento nessa fase. Assim, este estudo tem como objetivo descrever a assistência prestada no cuidado compartilhado às crianças de 0 a 2 anos na Atenção Primária à Saúde.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência que descreve as atividades desenvolvidas pelos profissionais pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma universidade da região Nordeste do Brasil. O estudo ocorreu em uma unidade básica de saúde (UBS) em processo de planificação. A unidade em questão possui uma equipe multiprofissional formada por profissionais efetivos do município e residentes em saúde da família, integrada a equipe desde abril de 2017.

O relato de experiência descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação, sua relevância está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence<sup>8</sup>.

A criação e implantação de uma rotina de acompanhamento e atendimento multiprofissional a criança, em especial as menores de dois anos, partiu de discussões acerca da garantia dos direitos das mesmas e melhoria da assistência prestada. Durante esse planejamento, questionou-se como poderiam ser feitos o acompanhamento e consulta multiprofissional garantindo que todas as crianças passassem pelo mesmo processo de maneira contínua.

Assim, através de discussões durante reuniões de equipe com: enfermeiros e técnicos em enfermagem, médico, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, cirurgião dentista e agentes comunitários de saúde (ACS); buscaram-se estratégias para melhorar a assistência a esse público. Para isso, foram criadas duas estratégias para implementação e controle do atendimento as crianças menores de dois anos: uma rotina ou fluxograma de consultas de puericultura e elaboração de um calendário de consultas para controle da equipe da multiprofissional.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a criação de uma rotina ou fluxograma de consultas de puericultura, o primeiro ponto foi a criação de uma rotina de consultas mensais para as crianças de até um ano de idade e a cada 6 meses para as de 12 a 24 meses. Ou seja, será realizado um maior número de consultas no primeiro ano do que o preconizado pelo Ministério da Saúde (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês). Do segundo ano em diante, ocorre como o recomendado: consultas no 18º mês e no 24º mês, sendo as demais consultas próximas a data de 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 frequência. Deve-se sempre levar em

consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, as vulnerabilidades e a resiliência. Não existem estudos bem delineados que avaliem o impacto e o número ideal de consultas para crianças assintomáticas<sup>9</sup>.

Além disso, a primeira consulta da criança é programada pela equipe de acordo com a necessidade da família, adequando o tempo da consulta às suas necessidades, como a reserva de uma hora para atendimento do recém-nascido (RN) e da puérpera, garantindo mais tempo do profissional com a família para esclarecimento de dúvidas.

A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer na sua primeira semana de vida, que constitui um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família. A primeira semana de saúde integral, preconizada pela publicação “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, lembra ainda da importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da puérpera<sup>10</sup>.

As consultas mensais são alternadas entre médico e enfermeiro para melhor acompanhamento das crianças, especialmente as de alto risco, casos especiais que são acompanhados pela atenção básica e pela média e alta complexidade, por exemplo: prematuras, infectadas pelo HIV ou com má formação congênita. No momento que se identifica a necessidade da intervenção ou orientação de outro profissional da equipe, a mesma é realizada no momento do atendimento médico ou de enfermagem. Caso não seja possível, um novo encontro é agendado.

A UBS em questão trabalha com agendamentos programados por bloco de horas para todos os profissionais, além do atendimento por demanda espontânea quando necessário. Isso permite uma maior flexibilidade aos profissionais e maior conforto aos usuários, pois não precisam enfrentar filas ou esperar horas para o atendimento. Os agendamentos proporcionam um planejamento de atendimentos realizado por mais de um profissional de saúde, a depender da necessidade da criança ou da mãe.

Com isso, a rotina foi implementada para iniciar na primeira semana de vida através de visita domiciliar (VD) e/ou coleta do teste do pezinho, que ocorre entre o 3º e 5º quinto dia de vida na própria unidade. Em seguida, é feita a consulta ou agendamento odontológico para avaliação da cavidade oral e orientação de higiene, com nova avaliação após o surgimento dos primeiros dentes e a cada 6 meses.

Em seguida foi estabelecido a consulta compartilhada da enfermagem e nutrição aos seis meses de vida da criança para orientações da introdução alimentar, com posterior avaliação se a criança apresentar alimentação inadequada para a idade ou atraso no crescimento. A estatura e peso

constituem uns dos indicadores de saúde da criança, o seu acompanhamento sistemático e do ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade<sup>9,10</sup>.

Em casos especiais, onde há suspeita ou atraso no desenvolvimento, realiza-se atendimento junto a fisioterapia para aplicação da escala de Denver II para avaliação do desenvolvimento infantil durante as consultas médica e de enfermagem, além dos aspectos avaliados em cada consulta de acordo com a caderneta de saúde da criança.

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 desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças. Portanto, são de relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitivas nas consultas de supervisão de saúde<sup>11</sup>.

Além dessas ações, ocorre a supervisão e reforço da farmacêutica quanto a importância da suplementação de sulfato ferroso, dose semestral de vitamina A e calendário vacinal, vigilância geralmente realizada na sala de vacina ou na farmácia da unidade e não somente durante as consultas mensais, mas também em toda oportunidade que a criança e/ou a mãe se encontram na unidade.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde, a política de fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro no Brasil. Tais estratégias recomendam a suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer e pré-termo. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no período pós-parto imediato residentes em regiões consideradas de risco<sup>12</sup>.

Uma em cada três pessoas no mundo é afetada pela deficiência de vitamina A ou pela deficiência de ferro. Manifestações clínicas dessas carências (como morte materna e infantil, resposta imunológica diminuída, cegueira, retardo mental e anemia) afetam mais de meio bilhão da população mundial. A anemia é um dos fatores mais importantes relacionados ao baixo peso ao nascer, à mortalidade materna e ao déficit cognitivo em crianças. A deficiência de vitamina A (DVA) é a principal causa de cegueira evitável no mundo, estando também associada a 23% das mortes por diarreias em crianças<sup>9</sup>. Além disso, o papel que as vacinas desempenham de prevenção e promoção na Atenção Básica à Saúde é indiscutível, sendo uma das poucas ações com forte evidência de proteção a saúde infantil capazes de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância<sup>10</sup>.

## Brazilian Journal of Development

Assim, a depender do caso realiza-se uma consulta compartilhada a fim de garantir um atendimento integral e resolutivo, garantindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, propõe-se a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, utilizando educação continuada da comunidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e incentivando o controle social<sup>13</sup>.

A segunda estratégia, criação de um calendário de consultas para crianças menores de dois anos, foi necessária, pois no município é utilizada a versão antiga e simplificada da caderneta da criança. Desse modo, foram elaborados quadros do calendário de consultas e anexados a caderneta da criança junto aos ACS, propiciando melhor acompanhamento das consultas mensais. O mesmo possui espaço para preenchimento das consultas de puericultura com data, horário e profissional, além de um espaço para as consultas odontológicas e visitas domiciliares dos ACS.

Figura 1. Representação do calendário de consultas da criança menor de dois anos anexado a caderneta de saúde. Caxias, Maranhão, 2019

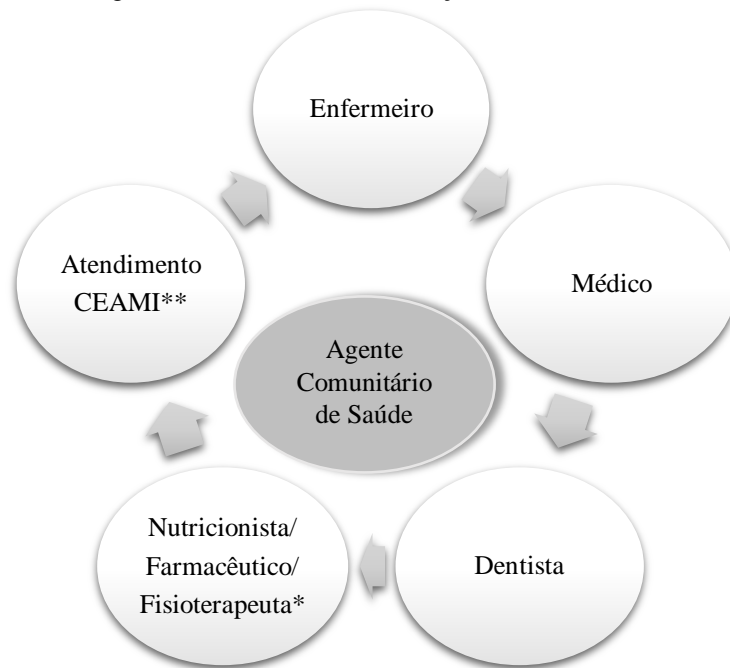


Fonte: autores

A figura A mostra o primeiro calendário desenvolvido pela equipe, que foi aprimorado após três meses para o da figura B, com inserção da consulta da primeira semana de vida, local para registro da consulta odontológica e vista domiciliar do ACS.

Durante as visitas, os agentes comunitários observam o agendamento e comparecimento das consultas mensais, investigando possíveis faltas ou atrasos, além de informar a equipe sobre falhas nos agendamentos e retornos com correção oportuna para não atrasar o calendário de consultas da criança. Assim o acompanhamento é realizado por toda a equipe de maneira cíclica: enfermeiro/médico-dentista-nutricionista-ACS-enfermeiro/médico-farmacêutico-ACS-enfermeiro/médico-fisioterapeuta, como mostra a figura 2.

Figura 2. Fluxograma de atendimento da criança menor de dois anos. Caxias, Maranhão, 2019



Fonte: autores

\*O atendimento do nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta são realizados conforme a necessidade da criança, além da vigilância em saúde contínua.

\*\*O Centro de Especialização Materno Infantil (CEAMI) são para as crianças estratificadas como alto risco de acordo com o protocolo do município

Com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas. A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde pelo Ministério da Saúde. Um estudo evidencia ainda que tal prática e as atividades que envolvem bebês e crianças em geral são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde<sup>10</sup>.

Desde o início da implantação da estratégia, cerca de 50 crianças passaram por esse processo, onde foi observado maior periodicidade das consultas, com detecção precoce de problemas de saúde e familiares; com aleitamento materno exclusivo até os 6 meses em cerca de 80% das crianças; redução de atraso do calendário vacinal, onde de 90% das crianças menores de dois anos que são acompanhadas pela unidade, as que apresentam atrasos são decorrentes a problemas de distribuição das vacinas; apenas 4% desse quantitativo foram internadas ou atendidas em serviços de urgência ou emergência; praticamente todas as crianças acima de seis meses possuem a dose semestral de vitamina A e suplementação de sulfato ferroso; além fortalecimento do vínculo entre os profissionais da unidade e a comunidade.

Entre os desafios encontrados, estão a condição de trabalho pelos recursos materiais e infraestrutura da unidade, onde não apresenta salas amplas para o atendimento dos profissionais ou



recursos didáticos para avaliação do desenvolvimento infantil e as atividades de educação em saúde; a cultura de preferência por serviços especializados, especialmente por parte dos usuários, dificulta o atendimento na perspectiva da integralidade do cuidado Atenção Primária à Saúde. Porém estratégias de aproximação entre comunidade e profissionais, como está, contribuem para a superação desses estigmas sociais que reforçam o atendimento às doenças agudizadas em detrimento a prevenção da saúde.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a implementação das estratégias de consultas de puericultura mensais e monitoramento por parte dos agentes comunitários de saúde, observou-se maior regularidade nas consultas e melhor acompanhamento do calendário vacinal e vigilância a saúde da criança. Além disso, destaca-se a redução das notificações dos casos de diarreia em crianças menores de 2 anos e melhora do acompanhamento rigoroso das crianças com atraso do desenvolvimento. Quanto aos problemas de crescimento e desnutrição, não foram identificados nenhum no período pesquisa, inclusive nas crianças de baixa renda.

As consultas representam um espaço para a educação em saúde e uma oportunidade para que os profissionais de saúde orientem cada mãe de acordo com a idade da criança e os problemas apresentados. Além disso, permitem o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, desenvolvimento cognitivo e comportamental, da prevenção de doenças imunopreveníveis e do incentivo aos hábitos saudáveis de vida.

O cuidado compartilhado junto a uma equipe multiprofissional inserida no contexto da residência multiprofissional em saúde contribui na formação e na qualificação do profissional, tem como proposta o comprometimento com o cuidado, principalmente no que tange à integralidade, e propicia mudanças necessárias no modelo técnico-assistencial. A residência aprofunda os debates teórico-práticos e permite a construção de novos saberes entre as diferentes categorias profissionais da saúde.

#### **REFERÊNCIAS**

1. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*. [Internet]. 2017 jan [acesso em 2019 dez 6]; 389(10064):91-102. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3).

2. Black MM, Walker SP, Fernald LC, et al. Early childhood development: lifelong science. *The Lancet*. [Internet]. 2017 jan [acesso em 2019 dez 6]; 389(10064):77-90. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
3. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*. [Internet]. 2015 jan [acesso em 2019 dez 6]; 385(9966):430-440. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6).
4. Yakuwa MS, Neill S; Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. [Internet]. 2018 jul [acesso em 2019 dez 6]; (26)1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>.
5. Almeida PFD, Santos AMD. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks?. **Revista de Saúde Pública**. [Internet]. 2016 dez [acesso em 2019 dez 6]; 50(80):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2016.v50/80/pt>.
6. Silva TMRD; Alvarenga MRM; Oliveira MAC. Evaluation of the vulnerability of families assisted in Primary Care in Brazil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. [Internet]. 2012 out [acesso em 2019 dez 6]; 20(5):935-943. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.957.2428&rep=rep1&type=pdf>.
7. Lima MDS, Aguiar ACLD, Sousa MM. The shared care in mental health as potential of user autonomy. *Psicologia em Estudo*. [Internet]. 2015 out-dez [acesso em 2019 dez 6]; 20(4):675-686. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28309>.
8. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR. Technique of focus group in qualitative data collection: experience report. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 dez 7]; 20:1-5. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1076>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos %20/File/Politica\\_%20Nacional%20\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_%20Nacional%20de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2019 dez 10].

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/%20saude\\_crianca\\_%20crescimento\\_%20de%20envolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/%20saude_crianca_%20crescimento_%20de%20envolvimento.pdf).

11. Freitas Md, Pascoal G, Santos J, et al. Avaliação nutricional em crianças de uma creche em minas gerais: relato de experiência. Revista Contexto & Saúde. [internet]. 2018 jun [acesso em 2019 dez 10]; 18(4):36-42. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6415>.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplemen%20tacao\\_ferro\\_%20condutas\\_gerais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplemen%20tacao_ferro_%20condutas_gerais.pdf).

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/%202017/%20prt2436\\_%2022%20\\_09%20\\_%202017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/%202017/%20prt2436_%2022%20_09%20_%202017.html).