

Aspectos da primeira infância: etapa elementar para o desenvolvimento humano

Luiza Nadia Fanezi¹  Caroline Ottobelli Getellina¹  Adriana Rotoli¹ 

¹Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI. Ijuí/RS, Brasil.
E-mail: luizanadia@hotmail.com

Resumo

A presente pesquisa abrange a linha de cuidado materno-infantil. Analisar as associações entre as alterações no crescimento e desenvolvimento e suas possíveis causas. O presente estudo foi desenvolvido no período de janeiro a dezembro do ano de 2019, no Município de Três Passos. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo documental, aplicando-se em 160 prontuários de crianças atendidas em consulta de puericultura. No que se refere a consulta de puericultura voltada às crianças acima de 2 (dois) anos, 157 (98,1%) contaram com um peso acima de 9.000 (nove) kg, em contrapartida 160 (100%) apresentaram escore não aplicável como também 157 (98,1%) evidenciaram comprimento que não se aplicou e 158 (98,7%) percentil do comprimento, relacionando assim com a ausência de informação da idade. Sendo assim, as crianças do município de Três Passos, apresentaram aspectos que vem ao encontro de um desenvolvimento da primeira infância preconizado para este grupo.

Palavras-chave: Criança. Processo saúde-doença. Puericultura.

INTRODUÇÃO

A fase que denomina o início do ciclo vital, a infância, é um período de meras aquisições, sendo estes aspectos elementares para a continuidade nas demais fases da vida. Ainda assim, esta fase é considerada um momento de fragilidade, sendo nesta fase que a criança está se adaptando ao meio externo, a vida extrauterina, sendo um período oportunista para agravos que venham alterar o crescimento e desenvolvimento fisiológico desta fase¹.

Assim sendo, o período de 0 (zero) à 2 (dois) anos corresponde a primeira infância, período o qual o ministério da saúde nos imbuí de conhecimento para que de modo siste-

mático avaliarmos os marcos do crescimento em cada idade da criança².

No entanto, todas as alterações que envolvem período da infância, correspondem ao processo de transição, onde a maneira que a criança se desenvolveu neste período implicará nas demais etapas de sua infância, ou seja, é nesta fase que a criança adquire mecanismos que podem perdurar pelos demais ciclos de sua vida, como o ato de sucção para o processo de amamentação, assim, com o aleitamento materno terá um anticorpo natural prevenindo doenças futuras³.

A linha de cuidado materno-infantil é con-

siderada uma área a qual necessita estar organizada de um modo sistematizado onde a assistência desenvolvida para este grupo seja capaz de envolver ações desde a promoção até a prevenção da saúde, ou seja, de modo a promover um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento da criança como também envolver condutas de prevenção de saúde de modo a abranger as ações de prevenção de doenças prevalentes na infância. Acompanhar a criança durante este período é fundamental, apesar disso é se comprometer com

o ser humano em todo o ciclo vital².

No que diz respeito ao evoluir da infância de forma natural correspondendo ao processo fisiológico do ciclo vital, deve-se ter um acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil. Para isto, se faz necessário conhecer a ferramenta de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, a consulta de puericultura². Este estudo tem como objetivo analisar as associações entre o crescimento e desenvolvimento e suas possíveis causas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e documental, a qual foi realizada por meio da análise dos prontuários de 160 crianças atendidas nas consultas de puericultura no primeiro e segundo semestre de 2019. Foram pesquisados os prontuários de consulta de puericultura dos anos de 2017, 2018 e 2019, sendo realizada no município de Três Passos. No que corresponde aos preceitos éticos, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da instituição e também contou com autorização do gestor municipal e do profissional responsável pela consulta de puericultura.

Com relação à amostra foi composta por 160 prontuários sendo incluídos prontuários de crianças de 0 (zero) à 2 (dois) anos, sendo que os mesmos foram enquadrados nos critérios de inclusão e exclusão.

No que se refere à análise dos dados, as variáveis foram descritas através de frequências absolutas e relativas e comparadas pelos testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e os dados foram analisados no software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são representadas informações sobre Doenças e Agravos que mais acometeram crianças de 0 (zero) à 2 (dois) anos e podem interferir no processo de crescimento e desenvolvimento infantil.

Durante avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, foi possível realizar uma análise epidemiológica buscando a frequência de doenças e agravos que mais acometeram crianças de 0 (zero) à 2 (dois) anos. Acerca desta análise, 79 (49,4%) apresentaram tosse, sendo que 74 (46,3%) tiveram apenas um episódio deste agravo. Evidenciou-se também que 117 (73,1%) apresentaram o crescimento dentro do esperado para a idade, sendo que não precisa-

ram realizar revisão do peso.

Em contrapartida, dados maternos também foram identificados nesta análise, uma vez que 141 (88,1%) das mães não se aplicou a informação quanto ao uso de Equilid.

Com relação aos agravos que acometem as crianças, 61 (38,1%) apresentaram Infecções das Vias aéreas Superiores (IVAS) e 83 (51,9%) não apresentaram. Se destaca também que os resultados voltados a presença de icterícia e sua classificação 141 (88,1%) não se aplicaram, ou seja, não constaram esta informação nos prontuários, e com relação as cruzes (locais do corpo que mais foi evidenciado a icterícia) 142 (88,8%) não se aplicaram.

Tabela 1 – Informações sobre Doenças e agravos que mais acometeram crianças de 0 (zero) à 2 (dois) anos. Três Passos. Rio Grande do Sul. Brasil. 2020.

Variáveis	n=160 (%)	Variáveis	n=160 (%)
Tosse*		Uso de complexo vitamínico*	
Sim	79 (49,4)	Sim	29 (18,1)
Mais que um episódio	7 (4,4)	Não	89 (55,6)
Não	74 (46,3)	Não se aplica	42 (26,3)
Febre*		Obstrução nasal*	
Sim	63 (39,4)	Sim	14 (8,8)
Mais que um episódio	6 (3,8)	Não	142 (88,8)
Não	91 (56,9)	Não se aplica	4 (2,5)
Revisão do peso*		Uso de medicamentos para infecção do trato respiratório superior*	43 (26,9)
Sim	38 (23,8)	Necessitou fazer uso de antibióticoterapia*	29 (18,1)
Não	117 (73,1)	Bronquite*	17 (10,6)
Não se aplica	5 (3,1)	Coriza*	23 (14,4)
Mãe necessitou fazer uso de Equilid*		Diarreia*	15 (9,4)
Sim	8 (5,0)	Impetigo*	9 (5,6)
Não	11 (6,9)	Anemia*	13 (8,1)
Não se aplica	141 (88,1)	Obesidade*	1 (0,6)
Infecção das Vias aéreas Superiores (IVAS)*		Necessitou de encaminhamento ao Hematologista*	4 (2,5)
Sim	61 (38,1)	Necessitou repetir teste do olhinho*	0 (0,0)
Não	83 (51,9)	Necessitou repetir teste da orelhinha*	3 (1,9)
Não se aplica	16 (10,0)	Necessitou fazer uso de medicamento para verminoses*	3 (1,9)
Ictericia/classificação*		Cardiopatia/ Comunicação Interventricular *	3 (1,9)
Patológica	11 (6,9)	Bloqueio incompleto de ramo direito de ventrículo*	3 (1,9)
Fisiológica	8 (5,0)	Necessitou realizar eletrocardiograma*	7 (4,4)
Não se aplica	141 (88,1)	Necessitou fazer uso de medicamento com efeito diurético*	3 (1,9)
Ictericia*		Dor abdominal*	7 (4,4)
Até umbigo	5 (3,1)	Infecção Gastrointestinal*	
Até os joelhos	2 (1,3)	Sim	19 (11,9)
Até os tornozelos e antebraço	2 (1,3)	Não	130 (81,3)
Até a região plantar e palmar	1 (0,6)	Não se aplica	11 (6,9)
Inclassificável	8 (5,0)	Otite média aguda (OMA)*	
Não se aplica	142 (88,8)	Unilateral	19 (11,9)
Exantema viral*		Bilateral	10 (6,3)
Sim	15 (9,4)	Não apresentou	131 (81,9)
Não	138 (86,3)	Pneumonia*	6 (3,8)
Não se aplica	7 (4,4)	Amigdalite Bacteriana Aguda*	7 (4,4)
Vômito*		Refluxo*	3 (1,9)
Sim	10 (6,3)	Estomatite*	7 (4,4)
Não	146 (91,3)	Vômito*	5 (3,1)
Não se aplica	4 (2,5)	Alergia*	
Otite*		Proteína ovo	1 (0,6)
Unilateral	20 (12,5)	Não especificada	3 (1,9)
Bilateral	9 (5,6)		
Supurada	4 (2,5)		
Não se aplica	127 (79,4)		

continua...

...continuação - Tabela 1

Variáveis	n=160 (%)
Não apresentou	156 (97,5)
Queda acentuada na curva de ganho de peso*	13 (8,1)
Irritabilidade*	8 (5,0)
Edema alérgico*	3 (1,9)
Dermatite por contato*	5 (3,1)
Gastroenterite*	2 (1,3)
Conjuntivite*	
Rinoconjuntivite	3 (1,9)
Conjuntivite	64 (40,0)
Não apresentou	93 (58,1)
Infecção do trato urinário*	3 (1,9)
Hérnia umbilical*	1 (0,6)
Sopro cardíaco*	5 (3,1)
Otalgia*	0 (0,0)
Gengivite*	0 (0,0)
Laringite/Rinofaringite*	
Laringite	4 (2,5)
Rinofaringite	40 (25,0)
Não apresentou	116 (72,5)
Síndrome Pé-mão-boca*	2 (1,3)
Necessitou realizar exames qualitativo de urina (EQU)*	6 (3,8)
Necessitou realizar revisão do peso*	19 (11,9)
Apresentou oligúria *	3 (1,9)
Necessitou realizar raio x de tórax*	4 (2,5)
Bronquite*	7 (4,4)
Em uso de sulfato ferroso*	13 (8,1)
Diabete Mellitus*	1 (0,6)
Lábio leporino*	20 (12,5)
Infecção do trato urinário*	7 (4,4)
Necessitou realizar ultrassonografia das vias urinárias*	3 (1,9)
Lesão de pele*	9 (5,6)
Sífilis congênita*	1 (0,6)
Desidratação*	3 (1,9)
Lesões orais*	4 (2,5)
Glaucoma*	0 (0,0)
Candidíase*	
Oral	3 (1,9)
Períneo	3 (1,9)

Variáveis	n=160 (%)
Vaginal	1 (0,6)
Não se aplica	153 (95,6)
Verminose*	0 (0,0)
Hidrocele*	2 (1,3)
Hipertensão pulmonar*	1 (0,6)
Hemorragia pulmonar*	1 (0,6)
Hiponatremia severa*	1 (0,6)
Persistência do ducto arterial*	2 (1,3)
Hipospádia Criptorquidia*	1 (0,6)
Hérnia inguinal*	3 (1,9)
Necessitou de encaminhamento ao oftalmologista*	1 (0,6)
Necessitou fazer uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI)*	2 (1,3)
Hiponatremia*	1 (0,6)
Hidrólise*	2 (1,3)
Infecção respiratória*	12 (7,5)
Hipotireoidismo*	1 (0,6)
Alteração na cavidade oral*	3 (1,9)
Necessitou fazer uso de fototerapia*	8 (5,0)
Infecção neonatal*	3 (1,9)
Bronqueolite*	1 (0,6)
Amigdalite*	1 (0,6)
Infecção pulmonar *	2 (1,3)
Necessitou de encaminhamento para biópsia*	1 (0,6)
Exantema facial*	2 (1,3)
Estomatite*	4 (2,5)
Crises de ausência*	1 (0,6)
Abaulamento de fontanelas*	3 (1,9)
Encaminhamento para Tomografia Computadorizada de Crânio*	1 (0,6)
Uso de medicamento para aumento da imunidade*	1 (0,6)
Alteração no teste do pezinho*	1 (0,6)
Hipocalcemia*	1 (0,6)
Meningite viral*	1 (0,6)
Mãe HIV Positivo*	1 (0,6)
Uso AZT*	1 (0,6)
Acidose Metabólica*	1 (0,6)
Admissão hospitalar UTI*	1 (0,6)
Rinite*	1 (0,6)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Nota: *variáveis contínuas (média e porcentagem absoluta)

A laringite acometeu 40 (25,0%), 116 (72,5%) desenvolveram rinofaringe sendo que os dados referentes a candidíase 153 (95,6%) não se aplicam.

Na Tabela 2 são representadas informações relativas aos resultados das associações das doenças e agravos prevalentes as crianças com baixo peso.

Associando baixo peso ao nascer com as variáveis em estudo, crianças com baixo peso ao nascer apresentaram uma proporção significativamente mais elevada de uso de complexo vitamínico ($p=0,016$), edema alérgico ($p=0,038$), infecção neonatal ($p=0,038$) e infecção pulmonar ($p=0,014$) do que as crianças sem baixo peso. Além disso, as crianças de baixo peso tenderam a ter maior revisão do peso e uso de sulfato ferroso ($p=0,057$ e $p=0,053$, respectivamente).

Na tabela 3 são representadas informações quanto ao crescimento e desenvolvimento infantil na faixa etária que corresponde aos 2 anos de idade, período este que possui características elementares para o fim do período de primeira infância.

No que se refere à consulta de puericultura voltada às crianças acima de 2 (dois) anos, 157 (98,1%) contaram com um peso acima de 9.000 (nove) kg, em contrapartida 160 (100%) apresentaram escore não aplicável como também 157 (98,1%) evidenciaram comprimento que não se aplicou e 158 (98,7%) percentil do comprimento, relacionando assim com a ausência de informação da idade

Além disso, foram analisadas informações quanto ao teste do olhinho (reflexo fotomotor e reflexo vermelho) e reflexos primitivos. Acerca desta análise, 157 (98,11%) das crianças apresentaram reflexo fotomotor e reflexo vermelho.

Neste prosseguimento, 158 (98,7%) das crianças apresentaram desenvolvimento infantil dentro do esperado para a faixa etária dos dois anos, falaram seu próprio nome, nomeavam objetos como seus, se reconheceram no espelho bem como falavam as primeiras frases. Das 160 (100%) crianças não se aplicou as informações quanto ao uso de fraldas.

Tabela 2 – Associações das doenças e agravos com baixo peso. Três Passos. Rio Grande do Sul. 2019.

Variáveis	Com baixo peso	Sem baixo peso	P
Uso de complexo vitamínico*			0,016
Sim	6 (31,6)	23 (16,5)	
Não	13 (68,4)	75 (54,0)	
Não se aplica	0 (0,0)	41 (29,5)	
Edema alérgico*	2 (10,5)	1 (0,7)	0,038
Revisão do peso	5 (26,3)	14 (10,1)	0,057
Está fazendo uso de sulfato ferroso*	4 (21,1)	9 (6,5)	0,053
Infecção neonatal*	2 (10,5)	1 (0,7)	0,038

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: *variáveis contínuas (média porcentagem absoluta)

Tabela 3 – Informações correspondentes a 2 anos de idade. Três Passos. Rio Grande do Sul. Brasil. 2019.

Variáveis	n=160 (%)
Peso*	
De 8.000 kg à 9.000 kg	3 (1,9)
>9.000 kg	157 (98,1)
Percentil peso	
Não se aplica	160 (100)
Comprimento*	
De 70 cm a 80 cm	1 (0,6)
>80 cm	2 (1,3)
Não se aplica	157 (98,1)
Percentil comprimento/idade*	
>= -2 e <= +2 escores z: comprimento adequado para idade	1 (0,6)
< -3 escores z: comprimento muito baixo para idade	1 (0,6)
Não se aplica	158 (98,7)
Perímetro cefálico*	
De 40 a 50	1 (0,6)
Não se aplica	159 (99,4)
Percentil perímetro cefálico	
Não se aplica	160 (100)
Visão - Apresentou reflexo fotomotor e reflexo vermelho*	
Sim	3 (1,9)
Não se aplica	157 (98,1)
Em uso de complemento alimentar*	
Sim	1 (0,6)
Não se aplica	159 (99,4)
Diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus, reconhece-se no espelho, fala as primeiras frases*	
Sim	2 (1,3)
Não se aplica	158 (98,7)
Uso de fraldas*	
Não se aplica	160 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: *variáveis contínuas (média porcentagem absoluta)

DISCUSSÃO

Neste estudo abarcaram-se informações quanto ao desenvolvimento, características primordiais do marco da infância na faixa etária de dois anos, afirmando assim que em grande parte das crianças avaliadas de acordo com a idade e fase do desenvolvimento adquiriram noção de permanência do objeto (mesmo fora do seu campo visual, permanecem existindo),

senta sem apoio a partir do 7^o mês, engatinha e reage as pessoas, engatinham ou anda com apoio, fica de pé e sem apoio, andam sozinhas (1 ano a 1 ano e meio), tem acuidade visual de um adulto/balbucia, correm ou sobem degraus baixos, falam as primeiras palavras crianças na faixa etária de 1 (um) à 2 (dois) anos e por fim com relação ao número de fraldas a maioria

não aplicável.

Assim sendo Brasil⁴ destaca que um dos marcos do crescimento e desenvolvimento compreende a criança aos 7 (sete) meses sentar sem apoio, aos 6 (seis) e 9 (nove) meses arrastar-se e engatinhar, entre os 6 (seis) e 8 (oito) meses o bebê apresentar reações a pessoas estranhas, entre 1 (um) ano e 6 (seis) meses andar sozinho, em torno de 1 (um) ano possuir acuidade visual de um adulto, entre 1 (um) ano e 6 meses a 2 anos correr e subir degraus baixos, entre 2 e 3 anos dizer seu próprio nome e nomear objetos⁴.

Nesta continuidade, informações do crescimento e desenvolvimento infantil das crianças de 0 à 2 anos do município de Três Passos na última consulta constatou-se que o maior número que prevaleceu foi peso maior que 9.000 kg, percentil não aplicável devido não constar a idade na última consulta, comprimento, percentil comprimento, perímetro cefálico e percentil perímetro cefálico, reflexo fotomotor e reflexo vermelho, uso de complemento alimentar, ato de dizer seu próprio nome e nomear objetos, se reconhecer no espelho e falar as primeiras frases.

Faz-se importante frisar que o reflexo fotomotor e foto vermelho avaliados nas crianças durante a primeira consulta de puericultura, está relacionado ao teste do olhinho, sendo repetido durante a primeira consulta de puericultura. O teste do olhinho compõe uma das etapas da triagem neonatal, sendo que todo o bebê que nasce no Brasil tem direito a realizar gratuitamente os exames que compõem este programa, sendo eles: teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha, teste do coraçãozinho e teste da linguinha³. O Teste do reflexo vermelho, também conhecido como “teste do olhinho” é um exame capaz de identificar a presença de acometimentos visuais como a retinopatia da prematuridade. Assim como no presente estudo, Rodrigues *et al.*⁵ apresenta resultados semelhantes, sendo que do total de crianças avaliadas, 94,0% apresentaram reflexo ocular normal, com coloração vermelho à laranja-avermelhado⁵.

No presente estudo a doença quem mais prevaleceu nas crianças de 0 a 2 anos foi as infecções de vias aéreas superiores, rinofaringite e Tosse, doenças que cometem o trato respiratório superior.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Maebara *et al.*⁶ sendo os agravos que mais prevaleceram nas crianças avaliadas foram os problemas respiratórios, perfazendo um total de 94,0%⁶. Com relação ao desenvolvimento de icterícia a maioria das crianças não apresentaram, informação a qual vem ao encontro do estudo de Rodrigues *et al.*⁵ que retrata os benefícios das crianças que foram amamentadas, sendo um deles a prevenção da icterícia neonatal associação que pode estar relacionada ao estímulo da maturação das enzimas hepáticas para metabolismo da bilirrubina⁵.

Ao ser analisado o baixo peso ao nascer com as doenças e agravos, obteve-se uma associação estatisticamente relevante entre o baixo peso com o elevado uso de complexo vitamínico, edema alérgico, infecção neonatal e infecção pulmonar. Além disso, as crianças de baixo peso tenderam a ter maior revisão do peso e uso de sulfato ferroso.

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Santos e colaboradores, que o total de crianças avaliadas, destas 15% nasceram pré-termo, associando baixo peso ao nascer, estando com o sistema imunológico mais suscetível ao acometimento de doenças respiratórias e pulmonares pulmonares como a hipóxia, síndrome da membrana hialina, doença hemorrágica, hemorragias intracranianas, infecções e hipoglicemia⁷⁻⁸.

No entanto, baixo peso ao nascer é considerado peso inferior à 2,500 kg, sendo que aproximadamente 20% dos recém-nascidos apresentam baixo peso ao nascer no país⁹. No Brasil através da avaliação do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) é possível identificar que entre os anos de 1996 e 2011, a maior incidência de baixo peso ao nascer foi nas Regiões Sudeste (8,4%) e Sul (8,0%) e menor nas Regiões Norte (7,2%), Nordeste (7,6%) e Centro-Oeste (7,4%)¹⁰.

Portanto dados que vem ao encontro do presente estudo foram encontrados na pesquisa de Santos *et al.*⁸ sendo que o baixo peso da criança esteve associado ao despreparo das mães

quanto a gravidez e hospitalização. Do total de crianças atendidas 90% estavam em uso de antibióticos e apresentaram atraso na curva de crescimento e desenvolvimento infantil⁹.

CONCLUSÃO

A partir da presente pesquisa foi possível identificar que as crianças do município de Três Passos, no processo de completar a primeira infância, apresentaram um perfil epidemiológico satisfatório resultando em um marco de crescimento e desenvolvimento infantil adequado para idade. A maioria das crianças iniciaram a consulta de puericultura na faixa etária de 0 a 2 meses, sendo a idade preconizada, sendo nesta fase que a criança apresenta marcos do crescimento e desenvolvimento que são possíveis avaliar e identificar possíveis alterações de acordo com a fase do desenvolver da infância encontrada.

Desta maneira a maioria das crianças que apresentaram icterícia neonatal, foi de maneira fisiológica devido a maioria das crian-

ças serem amamentadas, o leite materno possibilita a maturação das células hepáticas resultando em diminuição dos índices de icterícia neonatal. A maioria dos agravos apresentados pelas crianças foram às afecções respiratórias, laringite, faringite, tosse e Infecção das Vias aéreas Superiores. Dessas crianças que foram acometidas por estes agravos a maioria usou complexo vitamínico e sulfato ferroso e necessitou de maior revisão do peso.

No entanto a maioria das crianças apresentaram um pleno crescimento e desenvolvimento saudável, tiveram contato com leite materno, informações que impactaram em um perfil epidemiológico dentro dos parâmetros fisiológicos.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Fanezi LN; Getelina CO. Metodologia: Fanezi LM; Getelina CO; Rotoli A. Validação: Fanezi LN; Getelina CO. Análise estatística: Oliveira C. Análise formal: Fanezi LN; Getelina CO. Recursos: Fanezi LN; Getelina CO. Elaboração do rascunho original: Fanezi LN. Redação-revisão e edição: Fanezi LN. Visualização: Fanezi LN; Getelina CO. Supervisão: Fanezi LN; Getelina CO; Rotoli A. Administração do projeto: Fanezi LN; Getelina CO.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito

REFERÊNCIAS

1. Gubert FA, Santos DAS, Pinheiro MTM, Brito LLMS, Pinheiro SRCS, Martins MC. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. *Rev Rene*. 2015; 16(1):81–9. doi: 10.15253/2175-6783.2015000100011
2. Ministério da Saúde. Acompanhando a Saúde da Criança. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/acompanhando-a-saude-da-crianca>.
3. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde. Brasília. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_informativos.pdf.
4. Ministério da Saúde. Redução da Mortalidade na infância no Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/MinSaude/apresentao-reduo-da-mortalidade-na-infancia-no-brasil>.
5. Rodrigues ÉC, Cardoso MVLML, Aguiar ASC, Cezario KG. Resultado do teste reflexo vermelho em recém-nascidos. *Rev. enferm. UFPE*. 2018;12.2: 433-438. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a231063p433-438-2018>.
6. Maebara CML, Sant'Anna FL, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Moraes PS. Consulta de enfermagem: aspectos epidemiológicos de crianças atendidas na atenção primária de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(3):500-507. doi: 0.4025/ciencuidsaude.v12i3.17034.

7. Santos, MEA, Quintão NT, Almeida RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2010;14.3: 591-598. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300022>.
8. Santos BB, Miranda JOF, Santos DV, Sobrinho CLN, Camargo CL, Rosa DO. Perfil de recém-nascidos com extremo baixo peso em um município do nordeste brasileiro. *Revista Enfermagem* 2016;24.2: 10825. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.10825>.
9. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento*. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.

Recebido: 22 fevereiro 2021.
Aceito: 29 julho 2022.
Publicado: 08 janeiro 2023.