

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^{1,2}.

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^{3,4}.

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 global⁵. 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 holística⁶.

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 vulnerabilidades⁴. 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 saúde⁷.

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^{1,2}, 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 pertence⁸.

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 assintomáticas⁹.

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 puérpera¹⁰.

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^{9,10}.

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 saúde¹¹.

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 risco¹².

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 crianças⁹. 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 infância¹⁰.

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 social¹³.

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

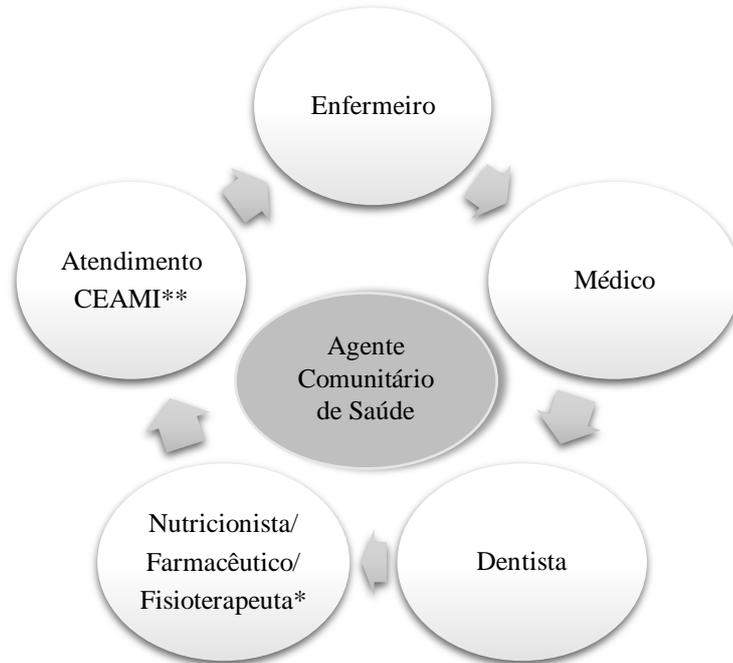


Fonte: autores

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 saúde¹⁰.

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.

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.

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.