



OZANA DE ÁVILA LOURENÇO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**Sinop/MT
2018**

OZANA DE ÁVILA LOURENÇO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso II
apresentado à Banca Avaliadora do
Departamento de Enfermagem da Faculdade
de Sinop – FASIPE, como requisito final para
a obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador(a): Prof^a Ms. Francieli Ferreira
Bastida.

**Sinop/MT
2018**

OZANA DE ÁVILA LOURENÇO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem – FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito final para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

Ms. Francieli Ferreira Bastida
Professora Orientadora
Departamento de Enfermagem – FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Enfermagem – FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Enfermagem – FASIPE

Ms. Luiz Carlos Damian Preve
Coordenador do Curso de Enfermagem
FASIPE – Faculdade de Sinop

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico a Deus, por me proporcionar a ter chegado até aqui e por me conceder forças em todos os momentos, também ao meu esposo e meus filhos pela compreensão e motivação nos dias de angústia onde estiveram sempre ao meu lado me apoiando.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus acima de tudo, pois, por sua vontade estou aqui hoje para concretizar mais essa etapa da minha vida.
- Aos meus pais que acreditaram em mim e me apoiaram a todo instante que não pude estar presente com minha família. Com isso, cabe a ressalva de que minha mãe desempenhou o papel de mãe para meus filhos.
- Ao meu esposo por ser paciente e compreensivo nos dias em que não pude dar a devida atenção a ele.
- As minhas clientes amigas, pelas inúmeras vezes que tive que desmarcar nossos compromissos devido aos afazeres da faculdade.
- Aos demais professores, do curso de graduação, que nos transmitiram seus conhecimentos e muito contribuiu para nossa formação durante estes cinco anos.
- À minha querida professora orientadora Ms. Francieli F. Bastida, que partilha desta conquista comigo.
- A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

EPIGRÁFE

Tudo posso Naquele que me fortalece.

Filipenses 4:13.

LOURENÇO, Ozana de Ávila. **Atuação do enfermeiro frente à educação nutricional e o desenvolvimento infantil.** 2018. 75 f. Monografia de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

RESUMO

A infância é um ciclo em que se desenvolve a maior parte das habilidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa fase são responsáveis por graves consequências para seu crescimento e desenvolvimento. No entanto, tais adversidades ocorrem devido às inúmeras influências que a criança sofre em seu dia-a-dia. Desse modo, a má nutrição desses indivíduos ocasionará graves circunstâncias negativas para o seu crescimento e desenvolvimento. Diante dessa vertente, justifica-se a relevância desse tema pela oportunidade de ampliar o conhecimento de estudantes e profissionais da área de saúde para o acompanhamento mais efetivo do desenvolvimento e crescimento infantil. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo geral enaltecer a atuação do enfermeiro perante a educação nutricional e o desenvolvimento infantil e objetivos específicos, abordar contextos históricos relacionados à infância no Brasil, bem como políticas públicas voltadas a esse público e o Sistema Único de Saúde Brasil; compreender a relação da nutrição com o crescimento e desenvolvimento infantil; e identificar as principais consequências da nutrição inadequada no desenvolvimento e crescimento infantil. Contudo, optou-se por uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. Ao finalizar a pesquisa foi possível observar que existem diversas ações que podem ser desenvolvidas por enfermeiros em sua assistência para sanar os problemas relacionados à má nutrição e o desenvolvimento infantil.

Palavras chave: Desenvolvimento. Enfermagem. Nutrição.

LOURENÇO, Ozana de Ávila. Nursing performance in relation to nutritional education and child development. 2018. 75 f. Course Conclusion Monograph – FASIPE – Faculdade de Sinop.

ABSTRACT

Childhood is a cycle in which most human skills develop. The disturbances affecting this phase are responsible for serious consequences for their growth and development. Such adversities occur due to the innumerable influences that the child suffers in his / her day to day life. Thus, malnutrition of these individuals will cause serious negative circumstances for their growth and development. Given this aspect, the relevance of this topic is justified by the opportunity to expand the knowledge of students and health professionals for the most effective follow-up of child development and growth. Thus, the research had as general objective to enhance the nurses' performance in relation to nutritional education and child development and specific objectives, to address historical contexts related to childhood in Brazil, as well as public policies aimed at this public and the Unified Health System Brazil; understanding the relationship between nutrition and child growth and development; and identify the main consequences of inadequate nutrition on child development and growth. However, we opted for an exploratory bibliographical research. At the end of the research it was possible to observe that there are several actions that can be developed by nurses in their assistance to solve problems related to malnutrition and child development.

Keywords: Development. Nursing. Nutrition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Princípios da Políticas Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	28
Figura 2: Curva de crescimento da altura uterina (AU) em função da idade gestacional (IG) entre 13 ^a e 39 ^a semana, para percentis 10, 50, 90	36
Figura 3: Tabela de percentil de meninas: peso/idade de 0 a 5 anos completos	38
Figura 4: Fórmula para calcular escore Z	39
Figura 5: Fórmula para calcular escore Z	39
Figura 6: Classificação de Waterlow modificada por Batista	41
Figura 7: Classificação da OMS para peso/estatura e estatura/idade	42
Figura 8: Posicionamento correto para amamentação	46
Figura 9: Pegada adequada ou boa pega	47
Figura 10: Fluxograma para acompanhamento de avaliação do programa de promoção nutricional	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Contextualização histórica do atendimento à infância e à adolescência no Brasil (1990 – 2006).	21
Quadro 2 – Algumas das estratégias públicas de atenção à saúde da criança nos anos 2000 ..	25
Quadro 3 – Resumo dos principais atribuições dos gestores do SUS	31
Quadro 4 – Mapa conceitual com os resultados da análise do conceito do termo desenvolvimento infantil	32
Quadro 5 – Avaliação do peso ao nascer segundo idade gestacional.....	35
Quadro 6 – Classificação de Gomez modificada por Bengoa	40
Quadro 7 – Recomendações para uma alimentação complementar saudável	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
AIG – Adequado para Idade Gestacional
AM – Aleitamento Materno
AU – Altura Uterina
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CF – Constituição Federal
CVC - Cateter venoso central
DNCr – Departamento Nacional da Criança
EAN – Educação Alimentar e Nutricional
EBBS – Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente EPI - Equipamento de proteção individual
E/I – Estatura por Idade
EUA - Estados Unidos da América
GIG – Grande para Idade Gestacional
IG – Idade Gestacional
IMC – Índice de Massa Corporal
IRAs – Prevenção e Tratamento de Infecções Respiratórias Agudas
LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LM – Leite Materno
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar
PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI – Programa Nacional de Imunização
MS – Ministério da Saúde
MÊS – Ministério da Educação e Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAISC – Programa Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Assistência à Saúde da Mulher
PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

PNAISC – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PN – Peso ao Nascimento

P/E – Peso por Estatura

RC- Rede Cegonha

RN – Recém-Nascido

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa	13
1.2 Problema	14
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo Geral	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4 Metodologia	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 A infância no Brasil: sua história	18
2.2 O Estatuto da Criança e Adolescente	22
2.3 Políticas públicas voltadas à criança	24
2.3.1 Programa de Humanização do pré-natal e nascimento (PHPN).....	25
2.3.2 Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal	26
2.3.3 Estratégia brasileiras e brasileiras saudáveis.....	27
2.3.4 Rede cegonha (RC).....	27
2.3.5 Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC)	28
2.4 Panorama histórico do Sistema Único de Saúde (SUS)	29
2.5 Fatores determinantes do crescimento e desenvolvimneto infantil	31
2.5.1 O comprimento e o peso ao nascer e sua importância na vida da criança.....	34
2.5.1.1 Classificação de Gomez modificada por Bengoa	39
2.5.1.2 Classificação de Waterlow modificada por Batista	40
2.5.1.1 Classificação da OMS	41
2.6 Regulação da ingestão de alimentos	42
2.6.1 Aleitamento materno	43
2.6.2 Neofobia	44
2.6.3 Densidade energética.....	49
2.6.1 Fatores ambientais	49
2.7 Doenças relacionadas aos maus hábitos alimentares	52
2.8 Atuação do enfermeiro perante a educação nutricional e desenvolvimento infantil .	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61

1. INTRODUÇÃO

A alimentação é um ato de extrema relevância para a vida e sobrevivência humana. Portanto o fato desse elemento compor uma necessidade básica e vital, não leva a desconsiderar a relevância do meio, da sociedade e dos sistemas culturais, no ato alimentar (MARTINS, 2011).

Dessa forma, a infância é um ciclo em que se desenvolve a maior parte das habilidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa fase são responsáveis por consequências devastadoras tanto para indivíduos quanto para sociedade (SILVA; ZURITA, 2012).

Desse modo, a promoção de hábitos alimentares saudáveis centrada na vertente da educação em saúde exige que o enfermeiro assuma um papel ativo como educador, sendo agente e elemento propiciador de mudanças. Portanto, se o intuito é educar, não se pode adotar única e exclusivamente ações e criar expectativas em relação que a população mude suas práticas diárias apenas com a intenção de que os indicadores de saúde se tornem menos sofríveis (MAGALHÃES; MARTINS; CASTRO, 2012).

No entanto, as práticas alimentares na fase da infância devem ser responsáveis em prover quantidade de alimentos satisfatória e com qualidade nutricional, com a finalidade de suprir às necessidades nutricionais das crianças e assegurar o seu completo desenvolvimento (CARVALHO et al., 2015).

Portanto, a alimentação fornecida de forma adequada na infância corrobora para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis, que se repercutirão não unicamente em curto prazo, mas também em sua vida adulta (SARAIVA, 2016).

Sendo assim, devemos dar a devida importância para a nutrição adequada nos primeiros anos de vida, vendo que a mesma é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança (CARVALHO et al., 2015).

1.1 Justificativa

Sabe-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um completo bem-estar mental, físico e social. E para garantir este estado é necessário assegurar os direitos básicos, como: o acesso aos serviços de saúde, de nutrição e a proteção desde a infância (BRASIL, 2010a).

Entretanto, diante de um panorama mundial, em 2011 aproximadamente 101 milhões de crianças com idade menor de 5 anos apresentavam índices de baixo peso, ao passo que, em 2013, estimou-se que 42 milhões de crianças no mundo cerca de 6,3%, nessa mesma faixa etária, estavam com índices considerados acima do peso (PEREIRA et al., 2017).

Dados apontam ainda a precariedade na qualidade da saúde infantil em especial ao que representa quadro nutricional e alimentação saudável dos mesmos. Sendo assim, no Brasil estima-se que 4,6% das crianças com idade inferior a 5 anos são consideradas desnutridas ou com déficit de peso para a idade, o que por sua vez pode estar associado a diversos fatores como má alimentação, desigualdade social e quadros de infecções (IBGE, 2006).

Neste contexto, as primeiras décadas deste século XXI formaram um palco de amplas e intensas mudanças no quadro jurídico, nas políticas sociais, nas ações de cunho governamental e na atuação da sociedade brasileira em relação à promoção, à proteção e à participação da criança (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFANCIA, 2010).

Partindo desta vertente, o quadro de saúde da criança tem íntima relação com os direitos básicos à saúde, à alimentação, à nutrição, ao desenvolvimento e à proteção especial quando necessário. Desta forma, devem ser apoiadas diretrizes de políticas públicas que viabilizem ações integradas para a saúde da gestante e da criança (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, com intuito de qualificar a atuação dos enfermeiros nos serviços de saúde e, conseqüentemente, evitar complicações no crescimento e desenvolvimento da criança, esta pesquisa justifica-se pela oportunidade de ampliar o conhecimento de estudantes e profissionais da área de saúde para o acompanhamento mais efetivo do desenvolvimento e crescimento infantil visando colaboração para a promoção da saúde em relação à nutrição adequada para este público.

1.2 Problematização

Sabemos que a nutrição está relacionada ao fornecimento adequado de nutrientes que permitem o correto desenvolvimento do organismo. Para garantir o crescimento infantil satisfatório, prevenindo a desnutrição ou sobrepeso, preconiza-se então que seja desenvolvido

cotidianamente uma assistência que aborda o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2012a).

Visto isso, pudemos observar que fatores nutricionais influem de forma direta na homeostase corporal, ou seja, a instabilidade nutricional na fase de crescimento e desenvolvimento resulta em efeitos indesejáveis, podendo levar a desnutrição ou ao excesso de peso, retardo no crescimento e desenvolvimento, redução à resistência às infecções, acarretando alterações metabólicas e enzimáticas, lesando a saúde da criança e elevando o índice de morbimortalidade (ROCHA, 2015).

Dessa forma vemos que a composição de hábitos alimentares saudáveis é uma fase de progresso que se tem início desde o momento do nascimento, com as práticas alimentares introduzidas nos primeiros anos de vida pelos pais (CUNHA, 2014).

Neste contexto, Goulart e Viana (2008) ressaltam que as crianças do Brasil convivem com agravos nutricionais decorrentes, em especial, de uma alimentação desapropriada na quantidade e qualidade. Dessa forma, a desnutrição e a obesidade ainda assolam a qualidade de vida e de saúde desta população. Mesmo que tais elementos venham a intervir no crescimento e desenvolvimento desses indivíduos, temos como suporte o desempenho do enfermeiro na prevenção e promoção de saúde para a transformação desse quadro.

Conforme pudemos compreender a saúde da criança tem ligação direta com a Educação em Saúde e a Promoção da Saúde, visto que as ações efetivadas em ambos os níveis de atenção visam à promoção, o crescimento e o desenvolvimento infantil, em um ponto de vista que busca a melhoria da qualidade de vida de todos os membros da família e não somente da criança (SARAIVA, 2016).

Mediante a esta vertente questiona-se qual a atuação do enfermeiro perante a educação nutricional e o desenvolvimento infantil?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Enaltecer a atuação do enfermeiro perante a educação nutricional e o desenvolvimento infantil.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Abordar contextos históricos relacionados à infância no Brasil, bem como políticas públicas voltadas a esse público e o Sistema Único de Saúde Brasil.
- Compreender a relação da nutrição com o crescimento e desenvolvimento infantil.

- Identificar as principais consequências da nutrição inadequada no desenvolvimento e crescimento infantil.

1.4 Metodologia

Este trabalho se trata de uma pesquisa bibliográfica e de caráter exploratório, desenvolvida a partir de livros sobre o tema e artigos científicos publicados em portais confiáveis como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) utilizando os descritores “desnutrição”, “obesidade”, “nutrição”, “alimentação infantil”.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir da revisão de materiais já publicados que podem oferecer informações para a fundamentação da pesquisa. Esses materiais podem ser artigos, jornais, revistas, livros ou outras fontes de comunicação (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Uma pesquisa de caráter exploratório permite ao pesquisador aproximar-se do problema para construir hipóteses, que poderão ser confirmadas ou refutadas a partir de um levantamento bibliográfico, análise e discussão de dados obtidos (GIL, 2010).

O capítulo 2 aborda a revisão de literatura a qual discorre sobre o contexto histórico da criança no Brasil, políticas públicas voltadas a esse público e elementos importantes sobre o SUS. Foram desenvolvidos também os aspectos que influem no crescimento e desenvolvimento infantil, como a má nutrição, e em virtude dessa circunstância buscamos enaltecer atuação do enfermeiro frente a essa problemática.

Para finalizar a pesquisa, as considerações finais trouxeram o que foi possível vislumbrar diante de todos os dados e informações apontados no decorrer deste estudo, ou seja, se todos os objetivos foram concluídos de maneira satisfatória, bem como algumas ações que desenvolvidas por enfermeiros possibilitam uma melhoria no quadro nutricional e desenvolvimento infantil.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Esse capítulo traz informações sobre o progresso da história da criança no Brasil, bem como algumas políticas públicas voltadas a esse público e dados relevantes acerca do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, serão abordados também informações referentes ao crescimento e desenvolvimento infantil e aspectos relacionados à sua nutrição e para finalizar, a atuação do enfermeiro frente à educação nutricional na infância acerca do desenvolvimento dos mesmos.

2.1 A infância no Brasil: sua história

Durante um longo período as crianças foram tratadas do mesmo modo que os adultos e vistas como objetos do âmbito doméstico, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento. Essa fase da infância não era percebida pela família e nem mesmo pelo Estado como uma etapa imprescindível do ser humano, com necessidades singulares (LIMA, 2016).

No Brasil, o período colonial foi demarcado por altos índices de mortalidade infantil devido às inúmeras barbáries. As crianças eram tidas como um instrumento para as famílias, amedrontadas pelos constantes castigos físicos, permanecendo diariamente trabalhando sob ordem de seus pais, quando não abandonadas em hospitais ou casas de caridade (SILVA, 2013).

O mesmo autor afirma que, além de toda indiferença e crueldade que essas crianças eram submetidas cotidianamente, as condições sanitárias e sociais precárias as quais contribuíram com o processo de enfermidade, pois, grande parte habitava em um único cômodo, sem nenhum tipo de arejamento ou sol, colaborando assim para o quadro crítico de morbidade e mortalidade infantil.

Já as mulheres que estavam em processo de parto eram assistidas por parteiras sem nenhuma experiência e, por conseguinte, suas crianças eram cuidadas por escravas. No

entanto, devido a sua posição na sociedade da época as mesmas mantinham uma alimentação inadequada, apresentavam péssimas condições de higiene e suas casas eram destituídas de saneamento básico. Contudo, estes elementos permitiam a transmissão de doenças e favoreciam o adoecimento das crianças (ARAÚJO et al., 2014).

Nesse mesmo período, o país passa também por ligeiras e significantes mudanças na urbanização. Os médicos higienistas se destacavam por dissipar conhecimentos sobre controle e prevenção de doenças infectocontagiosas, conceitos de higiene e epidemias. No entanto, com suas ações intervencionistas, conseguiram implementar indicadores disciplinares que determinam os referenciais de normal e patológico, diagnóstico e prevenção, doença e cura. Contudo, com a participação ativa desses profissionais se deu início a assistência de saúde voltada à infância, sobretudo a crianças pobres (POLETTO, 2012).

Dentro dessa ótica, o poder público se uniu e deu início as primeiras medidas em virtude de minimizar a circunstâncias em que as crianças pobres viviam, não com o propósito humanitário, mas pela preocupação do governo em retirar do âmbito social, as crianças que viviam nas ruas, o que causava desconforto a população. Dessa forma, foi criado asilos, subsidiados pelo governo, com o intuito de aplicar o ensino elementar e profissionalizante a esses indivíduos, camuflando, dessa forma, o objetivo real de segregação dos menores, retirando-lhes do convívio social (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

Nessa época, o país teve um grande crescimento de instituições privadas, filiadas à Igreja Católica, designadas à atenção aos órfãos, abandonados e delinquentes, com o objetivo de prepará-los para o trabalho e ensinar doutrinações a respeito da moral e bons costumes. Diante disso, na década de 1923 foi instituído o primeiro Juízo de Menores do Brasil, e em 1924, foi regulamentado o Conselho de Assistência e Proteção dos Menores, que teve seu fortalecimento por meio do Decreto nº 17.943-A em 1927 (DIAS, 2016).

Por conseguinte, em 1927, foi instituído o Código de Menores, no qual houve destaque para a criminalização da infância pobre, nomeada como delinquente e abandonada. Foi nesse momento que o termo “menor” foi sendo dissipado e integrado na linguagem comum, para além do âmbito jurídico (POLETTO, 2012).

Em 1930 entrou em vigor o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e a adolescência. As ações desenvolvidas desse programa eram executadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), através da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 2011).

Em meados de 1940, essas ações foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr) através do Decreto-Lei nº 2.2024, de 17 de fevereiro, criado pelo presidente

Getúlio Vargas. Esse documento determinava as orientações para o desenvolvimento, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a essa parcela da população (PIANI et al., 2014).

Acerca deste assunto, no dia 10 de dezembro de 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas aderiu e sancionou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, cujo Artigo nº 25 versa que a maternidade e a criança possuem o direito de uma assistência e cuidados especiais, vendo que toda criança deve usufruir da mesma proteção social, seja ela nascida dentro ou fora do matrimônio (UNICEF, 2009).

Desse modo, a comunidade internacional, através da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de convenções internacionais em que determinam estatutos básicos de cooperação recíproca e mecanismos de controle, que assegurem a não violação e o exercício pelo cidadão de um patamar de direitos atribuídos como básicos a uma vida digna, os denominados direitos humanos (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2007a).

E com isso, conforme o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos adotados pela ONU os direitos humanos asseguram que:

- Art. 24 - 1. Toda criança terá direito, sem discriminação alguma por motivo de cor, sexo, língua, religião, origem nacional ou social, situação econômica ou nascimento, às medidas de proteção que a sua condição de menor requer por parte de sua família, da sociedade e do Estado.
2. Toda criança deverá ser registrada imediatamente após seu nascimento e deverá receber um nome.
3. Toda criança terá o direito de adquirir uma nacionalidade. Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – Adotado na Assembleia Geral das Nações Unidas em 16/12/1966 e ratificado pelo Brasil em 24/1/1992 (BRASIL, 2005b, p. 21).

Contudo, a infância passou a ser concentrada dentro de uma promoção da valorização, que passa de meros objetos para indivíduos com direito a terem as suas necessidades cognitivas, físicas, psicológicas, emocionais e sociais em uma assistência integral com plenas prioridades (SHULTZ; BARROS, 2011).

Em síntese, pudemos observar que a criança e adolescente durante muito tempo no contexto histórico brasileiro foram vítimas da negação de direitos e maus tratos por toda a sociedade, não tendo o poder algum sobre sua própria vida e sem proteção, sua vida acabava por pertencer exclusivamente ao poder patriarcal que apontava qual seria seu destino, casamento, profissão, que, em boa parte dos casos eram traduzidas em um acordo econômico entre duas famílias (GUIMARÃES, 2014).

A criança é um ser que está em fase de desenvolvimento, frágil para seu próprio cuidado, proteção e defesa, possuidora dos mesmos direitos humanos e do que compete ao direito à saúde dos adultos. No entanto, houve o tempo em que não existia assistência especial

para a infância, sendo que, ao decorrer dos anos, a forma como a sociedade foi reconhecendo a criança passou por inúmeras mudanças e as concepções atuais são consequências dos conhecimentos fornecidos pelas ciências que estudam essa fase da vida, em como as ações de mobilizações sociais em virtude dessa faixa etária (ANDRADE, 2012).

Portanto, no que concerne ao cuidado com a saúde da criança, é essencial dar atenção às suas necessidades interpessoais e a identificação das situações vulneráveis frente às adversidades para o seu desenvolvimento. Também é de extrema relevância uma visão ampla para a assistência da criança, levando em consideração as fragilidades para sua própria proteção e defesa (SANTOS et al., 2015).

Todavia, tais mudanças foram de extrema importância para o direito à saúde da criança e do adolescente, visto que, os mesmos fortaleceram a ideia de que a criança é um ser que goza de direitos legais, devendo ser assegurada a preservação de sua dignidade como pessoa humana (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

Ainda segundo os mesmos autores, outro documento que foi relevante para história dos direitos da infância foi a Constituição Federal de 1988, a qual teve origem a partir do pressuposto de que os homens têm direitos inalienáveis decorrentes da sua condição humana. Ela, além de assegurar assistência integral à saúde, a licença paternidade e a licença a maternidade, garante também o direito da criança. E, no Art. 227 da CF de 1988, menciona:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (NERY, 2010, p. 194).

Essa nova concepção jurídica no âmbito da infância e da juventude veio para transpor uma visão tutelar retrógrada do menor em situação irregular, proporcionando assim que a criança e adolescente sejam vistos como sujeitos de direito. Desta forma, toda Justiça da Infância e da Juventude passou por um novo remodelamento onde a mesma acabou por abandonar o conceito de Menor (GARCIA, 2009).

Em suma, com a criação da Doutrina de Proteção Integral para crianças e adolescentes independentemente de sua situação social ou econômica devem receber a mesma assistência legal, vedada quaisquer tipos de discriminação. Neste ponto, é válido salientar que com a aprovação do artigo 227, se fazia de extrema importância o desenvolvimento de uma lei regulamentar específica, a partir deste ponto, é criado o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (GARGIA, 2009; SILVA, et al., 2015).

Neste cenário, foram instituídas também algumas regulamentações fundamentadas nos direitos sociais, como:

A criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (Lei Federal n. 8.242/91); a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Federal n. 8.742/93), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (Lei Federal n. 9.394/96); a Lei Orgânica de Segurança Alimentar – LOSAN (Lei Federal n. 11.346/06), além da recente integração dos serviços sociais, por meio do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Esses aparatos legais criaram condições para atender as necessidades primordiais da população, em especial as crianças e adolescente (GUIMARÃES, 2014, p. 22).

Esse contexto legal gerou condições para garantir as diretrizes de políticas sociais básicas com potencial para suprir as necessidades essenciais da população, como mostra o quadro 1, como educação, saúde, cultura, esporte, alimentação, profissionalização e lazer, considerando o acesso aos direitos sociais (PEREZ; PASSONE, 2010).

Quadro 1: Contextualização histórica do atendimento à infância e à adolescência no Brasil (1990-2006).

Períodos	Principais normatizações e legislações	Principais características
Redemocratização e Estatuto da Criança e do Adolescente (1990 – 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção da Convenção Internacional dos Direitos das Crianças (Decreto Legislativo n. 28 de 1990); • Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069 de 1990); • Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.242 de 1991); • Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Portaria n. 458 de 2001); • Lei Orgânica de Segurança Alimentar (Lei n. 11.246 de 2006); • Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (Resolução n. 1 de 2006/Conanda). 	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalização da infância e da adolescência como sujeito de direitos; • Descentralização, municipalização, controle e participação social; • Consolidação de um sistema de proteção social (saúde, previdência, educação, assistência e desenvolvimento social, trabalho);

Fonte: Adaptado de Perez; Passone, (2010, p. 664).

Em conjunto com o processo de criação e implementação das políticas sociais relacionadas ao atendimento à criança e ao adolescente, o ciclo de redemocratização se caracterizou pelo remodelamento administrativo do Estado, o qual abarcou a descentralização e a municipalização de políticas públicas e, também, a institucionalização do controle social, com a elaboração de conselhos e ambientes públicos de cogestão pública e interlocução, bem como, a participação social e mobilização de inúmeros setores da sociedade (SILVA, 2016).

Diante desta realidade foram implementados mais alguns programas objetivando qualificar assistência ofertada a esse público:

Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM); Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC); Programa Nacional de Imunização (PNI); Prevenção e Tratamento de Infecções Respiratórias Agudas (IRAs); Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI); Alojamento conjunto; Método Canguru; Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) (ZAGO; FRIGHETTO; SANTOS, 2013, p. 04).

No entanto, vale ressaltar na trajetória histórica da assistência a criança, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) o qual é uma importante medida interventiva da saúde pública, juntamente com as demais estratégias em âmbito estadual e municipal os quais são essenciais no controle e erradicação de doenças (BRASIL, 2014a).

Desta forma, este programa tem o objetivo de controlar doenças imunopreveníveis através de campanhas, para que as pessoas tenham total proteção imunitária contra as doenças incluídas pelo programa em especial as crianças em seus primeiros anos de vida (BRASIL 2003a).

2.2 O Estatuto da Criança e Adolescente - ECA

Como mencionado anteriormente, as crianças e adolescentes não possuíam nenhum amparo judicial e nem político, porém com o passar dos anos houve uma grande preocupação e interesse voltado à criação de uma legislação específica com intuito de priorizar os direitos de crianças e adolescentes, sendo utilizada uma organização de direito político e estatal, primeiramente voltada aos direitos e proteção de crianças e adolescentes (SILVA et al., 2015a).

Sendo assim, foi criado o ECA o qual estabelece os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes e está regulamentado pela Lei nº 8.069/90 criada em 13 de julho de 1990 pelo Ministério da Justiça e homologado pelo presidente da República e segundo o Artigo 2 desse estatuto, criança é todo indivíduo de 0 á 11 anos 11 meses e 29 dias, e os indivíduos acima de 12 anos até 18 anos são considerados adolescentes. Esta Lei também assegura os direitos e os deveres, como proteção e segurança no convívio com a família e sociedade, com oportunidade e valorização para que criança e adolescente cresçam nos aspectos físico, mental e espiritual, visando um futuro melhor (BRASIL, 1990a).

No entanto, a partir de sua promulgação, houve algumas mudanças na forma como enxergar a criança e o adolescente, sendo considerada criança o indivíduo com até doze anos de idade incompletos e adolescentes, na faixa etária entre doze e dezoito anos (RODRIGUES, 2016).

De acordo com esta Lei, a família, a sociedade e o Estado devem assegurar a estas crianças e adolescentes os direitos previstos pelo ECA, além de resguardá-los de casos de vulnerabilidade, violência, opressão e discriminação. Como podemos observar segundo o Artigo 5º do ECA:

Art 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2010b, p. 12).

Corroborando com essa ideia Digiácomo e Digiácomo (2013), afirma que a respeito à vida e a saúde da criança e do adolescente, o Art. 7º do ECA dispõe que estes gozam de direitos a proteção a saúde e a vida, através da concretização de políticas públicas que possibilitem o nascimento e o desenvolvimento saudável e equilibrado, em circunstâncias dignas e adequadas de existência.

O estatuto se fundamenta em um progresso no percurso das políticas públicas para a infância. Ainda assim, muitas crianças e jovens vivenciam o abandono, a violência, o desrespeito a seus direitos, ou seja, a prerrogativa do cumprimento dos direitos e deveres infanto-juvenis, ainda não são conhecidos e propagados por toda a sociedade brasileira (RODRIGUES, 2016).

Segundo o Art. 53º do ECA toda a criança e adolescente tem direito à educação, tendo em vista o seu crescimento e desenvolvimento pessoal na qualificação profissional, destes indivíduos com qualidades nas escolas públicas e gratuitas sendo respeitados pelos seus educadores, bem como igualdade no acesso e permanência no ambiente escolar (BRASIL, 1990b).

O ECA por sua vez, preconiza a necessidade da família, sociedade e o poder público de assegurarem a realização dos direitos da criança e adolescente e apontam uma nova fase diante às políticas para a infância. Abordando um conjunto de tarefas entre o Estado (nas esferas estaduais e municipais e na federal) – envolvendo os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, com a participação fundamental do Ministério Público, da sociedade e da família que visa os cuidados necessários por meio de diálogos, respeito, proteção efetiva, compromisso e solidariedade (SILVA et al., 2015a).

Diante deste contexto, o MS busca a construção de estratégias conjuntas de trabalho onde o objetivo é buscar alternativas para o aumento das possibilidades de soluções de defesa aos direitos das crianças e adolescentes. Contribuindo no planejamento de ações de redes de

proteção e assim desenvolvendo uma atenção maior as crianças e adolescentes (BRASIL, 2012b).

O fato de o ECA abarcar circunstâncias diretamente ligadas as crianças e adolescentes e cuidar dos mesmos perante o convívio com toda a sociedade não isenta a responsabilidade do governo de fornecer condições dignas de vida a essa parte da sociedade, na forma de políticas públicas direcionadas para esse público (SILVA, et al., 2015).

2.3 Políticas públicas voltadas à saúde da criança

As políticas públicas são o resultado da materialização do Estado através de diretrizes, projetos, programas e atividades que têm por finalidade sanar as demandas da sociedade. Eis que as políticas públicas funcionam como instrumentos de conciliação de interesses em torno de propósitos comuns que passam a constituir a coletividade de interesses e funcionam como um elemento de racionalização, planejamento e participação da comunidade (LOPES et al., 2014).

Ficado claro que, a proposta de uma política pública de saúde é consequência de processos históricos, reivindicações e lutas, na qual a sociedade e os governantes estão comprometidos. Tais políticas emergem por meio de debates num contexto local ou global, bem como, para inúmeros seguimentos como a saúde da criança (ARAÚJO et al., 2014).

Soma-se a isto um panorama histórico que decorre de décadas e vem sendo propagado acerca de programas voltados e desenvolvidos para acolher e qualificar a atenção à saúde prestada as crianças (BRASIL, 2011).

É imprescindível ressaltar que a partir dessas novas propostas políticas o MS passou a desenvolver estratégias que têm como princípio a resolutividade e eficácia dos serviços de saúde com o intuito de intensificar os cuidados à criança e a mãe (LIMA; BARBALHO, 2015).

O mesmo autor complementa que, diante disso, se criou as normas técnicas, selecionou e definiu elementos que sirvam de instrumentos operacionais e também promoveu treinamentos de recursos humanos para o desenvolvimento destas atividades para com a sociedade.

Em consonância com esta realidade Macêdo (2016), discorre que foi implementado o primeiro programa com ênfase nesta temática, com ações voltadas para a proteção da maternidade, infância e adolescência sob o comando do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). E na década de 1975, foi criado o Programa Nacional

de Saúde Materno-Infantil, com atividades que objetivavam a redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher.

Em 1983, entrou em vigor o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o propósito de desenvolver ações em virtude do aprimoramento das condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços. Em meados de 1984, o PAISMC foi dividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Tal fato determinou com mais clareza o foco de cada programa, no qual um enfatiza a saúde da mulher e o outro da criança (BRASIL, 2011; MACÊDO, 2016).

Diante de toda essa trajetória, em se tratando de políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades das crianças, a promulgação do ECA de 1990 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, imprimem circunstâncias favoráveis para o desenvolvimento de programas públicos visando à saúde e à educação da população infantil do país (RIZZETTI; TREVISAN, 2008).

Sendo assim, a partir dos anos 2000 temos alguns progressos em relação a novas políticas públicas voltadas a saúde das crianças, como mostra o quadro 2:

Quadro 2: Algumas das estratégias públicas de atenção à saúde da criança nos anos 2000.

ANO	ESTRATÉGIAS
2000	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)
2004	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
2008	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
2011	Rede Cegonha
2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Fonte: Adaptado de Macêdo (2016, p. 06).

Como podemos observar a mais recente política centrada no cuidado à criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta estratégia tem por fundamento envolver toda a rede de atenção à saúde, desde a atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido até ações para prevenção do óbito infantil. Vale ressaltar que, a rede de atenção à saúde da criança também abarca indivíduos com doenças crônicas, deficiência, urgência e emergência, atenção psicossocial e a rede cegonha (BRASIL, 2015a).

2.3.1 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Com o propósito de promover a saúde da mulher, na década de 1984 houve a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no ano 2000, o mesmo passou por algumas modificações e passou a ser denominado de Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (DAMACENO, 2015).

O PHPN foi criado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 569 de 01 de junho de 2000, embasado nas análises das necessidades de atenção específica às gestantes, aos recém-nascidos e às mulheres estavam no período pós-parto, definindo como prioridades:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como a Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002a, p. 5).

O objetivo do programa é ofertar cuidado qualificado a saúde da mulher desde o período crítico da gravidez, até o parto e puerpério, bem como também a saúde da criança. Em suas diretrizes constam também algumas afirmações a respeito dos direitos da mulher, sendo o de maior destaque a humanização como estratégia essencial para melhorar e direcionar a qualidade da saúde dessa população (MELO, 2016).

Dessa forma, com o desenvolvimento destes programas, o Brasil apresentou uma queda de cerca de 50% de mortes maternas, quando o índice de mortalidade passou de 141 para 68 morte a cada 100 mil nascidos vivos. Com isso, a perspectiva maior até o ano de 2015 é reduzir para 35 as mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos (PAVANATTO; ALVES, 2014).

2.3.2 Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

A razão de mortalidade materna e a parcela de crianças que vão a óbito antes dos 28 dias de vida são consideradas fatores sensíveis das condições de vida e saúde de uma população. Portanto, o enfrentamento dos óbitos maternos e neonatais demandam ações governamentais para que haja qualidade da assistência prestada a mulheres e recém-nascidos, bem como ações intersetoriais, sendo imprescindível a articulação com diferentes segmentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004).

Em conformidade com esse cenário, em 2004 foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o qual têm por finalidade articular os fatores

sociais em virtude de uma melhoria na qualidade de vida de mulheres e crianças, na batalha contra os elevados e notáveis índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (BRASIL, 2007b).

2.3.3 Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) é uma iniciativa criada pelo Ministério da Saúde, que objetiva consolidar o conjunto de esforços em todo o país para interação, articulação e implantação de ações em benefício à saúde da mulher e da criança. Essa estratégia vem sendo desenvolvida desde o ano de 2007, seguindo as propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (BRASIL, 2010c).

Para conseguir cumprir com seus objetivos, a EBBS teve o apoio de dois pilares que foram essenciais em todo desenvolvimento: a transversalidade com a articulação de proposta entre as esferas de governo e a sociedade civil, e ações sobre elementos determinantes sociais da saúde, evidenciando as responsabilidades dos fatores psicológicos na produção de saúde (PENELLO et al., 2011).

Em consonância com a estratégia já implementada, no ano de 2005 foi publicado o documento “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção à Saúde das Mulheres Negras”, com o intuito de integrar também questões relacionadas à raça/etnia, e visando que todos os indicadores de saúde considerem essa variável. Essa nova ação busca sanar as necessidades de ofertar atenção às mulheres e recém-nascidos negros, considerando suas particularidades e atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade (ROCHA et al., 2017, p. 04).

2.3.4 Rede Cegonha

O governo federal criou e implementou um novo programa normatizado pela Portaria nº 1.594, 24 de junho de 2011, denominado de Rede Cegonha (RC) com a finalidade de complementar o PHPN e, com isso, tem por propósitos subsidiar a implementação de um novo modelo de atenção voltada à saúde da mulher e da criança, desde o período do parto até 24 meses; nortear a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que a mesma assegure seus usuários do acesso, acolhimento e resolutividade de suas necessidades; e reduzir os índices de mortalidade materna e infantil (SANTOS et al., 2016; MARTINELLI et al., 2014).

Embora a RC seja um projeto do governo federal, é de responsabilidade dos Estados e municípios a sua execução, apresentando-se como uma proposta para se progredir e

melhorar a atenção integral à saúde da população em foco, em especial em circunstâncias relacionadas a aspectos éticos e legais (GUERRA et al., 2016).

Em consonância com o achado, Silva (2015), ressalta que a RC tem por objetivo desenvolver uma rede de cuidados para garantir às mulheres o devido direito e acesso ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada no período da gravidez, ao momento do parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento de forma adequada e saudável.

2.3.5 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) sancionada pela Portaria GM 1.130, de 5 de agosto de 2015, é o documento que abarca um grupo de estratégias e ações programáticas para assegurar o pleno desenvolvimento da criança em todas as fases da vida, considerando as diferenças culturais e as realidades de cada população, com enfoque na promoção da saúde, prevenção, reabilitação e defesa dos direitos da criança (OLIVEIRA, 2015).

Os princípios básicos da PNAISC abarcam objetivos do Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal e Desenvolvimento do Milênio. Essa Política foi constituída através de oito eixos de atuação, sendo um deles relacionado diretamente com a promoção do AL e da alimentação complementar saudável, como mostra a figura 01 (MACÊDO, 2016; BRASIL, 2017).

Figura 01: Princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).



Fonte: Macêdo (2016, p. 09).

A Política condensa para os gestores estaduais e municipais e profissionais de saúde, os elementos que constituem os eixos de ações que integram uma atenção integral a Saúde da Criança e indica estratégias e instrumentos para a articulação das ações e da rede de serviços de saúde nos municípios e regiões de saúde (LIMA, 2016).

2.4 Panorama histórico do Sistema Único de Saúde - SUS

Com o propósito de atender aos anseios da população, o constituinte da década de 1988 elevou a saúde a um direito essencial e social de notoriedade, conjecturado de maneira sistemática em diversas oportunidades descritas na Constituição Federal (CF) de 1988 (LUCION, 2016).

Sendo assim, o direito à saúde deve ser assegurado por todas as esferas de governo de forma global à sociedade brasileira, no entanto, que haja distinção apenas nas competências entre o âmbito da União, Estados e Municípios, originando-se assim um amplo sistema público de saúde consolidado do ponto de vista constitucional (STURZA; LUCION, 2016).

Desta forma, o SUS pode ser denominado como umas das maiores conquistas sociais para os brasileiros desde a CF/1988. Seus preceitos circundam a democratização nos serviços e ações da saúde que deixam de ser restritos e passam a ser de forma universalizada, da mesma maneira que deixam de ser centralizados e passam a ser conduzidos pela descentralização, bem como a equidade, integralidade e universalidade (GUIDINI, 2012).

Diante deste contexto, APM (2008), explica que a descentralização tem por meta aprimorar as atribuições para promover as ações e serviços de políticas em saúde, nos municípios, de forma hierarquizada, ou seja, fazendo a transferência de responsabilidades para cada gestor, sendo ele municipal, estadual ou federal. Portanto, tais responsabilidades devem ser seguidas e obrigatoriamente acompanhadas e planejadas para atender as necessidades da população em geral.

Já a equidade tem como objetivo assegurar a disponibilidade dos serviços de saúde considerando os diferentes grupos que necessitam de atendimento em áreas distintas e também atuando em todos os níveis de complexidade, objetivando assim diminuir a desigualdade e priorizando atendimento ao indivíduo que apresenta algum tipo de risco de vida (BRASIL, 2015a).

Todavia, a integralidade é o princípio do SUS voltado ao conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, tanto em casos individuais quanto coletivos, atuando de

acordo com exigência de cada situação ou indivíduo, na atenção de serviços de pequena, média e alta complexidade de forma resolutiva (BRASIL, 2007b; AGUIAR, 2015).

No que compete ao princípio de universalidade à mesma tem por característica a garantia constitucional do serviço de saúde pública para toda a população, dando a segurança de atendimento em todos os níveis de complexidade e auxiliando no amparo, sem preconceito, com garantia dos direitos independente de raça, cor, nível social, local de moradia ou renda (AGUIAR, 2015).

Por conseguinte, diante do ambicioso plano de atenção universal que o SUS propõe, torna-se natural e evidente que se encontre adversidades na sua efetividade. Entretanto, ainda se tem evidências que inúmeros problemas a serem enfrentados para aperfeiçoá-lo como um sistema universal que permite prestar serviços de qualidade a toda sociedade (BRASIL, 2009b; LUCION, 2016).

De modo a complementar as ações do SUS, na década de 1990 foram editadas as leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que são denominadas e conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, as quais têm por finalidade esclarecer o papel das esferas de governo em relação à proteção e defesa da saúde, norteadas suas respectivas atuações para assegurar o cuidado da saúde a toda sociedade (CUNHA, 2015).

Neste contexto, a lei nº 8.080/90, versa sobre as condições para proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como questões relacionadas à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, provendo que a saúde é direito de todo cidadão e dever confinado ao Estado de forma a assegurar acesso universal e igualitário de todos os usuários às ações ofertadas e desenvolvidas pelo SUS (BRASIL, 2004).

Somando-se a isto a Lei nº 8.142/90, por sua vez, promulgada em 28 de setembro de 1990, foi considerada também como uma fonte relevante de composição e consolidação do SUS, e dispõe sobre a participação da comunidade no gerenciamento do SUS e sobre movimentações intergovernamentais de subsídios financeiros no âmbito da saúde (BRASIL, 2003b).

Diante desta perspectiva, o SUS tem como principal responsabilidade certificar e garantir o atendimento de saúde a toda população brasileira, desenvolvendo ações de defesa e prevenção à saúde. Estes cuidados devem ser estabelecidos pelos gestores seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal (AGUIAR, 2015).

Mediante a este cenário, o quadro 3 apresenta de forma sistematiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo, organizadas pelas funções descritas:

Quadro 3: Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação
Federal	- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional; -Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos.	- Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde; - Peso importante dos recursos federais; - Definição de prioridades nacionais e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados.	- Coordenação de redes de referência de caráter estadual/nacional; - Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.
Estadual	- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual; - Promoção da regionalização; - Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.	- Garantia de alocação de recursos próprios. - Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios.	- Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. - Avaliação dos resultados das políticas estaduais;
Municipal	- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal; - Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).	- Garantia de aplicação de recursos próprios; - Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais; - Realização de investimentos no âmbito municipal.	- Estabelecimento de fluxos de referência; - Integração da rede de serviços; - Avaliação dos resultados das políticas municipais.

Fonte: Adaptado de Machado; Lima; Baptista, (2012, p. 58).

Contudo, com base nos achados pode-se compreender que nas últimas décadas a temática relacionada à saúde pública ganhou maior visibilidade com o papel assumido pelo Estado no exercício de direitos sociais. Desta forma, no que compete ao direito à saúde não foi diferente, uma vez que a partir da CF de 1988 as políticas públicas aderiram uma função imprescindível na implementação e funcionamento do SUS, atuando diretamente na gênese do sistema (BORBA, 1998).

2.5 Fatores determinantes do crescimento e desenvolvimento infantil

Durante um longo período, os termos crescimento e desenvolvimento foram considerados como conceitos isolados; o primeiro estava relacionado aos aspectos mentais, e o segundo contemplava os aspectos físicos. Era mais uma maneira de expressar dicotomia entre mente e corpo. No entanto, no momento em que vivemos ambos os conceitos passaram a ser considerados como aspectos que fazem parte do desenvolvimento, que abrange tanto o crescimento orgânico, quanto o desenvolvimento mental (AMARAL, 2007).

Dessa forma, o crescimento e desenvolvimento infantil é parte essencial do progresso humano, um processo exclusivo de cada indivíduo que tem como princípio sua inserção na sociedade em que vive. São expressos também pela continuidade de mudanças nas habilidades cognitivas, motoras, linguagem e psicossociais, com aquisições gradativamente mais complexas nas funções do cotidiano. A fase pré-natal e os primeiros anos de vida são a base de todo esse processo, que procede da interação de características biopsicológicas, provenientes geneticamente, e experiências ofertadas pelo meio ambiente (SOUZA; VERÍSSIMO, 2015).

Os mesmos autores ressaltam ainda que as experiências são adquiridas através do cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela adquire para exercitar ativamente suas habilidades. O cuidado ofertado às necessidades de crescimento e desenvolvimento proporciona à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase, com consequências positivas no decorrer de sua vida, como expõe o quadro 4.

Quadro 4: Mapa conceitual com os resultados da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL	
Definido como →	<ul style="list-style-type: none"> - Processo único de cada criança, que se inicia na concepção e segue por toda a vida. Contínuo, dinâmico e progressivo; - Dimensões biológicas, psicológicas e sociais; - Aquisição de habilidades; - Estágios ou etapas; - Processo ativo da própria criança; - Dependente da relação com o cuidador primário e com o contexto em que vive; - Meio da criança incorporar-se à sociedade.
Influenciado por →	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos da gestação; - Aspectos próprios da criança; - Aspectos do cuidado à criança; - Condições socioeconômicas.
Caracterizado por →	Alcance de habilidades em diversas áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades motoras; - Habilidades cognitivas; - Habilidades de linguagem; - Habilidades psicossociais.
Adequado leva à →	<ul style="list-style-type: none"> - Melhor desempenho escolar; - Facilidade de relacionamento; - Melhor desempenho cognitivo; - Melhores condições socioeconômicas, de emprego e qualidade de vida.
Prejudicado leva à →	<ul style="list-style-type: none"> - Menor renda e piores condições sociais; - Atrasos de linguagem, cognitivos e do desenvolvimento motor; - Prejuízo no desempenho escolar; - Problemas de comportamento, agressividade e dificuldades emocionais; - Dificuldades de relacionamento e no desenvolvimento social.

Fonte: Adaptado de Souza; Veríssimo (2015, p. 1100).

Neste contexto, Pedraza, Sales e Menezes (2016), afirmam que todo ser humano vem ao mundo com um potencial genético de crescimento, o qual poderá ou não ser alcançado ao longo da vida. Tal circunstância se faz dependente das condições de vida a que este indivíduo esteja exposto desde a sua concepção até a vida adulta.

Contudo, é possível identificar o crescimento como um processo dinâmico e contínuo que tem início desde a concepção até o final da vida deste indivíduo, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Sendo assim, este elemento pode ser determinado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, refletindo as suas condições de vida tanto no passado, quanto no presente (ROMANI; LIRA, 2004).

Em decorrência da natureza multicausal do crescimento infantil, alguns estudos vêm sendo desenvolvidos, buscando correlacionar variáveis biológicas, ambientais, socioeconômicas, demográficas, culturais, entre outras, com o seu desenvolvimento e a sua etiologia (DINIZ, 2010; ABREU et al., 2007).

Os mesmos autores afirmam que há também outras variáveis consideráveis mencionadas na literatura para explicar o crescimento infantil, como: as variáveis biológicas maternas (peso, idade e altura), as associadas com a alimentação infantil (aleitamento materno, alimentação pós desmame, ingestão de micronutrientes, etc.), as de morbidade (infecções respiratórias e diarreicas), e aquelas de acesso à saúde (abarcando internações hospitalares e imunizações).

Portanto, podemos compreender que este processo de crescimento e desenvolvimento está relacionado e é influenciado por elementos intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), dentre os quais se tem maior relevância a saúde, a higiene, alimentação, a habitação e os cuidados gerais com a criança, os quais exercem papel fundamental na dinâmica de acelerar ou retardar todo esse processo (ORLONSKI et al., 2009; ROMANI; LIRA, 2004).

Desta forma, com relação ao crescimento linear, é possível afirmar que a estatura final deste indivíduo resulta da interação entre sua carga genética e os elementos presentes no meio ambiente, sendo que estes possibilitarão a maior ou menor expressão de seu potencial genético (PRATES; COSTA; TORRES, 2015).

Já o impacto acerca do desenvolvimento cognitivo, na maioria dos casos só é notado após o ingresso da criança na vida escolar. Diante disso, é possível observar a grande relevância e influência do ambiente para o desenvolvimento infantil, pois é nele e através dele que a criança começa a estabelecer a sua interação com o mundo e com as pessoas, e é ele que vai assegurar a sua formação e a sua qualidade de vida social, psicológica, moral e cultural.

Nesse viés, a responsabilidade do ambiente no desenvolvimento infantil, é uma questão essencial para o desenvolvimento humano (ZICK, 2010).

2.5.1 O comprimento e o peso ao nascer e sua importância na vida da criança

O período de crescimento intrauterino é essencial para o desenvolvimento humano. Pois é nesta fase que é possível observar maior velocidade de crescimento. No entanto, os riscos extrínsecos (nutrição materna deficiente, uso de drogas, agentes infecciosos, doenças maternas e outros) podem desencadear complicações no nascimento da criança e posteriormente no seu crescimento e desenvolvimento (EEEP, 2013).

Para a avaliação nutricional intra-uterino deve-se levar em considerações as diversas modificações e desenvolvimento de cada idade gestacional, o desenvolvimento fetal está diretamente associado aos nutrientes, aos fatores genéticos e principalmente pelos fatores biológicos em que a gestante se encontra (VITOLLO, 2015).

Em vista disso, ainda segundo o mesmo autor a gestação sem uma alimentação correta pode acarretar várias complicações para o Recém-Nascido (RN), entre os mais comuns é o baixo peso ao nascer, nascimento prematuro. Por outro lado, a gestante com ganho de peso no período gestacional pode trazer agravos ao RN, como macrossomia e complicações no nascimento do bebê (VITOLLO, 2015).

Contudo, partindo desse pressuposto, Teixeira, Queiroga e Mesquita (2016, p. 317), ressaltam que, os RNs podem apresentar-se ainda durante a gestação, pequenos para a idade gestacional (PIG), adequados para a idade gestacional (AIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG) e com isso:

o interesse por recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) se iniciou pela observação de que os recém-nascidos classificados como PIG, adequados para idade gestacional (AIG) ou grandes para idade gestacional (GIG) apresentavam morbimortalidades específicas à cada classe de peso ao nascimento (PN), segundo a idade gestacional (IG).

Dessa forma, a adequação do crescimento fetal em relação à Idade Gestacional (IG) teve início na década de 1967, com a introdução da curva de crescimento intrauterino a qual relacionou o PN com a IG. A partir desse momento, ao nascimento, pôde-se identificar e determinar recém-nascidos PIG, AIG e GIG (TEIXEIRA; QUEIROGA; MESQUITA, 2016).

No entanto, ao nascer é realizado a classificação de peso por idade e tempo de gestação da mãe, como mostra o quadro 5, onde é realizado por meio das curvas fetais, de acordo com cada idade gestacional de acordo com o baixo peso, excesso de peso e obesidade (VITOLLO, 2015).

O mesmo autor salienta que essa classificação é de suma importância onde apresenta dados importantes para identificar as gestantes que apresentaram algum tipo de complicação nutricional que possa interferir negativamente, vindo apresentar um grande índice de morbidade e mortalidade infantil.

Quadro 5: Avaliação do peso ao nascer segundo a idade gestacional

Percentil	Classificação
< P10	Pequeno para a Idade Gestacional (PIG)
P10 a P90	Adequado para a idade gestacional (AIG)
> P90	Grande para a idade gestacional (GIG)

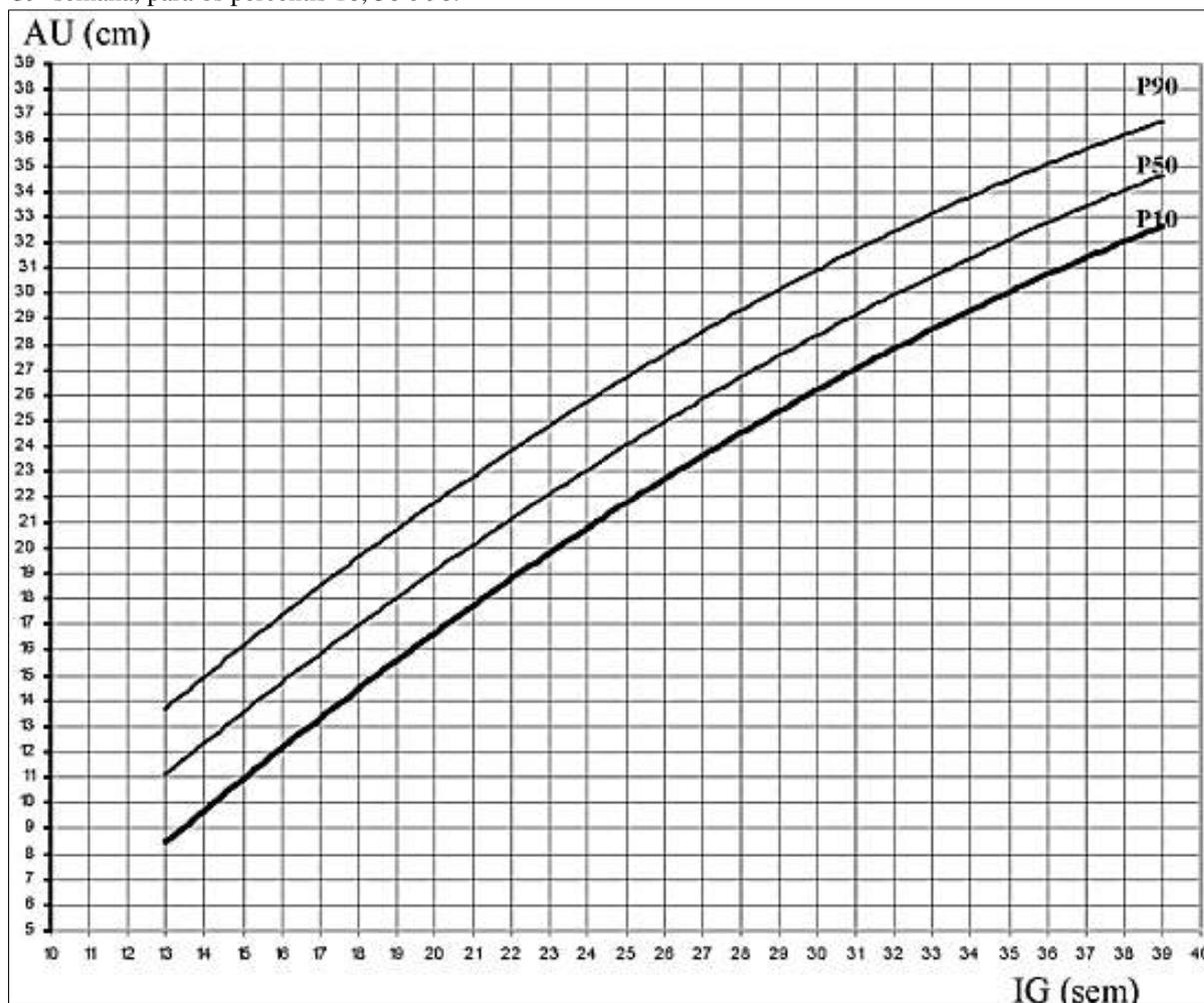
Fonte: Vitolo (2015, p.184)

A ocorrência de desvios de peso ao nascer (PN) gera um grande impacto para a saúde pública por causar um custo maior de despesas médico-hospitalares, uma vez que essas circunstâncias corroboram para o uso prolongado de unidades de terapia intensiva (UTI) neonatal. No Brasil, no ano de 2013, cerca de 8,50% dos nascidos vivos foram classificados como pequenos para a idade gestacional (PIG), e 4,93% determinados como grandes para a idade gestacional (GIG) (OLIVEIRA, 2016).

Desta forma, o exame clínico da gestante, a altura do fundo uterino para idade gestacional é uma das ações utilizadas para se avaliar o crescimento do feto. A sua medida padronizada, seriada e correlacionada com um padrão de crescimento de peso para a idade gestacional possibilita identificar crianças em risco (MARCELINO, 2014).

Valores que se encontram abaixo do percentil 10 da referência eleva em 3,5% o risco de apresentar retardo de crescimento intrauterino. Portanto, a relação da altura uterina (AU) com o ganho de peso materno durante o período gestacional tem uma sensibilidade de aproximadamente 75% para prever bebês pequenos para a idade gestacional. É válido ressaltar que se estes dois indicadores apresentarem valores menores que os limites padronizados como de normalidade, como mostra a figura 02, a gestante deve ser orientada e conduzida para um nível maior de complexidade assistencial (BRASIL, 2002b).

Figura 02: Curva de crescimento da altura uterina (AU) em função da idade gestacional (IG) entre a 13ª e a 39ª semana, para os percentis 10, 50 e 90.



Fonte: Freire et al., (2006, p. 06).

Contudo a condição de nascer com peso abaixo de 2,500 gramas se caracteriza em um expressivo fator de risco para um posterior retardo no crescimento dessa criança. Geralmente, o baixo peso ao nascer corrobora para o déficit de crescimento e desenvolvimento pós-natal, inviabiliza a amamentação desse bebê tornando-a mais difícil, possibilita o acometimento repetidas e prolongadas vezes de doenças infecciosas, aonde muitas vezes conduzem à morte (BRASIL, 2014b; MIRANDA, 2009).

Portanto, o comprimento ao nascer também pode ser mencionado com um fator importante de retardo de crescimento e desenvolvimento, ou seja, esse retardo estatural se caracteriza por expressar a medida antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico do crescimento infantil, resultando no nanismo nutricional, que por sua vez demonstra, sem quaisquer questionamentos, a manifestação biológica mais universal da problemática (ROMANI; LIRA, 2004).

Dentro dessa ótica, a combinação de diferentes medidas antropométricas como, por exemplo: altura, peso, circunferência da cintura ou até mesmo indicadores como índice de massa corporal (IMC) e relação cintura-estatura tem sido constantemente utilizada em estudos e pesquisas a respeito do crescimento, saúde e desenvolvimento da criança (FILHO et al., 2014).

No entanto, a aferição dessas medidas é um método que acompanha as variações do desenvolvimento de cada criança, com técnicas específicas e adequadas conforme a velocidade do crescimento, e que para cada faixa de idade existe técnica e materiais a serem usados nesse procedimento, como: a balança que medirá a massa corpórea, o antrômetro para mensurar a comprimento, a altura do indivíduo, e fita métrica que é usada para verificar a circunferência da cintura e outras partes corpo (VITOLLO, 2015).

Diante deste cenário, Diniz (2010) afirma que o uso dos índices de estatura/idade e peso/idade, em estudos latino-americanos de baixo nível econômico, apresentam elevadas prevalências de déficits de estatura para a idade, enquanto não há evidências de carências relevantes de peso para a idade.

Partindo desse pressuposto, Sigulem, Devincenzi e Lessa (2000), discorrem que os parâmetros antropométricos comumente utilizados para realizar a avaliação da condição nutricional de crianças são o peso e a estatura. A mensuração dos perímetros cefálico, braquial, torácico e abdominal também podem ser facilmente utilizados. Vale ressaltar que os valores desses dados deverão ser continuamente averiguados em função do sexo e da idade da criança, que são um dos principais fatores determinantes de seu desenvolvimento.

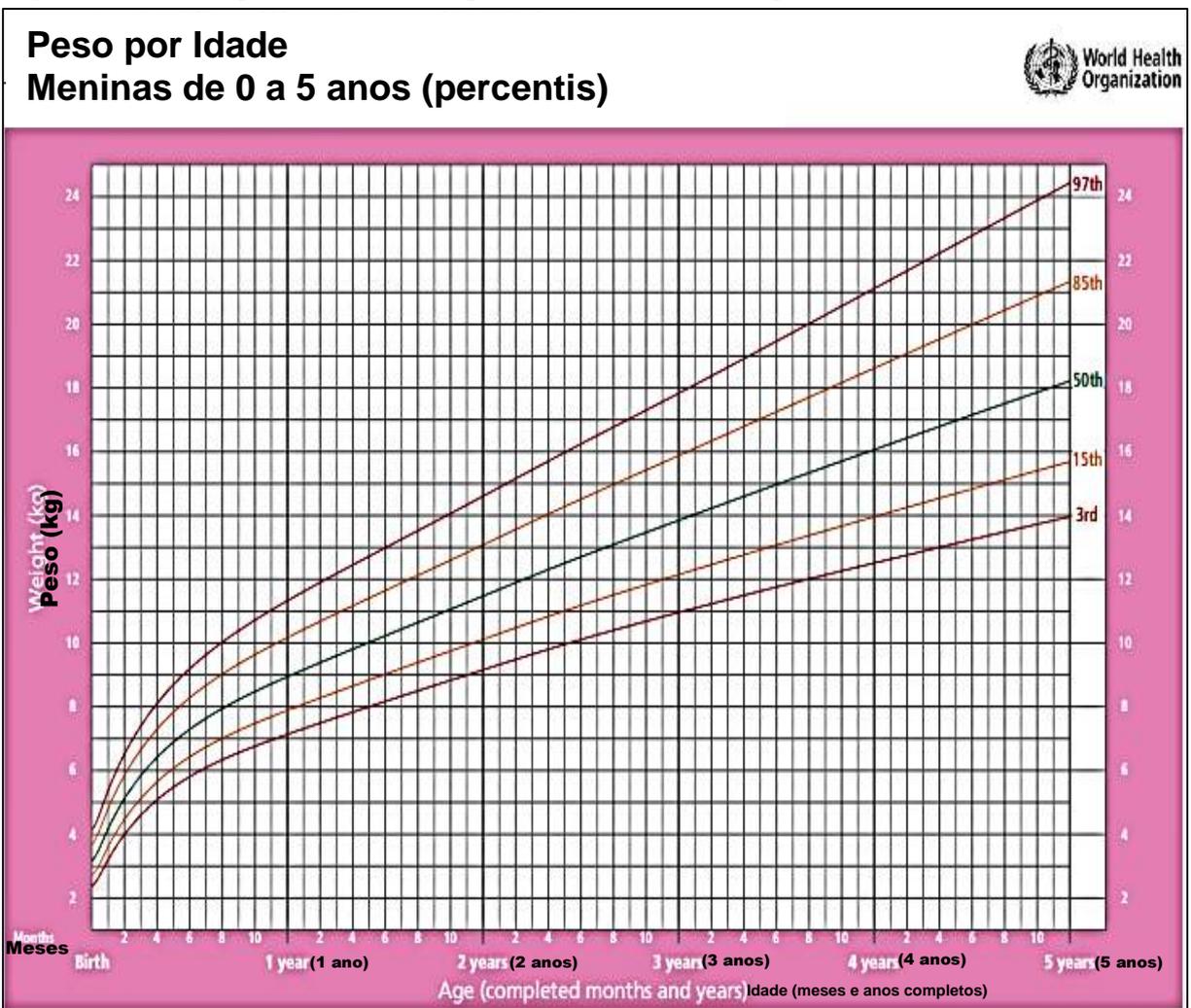
Contudo, para determinar a comparação das medidas antropométricas com o padrão de referência, diversas escalas podem ser utilizadas, porém, as mais comuns são o percentil, referentes a meninos e meninas, do nascimento a cinco anos de idade, e o desvio padrão ou também denominado de escore z (PEDRAZA; MENEZES, 2016).

A distribuição em percentil é a apresentação em cada idade, para ambos os sexos, dos valores organizados de maneira crescente, como se fossem 100 valores, independentemente do tamanho da amostra a partir da qual foram estimados, sendo na maior parte dos casos constituída por mais do que 100 indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Cada percentil tem a responsabilidade de representar a posição que aquele valor tem na distribuição ordenada dos valores definidos como parâmetro de normalidade, peso por idade do nascimento aos cinco anos de idade (CAMPOS, 2011).

Dentro dessa ótica, o mesmo autor afirma que se uma criança tiver seu peso classificado na posição do percentil de 50, entre indivíduos da mesma idade e sexo, no caso de meninas do nascimento aos cinco anos de idade, isso significa que a metade (50%) tem peso maior ao seu, enquanto a outra metade possui o peso inferior, como mostra a figura 03. Caso essa classificação fosse em relação ao percentil de 95 para a mesma idade e sexo, seria apenas 5% das crianças que apresentam peso maior do que o avaliado, visto que também que 95% possui peso inferior.

Figura 03: Tabela de percentil de meninas: peso/idade de 0 a 5 anos completos



Fonte: Adaptado de WHO (2007, p. 01, tradução nossa).

Em contrapartida, a desvantagem desse método de classificação em percentil é que, por se tratar de uma ordenação de valores, no caso de grupos de crianças que não são passíveis de tratamento aritmético a mensuração do percentil dificulta o cálculo da média e da

variabilidade daquele parâmetro no grupo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Já a representação em escores z é a demonstração em tabelas e gráficos dos valores de cada parâmetro conforme a sua discrepância em relação ao valor mediano previsto para cada sexo e idade (OLIVEIRA et al., 2013).

Portanto para calcular o escore z, utiliza-se a seguinte fórmula:

Figura 04: Fórmula para calcular escore Z.

$$\text{Escore z} = \frac{\text{valor medido na criança} - \text{valor da mediana}}{\text{valor do desvio padrão}}$$

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria (2009, p. 38).

Temos como exemplo, um menino de 7 anos cuja altura média é de 121,7 cm e o desvio padrão da medida é de 5 cm, portanto, um menino que possui a altura média de 124 cm terá um escore Z de 0,46 de altura para sua idade, como podemos observar diante da figura 05 (BRASIL, 2002b).

Figura 05: Fórmula para calcular escore Z.

$$\text{Escore z} = \frac{124 - 121,7}{5} = 0,46$$

Fonte: Adaptado de Brasil (2002b, p. 43).

Tais observações nos possibilitam compreender que embora mais trabalhoso que a classificação em percentil, o escore z tem o benefício de resultar em números exatos, além de proporcionar a realização de cálculos aritméticos como média e desvio padrão. Sendo assim, essa possibilidade de tratamento aritmético é muito útil quando é necessário equiparar estatisticamente grupos de crianças e/ou adolescentes, motivo pelo qual esse mecanismo de avaliar e classificar parâmetros antropométricos são os mais apontados para uso em pesquisas científicas (ZIDÓRIO, 2013).

Paralelamente, com esses achados Sigulem, Devincenzi e Lessa (2000), salientam que além do percentil e escore z as classificações antropométricas mais utilizadas ao longo do tempo para designar o quadro nutricional das crianças são: Gomez (modificada por Bengoa), Waterlow (modificado por Batista) e a da Organização Mundial de Saúde (OMS).

2.5.1.1 Classificação de Gomez modificada por Bengoa

A classificação de Gomez, proposta na década de 1956, pelo mexicano Frederico Gomez, teve como princípio determinar o prognóstico de morbidade e mortalidade de crianças hospitalizadas conforme a sua condição nutricional. Portanto, esse critério fundamenta-se no índice de peso para idade (P/I), sugerida para avaliar o estado nutricional de crianças com a idade de zero a dois anos (SILVEIRA, 2007).

Com base na classificação do estado nutricional de crianças, o critério de Gomez, modificado por Bengoa, faz uso do percentil 50 das curvas do *National Center Health Statistics*, como padrão. Porém, apesar das críticas, por não incorporar o comprimento e sua relação com o peso, essa metodologia, tem sido muito utilizada ao longo dos anos por sua simplicidade (DORNELLES, 2005).

Em suma, esse critério é mais utilizado para crianças abaixo dos dois anos, pois nesta fase o peso é mais sensível aos agravos nutricionais e repercute melhor a avaliação do crescimento. Desse modo, a mesma é centrada na intensidade do quadro de desnutrição, determinando quatro categorias e abarcando os pontos de corte de P/I, como podemos observar na figura 6 (FERREIRA, 2005).

Quadro 6: Classificação de Gomez modificada por Bengoa.

Situação Nutricional	% Adequação P/I
Normal/Eutrofia	≥ 90% do percentil 50
Desnutrição de 1º grau	76 - 90% do percentil 50
Desnutrição de 2º grau	61 - 75% do percentil 50
Desnutrição de 3º grau	≤ 60% do percentil 50

Fonte: Adaptado de Oliveira (2010, p. 24).

Portanto, por não considerar a estatura, ela não nos possibilita mensurar temporalmente o processo de desnutrição, sendo assim, dificulta a identificação se o quadro é atual, crônico ou pregresso (OLIVEIRA, 2010).

2.5.1.2 Classificação de Waterlow modificada por Batista

A classificação de Waterlow modificada por Batista, proposta em meados da década de 1970, fundamenta-se em dois índices, ou seja, estatura por idade (E/I) e peso por estatura (P/E) de maneira combinada em crianças de dois a dez anos de idade. Nesse período, o crescimento da criança acontece de forma mais lenta e constante predominando o estatural, fazendo com que o peso desse indivíduo varie de forma significativa em virtude de sua estatura do que da sua idade. Deste modo, os agravos nutricionais serão avaliados melhor pela relação E/I, seguida de P/E (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

O ponto de corte para E/I é de 96% do valor recomendado para a mesma idade e sexo, 90% para P/E. Todavia, esse critério caracteriza o tipo de desnutrição em aguda, crônica ou pregressa, no entanto, não mensura a magnitude do agravo. A princípio dividia-se em quatro diagnósticos, porém, foi ampliada abrangendo os critérios de obesidade e sobrepeso, como mostra a figura 06 (FERREIRA, 2005).

Figura 06: Classificação de Waterlow modificada por Batista

ESTATURA/IDADE	PESO/ESTATURA			
	< ou = 90%	> 90 < 110%	> ou = 110 < 120%	> ou = 120%
> 95 %	Desnutrição atual (<i>wasted</i>)	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
< ou = 95%	Desnutrição crônica (<i>stunted e wasted</i>)	Desnutrição pregressa (<i>stunted</i>)	Sobrepeso com déficit de estatura	Obesidade com déficit de estatura

Fonte: Ferreira (2005, p. 157).

Vale ressaltar que durante a análise do indicador E/I, deve-se considerar duas circunstâncias: a primeira é que 2,5 a 3% das crianças apresentam baixa estatura constitucional ou familiar, e com isso no momento da avaliação indiscriminada das triagens podem ser incluídas na classificação como desnutridos pregressos, no entanto, não estão anos (FERREIRA, 2009).

Contudo, o mesmo autor saliente que nesses casos, é recomendado considerar a altura média dos pais e realizar uma investigação complementar de acordo com protocolo de baixa estatura para dispor de um diagnóstico justo e correto. Já o segundo caso está associado ao processo que leva à baixa estatura, o qual ocorre nos primeiros anos de vida da criança, sendo possível finalizar o diagnóstico de desnutrição pregressa após três.

2.5.1.3 Classificação da OMS

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado como um elemento integrador e central de todas as ações de atenção à saúde da criança. Por se tratar de um mecanismo de baixa complexidade tecnológica e sua elevada efetividade na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção de problemas nutricionais (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013; PESSOA; PINTO, 2014).

Por essas razões, a OMS propôs um novo referencial, para ser utilizado na avaliação nutricional de crianças e adolescentes entre cinco e dezenove anos de idade. Tal referência é constituída por gráficos e tabelas de P/E e E/I (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Em suma, a classificação da OMS determina que o indicador P/E reflete sobre o emagrecimento, sobrepeso e a obesidade, a E/I representa a condição de baixa estatura ou nanismo nutricional dessa criança, e o P/I avalia a adequação do peso desse indivíduo (FERREIRA, 2005).

Neste contexto, a OMS propõe desde a década de 1983 a adoção do escore z para classificar os desvios e determina como quadros de desnutrição os índices menores a -2 escores z inferior à mediana de referência e desnutrição grave quando menor que -3 escores z e abaixo de 70% de adequação em virtude à mediana, como mostra a figura 07, ou ainda na presença de edema comprovadamente de cunho nutricional (FERREIRA, 2009).

Figura 07: Classificação da OMS para Peso/estatura e estatura/idade.

	DEP leve	DEP moderado	DEP grave
Peso/estatura	-2 ≤ escore Z < -1	-3 ≤ escore Z < -2 (70-90%)	Escore Z < -3 (<70%)
	BAIXA ESTATURA LEVE	BAIXA ESTATURA MODERADA	BAIXA ESTATURA GRAVE
Estatura/idade	-2 ≤ escore Z < -1	-3 ≤ escore Z < -2 (85-89%)	Escore Z < -3 (< 85%)

Fonte: Ferreira (2005, p. 157).

Isso posto, esse critério da OMS comumente pode ser adotado para crianças de qualquer idade, porém, em exceção do primeiro trimestre de vida, quando o ganho ponderal de peso médio é cerca de 30g/dia. Sendo válido ressaltar que ganho de peso inferior ou igual a 20g/dia é considerada uma situação de risco a criança (WINCK, 2006).

2.6 Regulação da ingestão de alimentos

A nutrição é essencial para a manutenção da saúde e desenvolvimento da criança, além de proporcionar um sistema imune mais resistente, menos afecções e uma melhor saúde para os indivíduos de todas as idades (PRATES; COSTA; TORRES, 2015).

Portanto, a realização do acompanhamento nutricional em crianças e adolescentes é de grande importância, no intuito detectar situações de risco nutricional precocemente, na realização de programa de atuações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Desenvolvendo ações na atenção primária, detectando distúrbios a alimentares precocemente, acompanhando o desenvolvimento da criança e do adolescente, quanto na atenção em obesidade e na desnutrição (BRASIL, 2009b).

Neste cenário, Spaniol (2014), argumenta que os elementos que fundamentam o comportamento alimentar vão além das necessidades nutricionais de cada indivíduo, englobando assim fatores psicossociais que influem na prática alimentar desde o nascimento da criança até a vida adulta.

Partindo desse pressuposto, entende-se que as práticas alimentares da população brasileira vêm se modificando nas últimas décadas e isso se dá a partir de uma gama de decisões diárias, práticas alimentares e aspectos subjetivos, tal como as características do alimento, sua disponibilidade, seu custo, fatores religiosos e culturais, influencia social e fatores relacionados à publicidade e à mídia (HENRIQUES et al., 2012; SPANIOL, 2014).

2.6.1 Aleitamento materno

Segundo Vieira et al., (2017), o crescimento e desenvolvimento infantil referem-se à progressão da criança em seus primeiros anos de vida, abrangendo aspectos emocionais, cognitivos, físicos e sociais. Sabe-se que cada um destes elementos pode sofrer a influência das práticas alimentares desses primeiros anos de vida.

Desta forma, o mesmo autor salienta que estudos afirmam que o leite materno reduz cerca de 13% dos casos de óbitos em crianças menores de cinco anos. Além de ser um alimento saudável e de extrema importância para a saúde da criança, o mesmo também é responsável por promover o crescimento e desenvolvimento adequado destes indivíduos.

Portanto, é no momento do pré-natal que a equipe de enfermagem tem essencial responsabilidade de orientar as mães e acompanhar os bebês desde o seu nascimento, orientando na amamentação para uma boa pega; na sucção do bebê para o conforto tanto da mãe quanto do bebê; estimulando a cada vez mais a descida do leite materno, caso o recém-nascido não consiga sugar orientar a mãe para que faça a retirada do leite para manter a lactação (CORINTIO, 2015).

Entretanto, o mesmo autor afirma que, o enfermeiro deve orientar também sobre o banho do recém-nascido e os cuidados com o coto umbilical, discorrer sobre as leis que as protege no período de amamentação, orientar para o não uso de mamadeiras e chupetas, também quanto às consultas periódicas para o acompanhamento e desenvolvimento da criança, e as vacinas preconizadas pelo PNI, que dará proteção nas doenças imunopreveníveis.

Sendo assim, o objetivo da assistência prestada pela equipe de enfermagem nesta fase e também no pós-parto é imprescindível para o monitoramento no processo de crescimento e desenvolvimento infantil. Seguindo um cronograma sistematizado contribuindo no acompanhamento do crescimento de cada criança, com intuito de reduzir a incidência e

agravos de doenças atuando no diagnóstico precoce. Priorizando a saúde da população e aumentando as chances de um desenvolvimento saudável (FUJIMORI; OHARA, 2009).

Sob essa perspectiva, Brasil (2012a), afirma que a amamentação no Brasil vem crescendo e se aperfeiçoando cada vez mais, pois tem se investido em orientações, projetos, programas e políticas, sobre o aleitamento materno (AM), onde diz que o leite materno é o melhor alimento podendo assim garantir os nutrientes adequados para o crescimento, desenvolvimento e nutrição da criança, sendo recomendado de forma exclusiva até os primeiros seis meses de vida, como apresenta o quadro 7 (BRASIL, 2012a).

Quadro 7: Recomendações para uma alimentação complementar saudável.

	Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos	Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos a 9 anos
1	Leite materno até os seus 6 meses, sem lhe oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.	Ofereça alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Não pule as refeições.
2	Quando a criança completar 6 meses, introduza para ela, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os seus 2 anos de idade ou mais.	Inclua na alimentação, diariamente, alimentos como cereais, tubérculos, raízes, pães e massas, distribuindo-os nas refeições e nos lanches da criança ao longo do dia.
3	Quando a criança completar 6: cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes, três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.	Ofereça legumes e verduras nas duas principais refeições do dia e duas frutas nas sobremesas ou nos lanches.
4	A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família.	Ofereça feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana.
5	Inicie alimentação complementar com consistência pastosa e, gradativamente, aumente a consistência até chegar à alimentação da família.	Ofereça leite ou derivados (queijo e iogurtes). Esses alimentos são boas fontes de proteínas e cálcio e ajudam na saúde dos ossos, dentes e músculos.
6	Ofereça à criança diferentes alimentos todo dia.	Evite alimentos gordurosos e frituras. Prefira alimentos assados, grelhados ou cozidos.
7	Estimule o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.	Evite oferecer refrigerantes, sucos industrializados, alimentos com muito açúcar, salgadinhos e outras guloseimas.
8	Evite açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida.	Diminua a quantidade de sal na comida.
9	Cuide da higiene no preparo e no manuseio dos alimentos.	Estimule a criança a beber água, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação.
10	Estimule a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo a ela sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos.	Além da alimentação, a atividade física regular é importante para manter o peso e uma vida saudável.

Fonte: Adaptado de Brasil (2016, p. 32).

Ainda se tratando de leite materno, o mesmo é constituído por diversos fatores bioativos como hormônios e enzimas que em conjunto vão atuar no processo de crescimento, diferenciação e maturação funcional de órgãos, contribuindo, diretamente, no desenvolvimento da criança (ARAÚJO; BESERRA; CHAVES, 2006).

Corroborando com esta ideia, Silva et al., (2016, p. 150), afirma que,

A sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendam a amamentação até os 2 anos de idade, com AME ao seio por período não inferior a 6 meses e introdução de alimentos complementares a partir dessa idade. Deve-se iniciar o AM sob regime de livre demanda, isto é, sem horários pré-fixados, imediatamente após o parto, estando a mãe em boas condições e o recém-nascido (RN), com manifestações ativas de sucção e choro.

Contudo, o leite materno nos primeiros dias pós-parto é denominado de colostro, sua produção é de pouca quantidade ideal para todos os bebês especialmente aos bebês pré-termos, por conter grande quantidade de proteínas. Uma das vantagens do AM para o bebê é a diminuição de morbidade relacionada a infecções gastrointestinais, infecções respiratórias, infecções urinárias, diarreias e também a prevenção de diabetes, e no auxílio e adaptação de outros alimentos após os seis primeiros meses de vida (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

Os benefícios do AM são observados em todas as crianças, com um desenvolvimento nutricional adequado onde há um menor risco de obesidade futura, também auxilia na mastigação, deglutição e desenvolvimento da saúde bucal do bebê. Crianças amamentadas somente ao seio materno apresentam menor índice de desnutrição, pois a perda de peso de aproximadamente 10% do peso ao nascer é normal. Devido a isto, o aleitamento materno promove a recuperação de peso mais rápido, também ajuda estabilizar os níveis de glicose e a incidência de hiperbilirrubinemia do bebê (BRASIL, 2012a).

É importante salientar que para uma amamentação satisfatória e correta há alguns detalhes essenciais que devem ser executados como: a melhor posição para amamentar, pega da mamada, tempo da mamada e quantidade e qualidade do LM (BRASIL, 2016).

O mesmo autor ainda recomenda que a melhor posição para realizar a amamentação é aquela em que proporcione o melhor conforto possível para mãe e filho, ou seja, um ambiente agradável, tranquilo, arejado e que também tenha silêncio para que haja maior interação do vínculo afetivo entre os dois.

Diante disso, Coca et al., (2009), sintetiza que as características do posicionamento adequado da criança diante da mama deve ser com o seu corpo o mais próximo possível e voltado para a mãe, sendo que as nádegas estejam apoiadas, a cabeça e o corpo alinhados com a boca, sendo na mesma altura da mama, em frente à aréola, como mostra a figura 08. Desta

forma, a correta apreensão da região mamilo-areolar é um elemento essencial para o início da mamada da maneira certa. Contudo, a criança deve estar com os lábios voltados para fora, a boca bem aberta, sendo visíveis as bochechas arredondadas e o queixo tocando o seio da mãe.

Figura 08: Posicionamento correto para amamentação.



Fonte: Coca et al., (2009, p. 447).

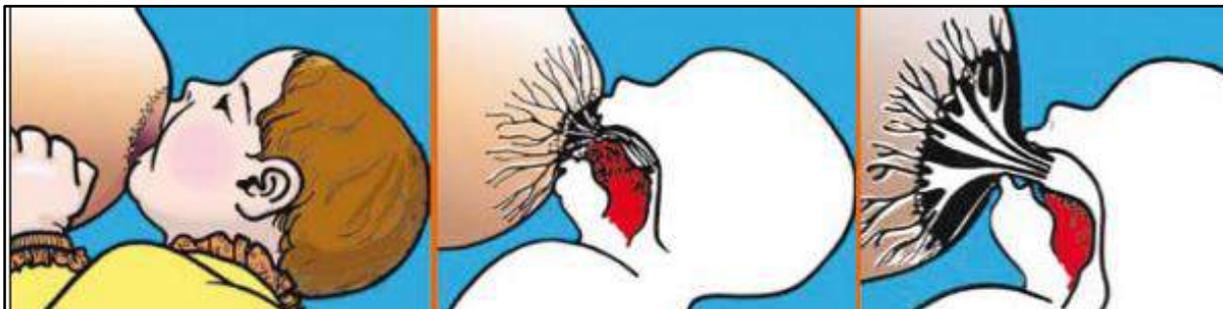
Uma técnica adequada de amamentação é um elemento imprescindível para o sucesso do AM. O posicionamento correto do bebê para uma pega adequada possibilita o completo esvaziamento da mama, e conseqüentemente o aumento da produção do leite (LUCAS, 2014).

Desse modo, o mesmo autor afirma que a prolactina é o hormônio que exerce a produção do leite e tem seus níveis regulados através do estímulo da sucção do complexo mamilo-areolar por meio da pega adequada e da frequência das mamadas. Em conjunto tem a ocitocina, o hormônio responsável pela ejeção do leite, o mesmo é influenciado por fatores emocionais maternos, ou seja, ela eleva em circunstâncias de autoconfiança e reduz em períodos de insegurança e ansiedade.

No entanto, apesar da sucção ser um ato reflexo do recém-nascido, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de maneira satisfatória. Para que isso ocorra, requer que o bebê mantenha uma abertura ampla da boca, abocanhando não somente o mamilo, mas também a parte da aréola, como mostra a figura 09. Desse modo, forma-se um lacre entre a

boca e mama, que por sua vez assegura a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham corretamente dentro da boca do bebê (BRASIL, 2015b).

Figura 09: Pegada adequada ou boa pega.



Fonte: Brasil (2015, p. 34).

Em contrapartida, uma má pega além de dificultar a retirada do leite, pode causar também fissuras nos mamilos o que gera desconforto para mãe. Sendo assim, quando o bebê tem uma pega adequada, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o proporciona proteção contra fricção e compressão, prevenindo consequentemente lesões nos mesmos (BRASIL, 2009a).

O tempo da mamada depende exclusivamente de cada bebê, pois os mesmos possuem seu próprio ritmo de mamar e ele deve ser respeitado. O leite do início da mamada é constituído por mais água e mata a sede. Já o leite do final é incorporado com mais gordura, e por sua vez satisfaz a fome e faz com que o bebê ganhe peso (BRASIL, 2015b).

Embora literaturas afirmem que o uso do complemento alimentar deva ser evitado, em alguns casos ele pode ser essencial e necessário, não exclusivamente por motivos clínicos que o recém-nascido apresente ou da mãe por impossibilidade de amamentar, mas até por circunstâncias não prementes, mas que podem ser justificadas por algumas evidências de que o uso do complemento pode proporcionar a manutenção da lactação (MACHADO, 2014).

Portanto o leite materno é o alimento mais indicado e completo para todas as crianças, mas para aquelas mães que tem algum tipo de problema de saúde, como por exemplo, herpes, varicela, tuberculose e lesões mamarias, pois pode ocorrer transmissão dessas afecções através do leite para o bebê, sendo assim a amamentação deverá ser interrompida, mas estimulando a produção do leite materno para que após o tratamento o bebê volte a se alimentar (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

Entretanto, o mesmo autor enfatiza que o AM não é indicado para aquelas mães que são infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), e para aqueles bebês que sofrem de doenças metabólicas incomuns como a fenilcetonúria e a galactosemia.

Já no que equivale a vantagens da amamentação para a mãe, podem ser destacadas quanto: ao auxílio na prevenção de uma nova gestação, diminuição do risco de hemorragias após o parto, proteção contra o câncer de mamas e ovários, além de oportunizar o vínculo entre mãe e filho, possibilitando o afeto maternal, total confiança e cumplicidade entre os dois. É necessário que a mãe esteja bem hidratada, pois deve ser orientada a tomar em média 900 ml de água diariamente, e alimentada corretamente para auxiliar na produção do leite (BRASIL, 2013).

2.6.2 Neofobia

A criança em sua primeira infância passa por uma transição da dieta láctea para a alimentação familiar a qual exige que a criança aprenda a aceitar pelo menos alguns dos novos alimentos ofertados. No entanto, mesmo nessa fase precoce de introdução de um novo comportamento alimentar, as crianças demonstram suas preferências e, muitas vezes, é difícil fazer com que diversifiquem a alimentação, pois muitas têm o receio de provar novos alimentos, novos sabores, fenômeno conceituado com o neofobia alimentar (MORAES, 2015).

Deste modo, a aprendizagem é um elemento imprescindível na fase de aceitação dos novos alimentos e formação dos novos hábitos alimentares pelas crianças. Em consonância com este achado, estudos mostram que existe relação direta entre a frequência das exposições e a preferência das crianças pelo alimento (VALLE et al., 2007).

Portanto, nesse tipo de aprendizagem inúmeros fatores podem estar relacionados, como a novidade dos alimentos, alterações aos contextos familiar e social no qual o alimento foi consumido. No entanto, as mudanças na aceitação de alimentos podem ser efetivadas através da exposição repetida à prova de alimentos não familiares e/ou recusados, sendo esta uma ação auspiciosa para promover a aceitação de alimentos novos e prevenir as rejeições alimentares das crianças (BARR, 2016).

Após essa fase da infância este comportamento neofóbico, reduz até o ponto de se estabilizar por volta do início da idade adulta, porém há literaturas que afirmam que esta estabilidade só é adquirida pela criança durante sua adolescência, ou seja, por volta dos 13 anos de idade (MEDEIROS, 2008).

2.6.3 Densidade energética

A capacidade de regular a ingestão de alimentos em virtude à densidade energética, ou seja, à quantidade de energia disposta por grama de peso do alimento, interfere nos padrões de aceitação desse alimento pelas crianças, determinando tanto suas preferências, bem como também as qualidade desse alimento consumido (GODOI, 2013).

Por este motivo que nos primeiros anos de vida, a criança apresenta um controle de ingestão alimentar mais complexa devido ao fato de que elas estão aprendendo a se alimentar diante da presença de comidas palatáveis, estado emocional, contexto social, e conhecimentos e crenças a respeito de alimentação e nutrição (VALLE et al., 2007).

Analisando as definições fornecidas, estudos realizados com crianças cujos pais demonstram um maior controle em relação ao que, quando e qual quantidade elas podem comer, expressam menores indícios de autoregulação da ingestão energética. Achados também revelam que crianças que possuem percentual elevado de gordura corporal apresentam pobre regulação da ingestão energética (SILVA, 2012).

2.6.4 Fatores ambientais

Em especial nas fases iniciais da vida é que acontece a composição do hábito alimentar infantil, na maioria das vezes, direcionada pelos hábitos familiares. Desse modo, se torna evidente a importância de identificar os fatores determinantes do consumo alimentar, para que seja viável propor ações educativas satisfatórias para a mudança do padrão alimentar da criança, quando necessário (CALDAS; OLIVEIRA; SANTOS, 2012).

Os aspectos ambientais estão relacionados com o contexto social, cultural, econômico e comportamental que influem na formação do hábito alimentar da criança. Sendo assim, as informações do âmbito externo condizem a características dos alimentos, como a familiaridade, o sabor, textura, variedade e composição nutricional e características do ambiente como a localidade, temperatura, trabalho, oferta ou escassez de alimentos bem como crenças culturais, sociais e religiosas (GODOI, 2013).

Corroborando com esse pressuposto, a disponibilidade e o acesso que as crianças têm do alimento em suas casas, as práticas alimentares e o preparo deste alimento influem a respeito do seu consumo. Pois estes indivíduos do ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural, são facilmente persuadidos pelo meio onde vivem que, em boa parte das vezes, é composto pelo ambiente familiar. Sendo assim, as suas atitudes tornam-se reflexo desse ambiente. E quando este meio é prejudicial, o mesmo poderá proporcionar circunstâncias que

conduzem ao desenvolvimento de distúrbios alimentares que, uma vez inseridos, poderão perdurar ao longo da vida (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Diante desta vertente, podemos compreender que uma alimentação adequada e saudável e equilibrada proporciona à criança um suporte para um bom crescimento e desenvolvimento. Por este motivo que ações e atitudes conscientes dos pais ou dos cuidadores reduzem a possibilidade da criança de desenvolver distúrbios alimentares com riscos nutricionais, como: baixa estatura para idade, obesidade e desnutrição (BRUM; GRIFANTE, 2017).

Os pais exercem influência direta na alimentação da criança, vendo que os mesmos influem em sua preferência alimentar e na regulação da ingestão energética. A compreensão deste fato é relevante, pois permite a elaboração de processos educativos, que são viáveis e efetivos para as mudanças no padrão alimentar das crianças (CAVALCANTI; JARABIZA; GARCIA, 2011).

Deste modo, recomenda-se que na primeira infância os pais adotem e ofertem refeições e lanches mais saudáveis, balanceados, com teor de nutrientes adequados e que possibilitem as crianças escolher a quantidade e qualidade que elas desejam consumir desses alimentos (SILVA, 2012).

Todavia, a influência desse contexto familiar e também social relacionados à alimentação sobre a formação das preferências alimentares das crianças demonstrou que as práticas de alimentação comuns podem ter resultados nocivos diante dos padrões de aceitação dos alimentos pelas crianças (VALLE et al., 2007).

Temos como exemplo, quando as refeições são ofertadas às crianças em âmbitos sociais positivos, como recompensas, as suas preferências por estes alimentos serão fortalecidas. No entanto, o fato de restringir o acesso aos alimentos palatáveis possibilita tais alimentos ainda mais desejados. Sendo assim, fica evidente que as crianças estabelecem associações entre os alimentos e os contextos sociais em que a alimentação ocorrer por meio da aprendizagem (CARVALHO et al., 2014).

Desse modo, é importante que seja realizado uma análise e investigação sobre os efeitos que os contextos sociais exercem em relação à alimentação, em especial, diante das preferências alimentares das crianças e suas condições sociais. Visto isso, algumas pesquisas nos apresentam que as práticas de alimentação comuns podem surtir resultados não pretendidos e nocivos sobre os padrões de aceitação dos alimentos por estes indivíduos (GODOI, 2013).

As práticas de alimentação na infância são elementos determinantes das condições de saúde nessa fase e também estão fortemente condicionadas ao poder aquisitivo das famílias, do qual estão sujeitos à disponibilidade, a qualidade e quantidade dos alimentos que são e serão consumidos (CALDAS; OLIVEIRA; SANTOS, 2012).

A esse respeito, Molina et al., (2010), afirma que fatores demográficos, socioeconômicos e culturais relacionados à qualidade da alimentação também têm sido objeto de pesquisas, bem como associados às práticas alimentares. Portanto, os elementos que abarcam os fatores socioeconômicos estão à escolaridade dos pais e a renda familiar na determinação da qualidade da alimentação.

Em consonância com este achado, Taddei et al., (2011) salienta que vem ocorrendo uma série de estudos a respeito da desnutrição “comunitária” que atingem uma grande margem populacional em uma localidade específica, para tanto, é necessário se realizar uma série de apontamentos a respeito do estilo de vida da população a que este se refere, aspectos socioeconômicos, demográficos, sociais, culturais, características alimentares e nutricionais.

Com isso, nos países em desenvolvimento a maior parte dos problemas relacionados à saúde e nutrição durante o período da infância está associado ao consumo alimentar inadequado e infecções de repetição, sendo essas duas circunstâncias diretamente associadas com o padrão de vida da população, que abarca o acesso à moradia, alimentação e assistência à saúde. Assim, a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil representa, de forma indireta, a qualidade de vida que a população vive e possui (MORAES; PEREIRA, 2010).

Assim, o conhecimento acerca da qualidade da alimentação desses indivíduos e seus fatores relacionados são de extrema relevância para amparar ações de promoção da vida saudável tanto para pais e familiares quanto para as crianças, vendo que as mesmas se encontram em uma fase da vida que são facilmente influenciadas tanto para o ponto de vista negativo, como publicidades, internet, televisão e amigos quanto para o positivo (KESKE et al., 2017).

Diante dessa constante transição social que vivenciamos faz com que haja uma variação contínua no que diz respeito aos costumes nutricionais de determinadas populações, os alimentos naturais vem sendo progressivamente substituídos por alimentos industrializados, e as campanhas publicitárias que circulam em todos os meios de comunicação servem para incentivar ainda mais, as crianças e adolescentes a se alimentarem de maneira inadequada, com alimentos pobres em nutrientes e ricos em açúcares e gorduras (CANDIDO et al., 2014).

Por este motivo, o mesmo autor acredita que uma alimentação inadequada, além de colaborar para a incidência de problemas nutricionais às crianças, também pode contribuir para uma piora do quadro social também enfermo. Isso pois, tal fator abre precedente para outros males fisiológicos e psicológicos futuramente.

Com isso as mudanças no estilo de vida no âmbito familiar ao decorrer dos anos culminaram para que as crianças passem parte, ou a maioria dos seus dias em creches ou pré-escolas. Desse modo, para algumas crianças mais do que a metade dos alimentos consumidos no dia-a-dia pode ser ofertado nessas instituições. Seja por pressão dos colegas ou outras circunstâncias as crianças comem bem em grupo. Por razões como estas que essas instituições se tornam ambientes extremamente favoráveis para o desenvolvimento de programas de educação nutricional (CARVALHO et al., 2014).

Por outro lado, o oposto dessas instituições também pode ser considerado como locais que sejam ideais para o desenvolvimento de programas de educação nutricional, visto que tais ações enfatizam as relações do mundo real que a criança vivencia com o alimento, o que por sua vez, proporciona ações mais viáveis e quem gerem resultados satisfatórios (GODOI, 2013).

Contudo, os profissionais da saúde devem estar sempre atentos a estas influências no âmbito familiar, social e em meios de comunicação, e conseqüentemente as mudanças alimentares e devem buscar informações no sentido de saber como e quando intervir. Com o intuito de preservar a saúde de crianças e adolescentes, melhorar sua qualidade de vida, diminuir os riscos de doenças, e possibilitar assim uma vida mais duradoura e com qualidade a partir de uma alimentação saudável (DUARTE, 2007).

2.7 Doenças relacionadas aos maus hábitos alimentares

O conceito de transição nutricional tem enfrentado no Brasil um perfil singular. Isso porque sem equacionar devidamente os problemas alimentares associados à carência integral de alimentos, o país vivencia perfis nutricionais divergentes, por vezes, justapostos (SENA, 2015).

Diante desse cenário, os maus hábitos alimentares, sejam eles em excesso ou carências, influem diretamente em todo esse processo, pois tem associação com fatores ambientais como: influência dos pais, situação socioeconômica, âmbito onde a criança tem convivência com outras pessoas e a maior influenciadora de toda a mídia (VASCONCELOS; TAVARES; BARBOSA, 2009).

Portanto, é possível observar a permanência das anemias por carências, o progresso da desnutrição e o crescimento da obesidade e dos agravos associados diretamente e indiretamente a eles (SENA, 2015).

Dessa forma, o mesmo autor ressalta que tais circunstâncias têm exigido dos profissionais de enfermagem uma reflexão mais ampliada de suas responsabilidades enquanto agente passivo diante de todo esse processo.

Partindo desse pressuposto, o excesso de peso, a deficiência de micronutrientes, desnutrição e outras patologias crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, também na maior parte dos casos, no mesmo domicílio, caracteriza a transição nutricional. Deste modo, esse fenômeno corresponde como um dos maiores desafios para as políticas públicas e requer um modelo de atenção à saúde fundamentado na integralidade do indivíduo e com abordagem voltada a promoção à saúde (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Ao decorrer dos primeiros meses e anos de vida da criança, associado ao intenso processo de experimentação de novos sabores e alimentos, de diversificação alimentar e de diversos paladares, iniciam-se as denominadas perturbações comportamentais da esfera alimentar da criança com repercussões que vão de leves até bem graves e significativas (VIANA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008).

Contudo, alguns problemas que envolvem essas circunstâncias podem acarretar transformações entre a mãe e a criança em torno da conquista da autonomia pela criança e do exercício de autoridade da mãe. Sendo assim, trazendo prejuízos para o apetite da criança. Uma vez interiorizado pela criança, esta situação de conflito de vontades pode ocasionar mais tarde, em especial na adolescência, a recusa alimentar grave (CAMPOS, 2017).

Segundo o mesmo autor essas premissas apontam que é de extrema importância buscar estratégias de intervenção que possibilitem minimizar as dificuldades ou perturbações alimentares.

A obesidade, desnutrição, anemia, hipertensão, diabetes e como outras tantas doenças crônicas possuem multicausalidade e inúmeras consequências negativas na saúde da criança, pois representam um grande desafio para os profissionais de saúde que atuam diretamente com esse público. Portanto, a princípio se recomenda priorizar medidas preventivas de baixo custo, que não apresentam efeitos adversos potenciais. Desse modo, temos o AM que nos primeiros anos de vida constitui uma estratégia simples e de prevenção de doenças crônicas futuras (NOVAES et al., 2009; NOVAES, 2007).

As deficiências de vitamina A e ferro na fase da infância estão também entre as carências com maior prevalência no mundo, sendo problemas nutricionais de grande relevância para a saúde pública. Acometendo principalmente crianças com menos de um ano de vida, a carência desses micronutrientes corrobora nocivamente para o crescimento e desenvolvimento desse indivíduo (SILVA et al., 2015b).

A ênfase que MS aborda quanto aos hábitos alimentares inadequados, obtidos na fase da infância e adolescência, deve-se ao fato de os mesmos poderem exercer grande influência no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, a relação entre dieta e doença nem sempre é passível de ser identificada nos estudos epidemiológicos em decorrência das dificuldades de se avaliar com precisão a ingestão alimentar desse público em questão (MARIZ et al., 2013).

2.8 Atuação do enfermeiro perante a educação nutricional e o desenvolvimento infantil

Ao decorrer do tempo, as sociedades adquirem e se adaptam a novos costumes e hábitos de consumo alimentar, aos quais integram um processo de experimentação social que, proporciona o desenvolvimento de um saber nutricional. Desse modo, considerar que hábitos alimentares de determinados indivíduos precisam ser mudados é um enorme desafio para a educação em nutrição e para as políticas públicas, visto que esses fatores abarcam relações entre pessoas e comportamentos humanos (CERVATO-MANCUSO; VINCHA; SANTIAGO, 2016).

Dessa forma, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) compõe uma ação preconizada pelas políticas públicas em relação à alimentação e nutrição, sendo determinada como um importante instrumento para desenvolver a promoção de hábitos alimentares saudáveis (RAMOS; SANTOS; REIS, 2013).

Contudo, a educação nutricional promove a capacidade de compreender comportamentos e práticas, possibilitando ao indivíduo adquirir autonomia sobre sua alimentação e tomar decisões sobre seus hábitos diários (LOCARNO; NAVARRO, 2011).

Diante disso, educar não significa adestrar, ou seja, a transferência de conhecimento limita as ações da EAN, pois alimentar-se envolve muito mais do que apenas ingerir nutrientes essenciais e necessários a uma boa qualidade de vida, a alimentação abarca um âmbito de significados que ultrapassa o prazer pessoal até elementos socioculturais nos quais o indivíduo encontra-se inserido (FRANÇA; CARVALHO, 2017).

Assim, o mesmo autor salienta que a educação nutricional é um processo que exige determinado tempo para que se obtenham resultados positivos. Desse modo, como qualquer

ação educativa, demanda continuidade e manutenção, tornando-se um constante desafio para os profissionais de saúde que acompanham esse indivíduo.

Diante desse contexto, a educação nutricional referida às crianças pode corroborar para a formação de hábitos alimentares assertivos e saudáveis, uma vez que o comportamento na vida adulta é consequência do aprendizado na infância (GODOI, 2013).

Diversas são as maneiras de se desenvolver ações educativas, sobretudo, alguns profissionais optam por aplicar o ensino através de palestras, aulas com métodos expositivos dramatizações, fotos, vídeos e cartazes ou até mesmo o uso da problematização como instrumento para a elaboração de oficinas (FRANÇA; CARVALHO, 2017).

De acordo com Santos (2012), o uso desses meios tem a finalidade de corroborar para a melhoria na interação do grupo o qual o tema é exposto, porém acabam ficando limitadas em tipos de técnicas relacionadas a um modelo educacional tradicional, de transmissão de conhecimentos verticalizado e sem grandes resultados.

Em suma, por exemplo, um trabalho desenvolvido em pré-escolas sobre educação nutricional tem por perspectivas alterações qualitativas de atitudes alimentares, demonstrando assim a relevância da realização de ações educativas acerca da temática (GODOI, 2013).

Em consonância com o achado, Gonzaga et al., (2014) afirma que a participação do enfermeiro na promoção da saúde infanto-juvenil em âmbito escolar se configura como uma estratégia tão positiva que, em alguns países, como Inglaterra e Estados Unidos, há uma especialidade conhecida por Enfermagem Escolar. Os enfermeiros com essa especialidade são reesponsáveis por promover o bom desempenho do aluno no âmbito escolar ao oportunizar atendimento direto de saúde, encaminhamentos e exames, bem como intervenções de promoção e prevenção de saúde. No Brasil, essa interação do enfermeiro com a escola vem despontando crescimento a partir da implantação do Programa Saúde na Escola.

Já no âmbito da APS esse acompanhamento da criança é desenvolvido pelo médico e o enfermeiro. Comumente, os profissionais de saúde que atuam como detentores de conhecimento, tratando os pais/cuidadores como receptores de informações, conduzindo-os a reconhecer a relevância do acompanhamento frequente de suas crianças (DAMASCENO et al., 2016).

Portanto, se faz essencial a qualificação dos enfermeiros para desenvolver uma assistência efetiva acerca do desenvolvimento infantil, visto que, em algumas circunstâncias parte das crianças que frequentam as unidades de saúde na APS apresentam risco de atraso no desenvolvimento. Portanto, investimentos efetivos de desenvolvimento na infância podem

reduzir as desigualdades sustentadas pela má nutrição, pobreza e acesso à educação (REICHERT et al., 2015).

Diante desse contexto, a educação nutricional deve ser desenvolvida pelo profissional enfermeiro com efetividade desde o período do pré-natal, visando sempre encorajar o cuidado e responsabilidade dos pais em prosseguir com as ações recebidas por meio de orientações e participação de programas que buscam a educação alimentar saudável (MORAES; MATIAS; FERREIRA, 2016).

Dessa forma, a enfermagem apresenta grande relevância em sua atuação frente à promoção de hábitos alimentares, identificação de fatores de risco e propostas de melhorias. Visto que estes profissionais atuam em conjunto com outros profissionais da saúde e desenvolve uma assistência integral a toda família (SOUZA et al., 2013).

No entanto, a participação da equipe multiprofissional possibilita aprimorar não unicamente a atenção específica de cada profissional de saúde envolvido na assistência individual, mas também compreender mais a fundo as necessidades de cada criança e de sua família (OLIVEIRA et al., 2009).

Com isso, a atuação do enfermeiro no processo de educação nutricional e desenvolvimento infantil são de extrema importância para perceber precocemente o risco a doenças relacionadas à nutrição e avaliar o progresso do crescimento e desenvolvimento dessa criança (SILVA; POLUBRIAGINOF, 2012).

A identificação do risco nutricional e a garantia da monitorização contínua do crescimento e desenvolvimento infantil tornam a avaliação nutricional um elemento imprescindível para que os profissionais da saúde tenham conhecimento acerca das condições de saúde de seus pacientes. Ao acompanhá-los, é possível adquirir o conhecimento de seu padrão de crescimento e desenvolvimento, instrumento essencial na prevenção e no diagnóstico de distúrbios nutricionais na infância (ROSA; SALES; ANDRADE, 2017).

O impacto destas ações na saúde da criança é positivo, pois possibilita ao profissional conhecer e compreender as necessidades e direitos da criança e sua família, com o objetivo de ofertar uma atenção humanizada e de qualidade (REICHERT et al., 2015).

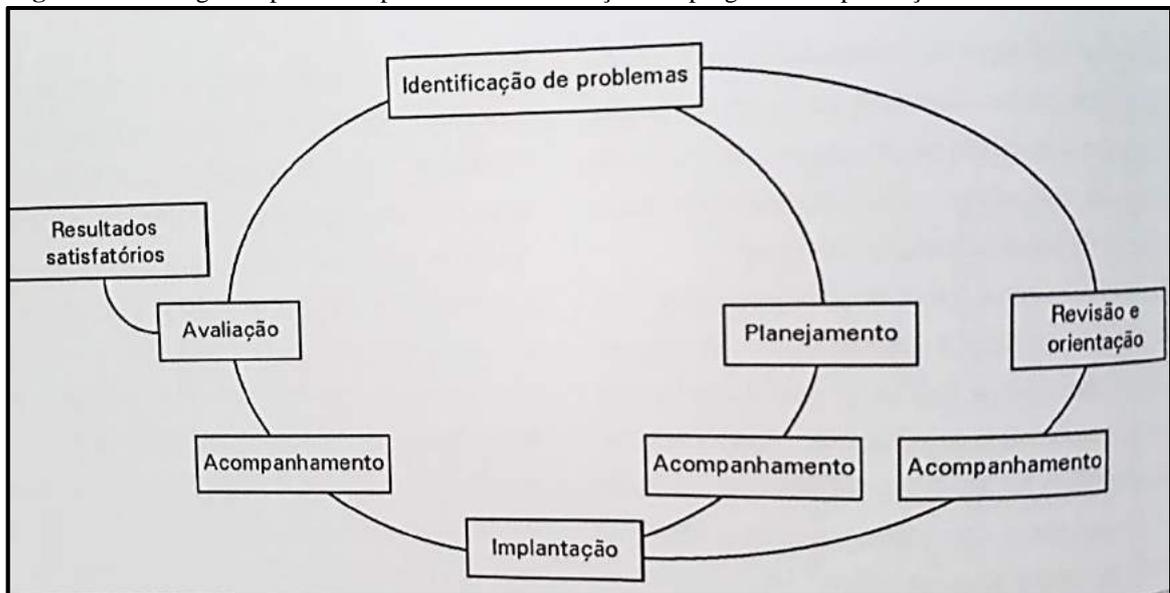
Contudo, o uso de medidas antropométricas também é um método utilizado para avaliação da intervenção, visto que o conhecimento acerca da alimentação saudável carrega a hábitos mais adequados, ocasionando melhora no estado nutricional (FRANÇA; CARVALHO, 2017).

Todavia, o uso de ações isoladas não desencadeia mudanças no IMC, e isso pode ser explicado devido às alterações na massa corporal não ocorrerem em curto espaço de tempo,

sendo necessário uma maior duração nas ações, como 7 semanas a 15 meses (FRIEDRICH; SCHUCH; WAGNER, 2012).

Portanto é essencial estar atento às mudanças nos costumes alimentares da população, ainda mais no que se refere à atenção a criança e ao adolescente. É importante estabelecer mecanismos de avaliação do estado nutricional dos mesmos, levantar as necessidades da população, estipular um cronograma de acompanhamento, implantação de métodos de controle e ações, planejamento de atividades, identificação dos problemas entre outros, como mostra a figura 10 (DUARTE; 2007).

Figura 10: Fluxograma para acompanhamento e avaliação dos programas de promoção nutricional



Fonte: Taddei et al., (2011, p. 14).

É válido ressaltar que não somente o levantamento do problema deve ser considerado de extrema importância, mas também a implementação de ações de controle. Uma vez que o problema for identificado, é necessário se montar um plano de ação, que deve ser colocado em prática, e posteriormente, realizar a avaliação dos resultados obtidos com as ações (TADDEI, et al.; 2011).

Contudo, desenvolver um plano de ação de controle não é tarefa fácil, vendo que o desequilíbrio alimentar está cada vez mais evidente no dia-a-dia das crianças devido até mesmo a falta de tempo dos pais que possuem uma dupla jornada diária, ficando assim sem tempo para fazer os preparos da alimentação saudável. Essa associação faz com que cada vez mais as crianças se alimentem mal e fiquem sem estímulos para as atividades físicas (MORAES; MATIAS; FERREIRA, 2016).

Portanto, a atuação do enfermeiro perante esta vertente no estímulo de atividades educativas coletivas que proporcionem a troca de experiências entre os pais, que vivenciam realidades de vida semelhantes, mas que podem se distinguir no modo de encarar as mesmas circunstâncias. Os profissionais envolvidos têm a oportunidade de cooperar para a resolução de dúvidas importantes, que surjam durante o debate dos assuntos, bem como identificar com maior propriedade a realidade em que as famílias vivem (OLIVEIRA et al., 2009).

O mesmo autor enfatiza que o aumento da proximidade entre pais e/ou cuidadores, com os profissionais de saúde, é um dos resultados do desenvolvimento destas atividades, proporcionando uma melhor adesão dos pais e/ou cuidadores às ações de recuperação nutricional.

Encontram-se também ações, fundamentadas no modelo de aconselhamento dietético, como visitas domiciliares, oficinas culinárias com o olhar voltado para educação ambiental, como as pequenas hortas cultivadas em espaços mínimos (FRANÇA; CARVALHO, 2017).

No entanto, esse processo reeducação dos hábitos alimentares é de certo modo bem complexo, devido ao estilo de vida que as pessoas adotam no decorrer da vida. Sendo assim, é necessário criar estratégias em conjunto com o paciente ou com os responsáveis desse paciente, no caso de crianças, com a finalidade proporcionar melhora na qualidade de saúde e de vida desses indivíduos (MARIZ et al., 2013; RECINE et al., 2014).

Entretanto para sanar essa problemática, médicos e enfermeiros em conjunto com outros profissionais de saúde, podem fortalecer suas orientações acerca do assunto através de guias alimentares, como: guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos e guia alimentar para a população brasileira, recentemente sumarizados e revisados (PEDRAZA; MENEZES; COSTA. 2016).

Por isso para que haja acompanhamento integral no cuidado à criança, é essencial que o profissional exerça uma dedicação pontual e satisfatória para desenvolver um atendimento completo, que enxerga a criança como um ser biopsicossocial, e não somente uma queixa apresentada, num atendimento fragmentado (OLIVEIRA et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de uma análise do conhecimento teórico científico, esse estudo possibilitou conhecer e compreender diversas vertentes acerca do progresso da história da criança no Brasil, políticas públicas voltadas a esse público e alguns eventos importantes sobre o início do SUS.

Diante desse pressuposto, foi identificado que todo contexto histórico acerca da atenção a criança e adolescente no país, passou por períodos extremamente críticos, onde os mesmos não tinham reconhecimento e nem valor diante da sociedade. No entanto, com o progresso das políticas públicas voltadas a esse público a circunstâncias foram mudando e com isso foram ganhando espaço e a atenção necessária e efetiva.

Visto isso, vale ressaltar que houve grandes avanços positivos, pois políticas e programas específicos foram criados para acompanhar com maior efetividade o crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil as quais perduram até o presente momento, como Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança, o ECA com a finalidade de assegurar legalmente os direitos desses indivíduos, Rede Cegonha e entre outros.

Deste modo, a pesquisa permitiu explorar também elementos que influem diretamente no crescimento e desenvolvimento infantil, como hábitos alimentares inadequados, fatores ambientais que são a influência dos pais, meio onde a criança vive e se relaciona com outras pessoas e também os recursos financeiros que essa família dispõe.

Contudo, é válido salientar que o princípio do estudo está associado à problemática acerca da saúde nutricional infantil em relação ao seu crescimento e desenvolvimento. Dessa forma, foi possível averiguar quais ações os enfermeiros podem desenvolver para solucionar tais circunstâncias negativas diante desses indivíduos.

Notou-se então a necessidade de que esse profissional observe com maior efetividade essa relação direta que existe entre a saúde nutricional da criança com seu crescimento e desenvolvimento, pois ambos estão fortemente ligados. Visto que se a criança não se alimenta

adequadamente, se sua alimentação é precária ou em excesso isso acarretará danos a sua saúde como, anemia, desnutrição, obesidade, carência de nutrientes, o que trará também atraso em seu crescimento, desenvolvimento cognitivo, motor, psicossocial entre outros.

Portanto, o objetivo principal dessa pesquisa pôde ser concluído sem grandes dificuldades. No entanto, observou-se que há poucas referências bibliográficas a respeito da educação nutricional em consonância com o desenvolvimento infantil. Embora, sejam assuntos que estão diretamente relacionados entre si, no entanto, nos meios de pesquisa foram encontrados separados sem que houvesse relação um com o outro.

Entretanto, foi possível correlacionar os temas e desenvolver uma análise a respeito da atuação do enfermeiro frente à educação nutricional e o desenvolvimento e por vez, averiguar quais ações os mesmos utilizam em seu dia-a-dia para sanar tal problemática.

Salienta-se então a relevância da atuação do enfermeiro frente a esse contexto, vendo que na Atenção Primária o mesmo é um elemento primordial para o desenvolvimento de uma assistência de saúde efetiva através da promoção, prevenção e recuperação da comunidade. Sendo assim, ações implementadas para promover e prevenir tais adversidades trazem consigo resultados positivos o que por sua vez minimiza de forma significativa a incidência de crianças desnutridas, anêmicas, obesas e também potencializa o rastreamento prévio de fatores de risco.

No entanto, não basta apenas o profissional identificar a gênese do problema que está interferindo na saúde da criança, mas procurar desenvolver um trabalho através de planejamento que busca gerar estímulos para as mudanças de hábitos, não somente da criança, mas também daqueles os quais ela tem convívio diário.

Diante desse cenário propõe-se um preparo constante a esses profissionais de saúde, de modo que os mesmos possam refletir sobre suas condutas durante a atuação direta e/ou indireta ao paciente, vendo que as ações e intervenções aplicadas para solucionar o problema são simples e de fácil acesso.

Verifica-se então a necessidade de que haja um melhor preparo destes profissionais antes mesmo que eles venham a concluir sua graduação, pois tal fato contribui significativamente para os futuros profissionais.

Analisou-se também a carência de materiais para pesquisa que abordem tal temática, pois foi possível verificar durante o estudo a íntima relação da alimentação com o crescimento e desenvolvimento infantil. Portanto, fica evidente a necessidade de mais estudos que discorram sobre o tema e que os profissionais da enfermagem atuem de forma mais efetiva diante dessa realidade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. C. et al. **Crescimento de crianças egressas de unidade de cuidados intensivos neonatais: um dilema ético e atual.** Arq. Med. ABC, p. 68-71, 2007.
- AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde-antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** 2 ed. São Paulo: Martini, 2015.
- ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S.; SANTOS, L. C. **Atenção à saúde da criança: aspectos básicos.** Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.
- AMARAL, V. L. **Psicologia da educação.** Natal, RN: EDUFRN, p. 208, 2007.
- ANDRADE, R. D. **Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária.** Teses (Doutorado em Ciências) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- APM – Associação Paulista de Medicina. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** V. 1, São Paulo; Editora Atheneu, 2008.
- ARAÚJO, J. P. et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.** Rev. Bras. Enferm., p. 1000-7, 2014.
- ARAÚJO, M. F. M.; BESERRA, E. P.; CHAVES, E. S. **O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem.** Acta Paul Enferm., p. 450-5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a14.pdf>>. Acesso em: 23/04/2018.
- BARR, M. **Neurociências e educação na primeira infância: progressos e obstáculos.** Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/536046/neurociencias.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24/04/2018.
- BORBA, J. **Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro.** R. Katálisis, Florianópolis, n.3, p. 19-27, 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS.** Brasília: CONASS, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 10/04/2018.
- BRASIL, Ministério da Justiça. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990,** Brasília-DF, 1990a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em: 26/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área de saúde do adolescente e do jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 27/05/2018.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 28/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/10/ConsultaPublica.%2025.Caderneta.pdf>>. Acesso em: 22/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. Ed., p. 9, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto – humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília – DF, 2002a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 25/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 60, 2005b. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/marco_legal.pdf>. Acesso em: 10/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Humanização do parto. Recife, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro_hoje_estrategia_brasileirinhas_brasileirinhos.pdf>. Acesso em: 25/05/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Informe da Atenção Básica, ano V, Brasília, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0291.pdf>>. Acesso em: 25/05/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Balanço das Ações, 20ª ed., Brasília, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf>. Acesso em: 25/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília, p. 248, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 04/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pela Primeira Infância.** Brasília, 2010c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PNI Programa Nacional de Imunizações 30 anos.** Brasília-DF, 2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde: 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2. Ed., 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 23/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Departamento de Atenção Básica – Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009b.

BRUM, A. P. S.; GRIFANTE, V. **Trabalhando a boa alimentação nas fases iniciais da vida.** Inserção na comunidade, 2017. Disponível em:

<<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/apeuv/article/viewFile/13744/7297>>. Acesso em: 25/04/2018.

CALDAS, B. G.; OLIVEIRA, D. A. A. B. e SANTOS, L. C. **Estado Nutricional e caracterização socioeconômica de crianças integrantes do Programa Bolsa Família.** *Pediatria Moderna. Minas Gerais.* v. 48, n. 1. Jan., 2012.

CAMPOS, M. **Promoção de hábitos alimentares saudáveis na educação pré-escolar – uma estratégia de intervenção contextualizada e dirigida.** 2017. Relatório final – Prática de Ensino Supervisionada (Mestrado em Educação Pré-Escolar) - Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19169/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Maria%20Campos_Final.pdf>. Acesso em: 26/05/2018.

CAMPOS, M. M. **Relação entre função mastigatória e sobrepeso em indivíduos jovens.** Piracicaba, SP, 2011.

CANDIDO, C. C. et al. **Nutrição: guia prático.** 5º edição, Editora Saraiva, São Paulo, 2014.

CARVALHO, C. A. et al. **Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistematizada.** *Revista Paulista de Pediatria*, p. 211-221, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n2/pt_0103-0582-rpp-33-02-00211.pdf>. Acesso em: 01/02/2018.

CARVALHO, N. C. et al. **Hábitos alimentares na escola infantil.** *Revista científica interdisciplinar*, v. 1, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/viewFile/29/24>>. Acesso em: 24/04/2018.

CAVALCANTI, L. A.; JARABIZA, V.; GARCIA, M. C. L. **Aspectos sócio-culturais na alimentação no ensino fundamental.** *ECS, Sinop*, v. 1, n. 1, p. 34-47, 2011.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; VINCHA, K. R. R.; SANTIAGO, D. A. **Educação alimentar e nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 225-249, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00225.pdf>>. Acesso em: 28/05/2018.

COCA, K. P. et al. **A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar?.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, p. 446-52, 2009.

CORINTIO, M. N. **Manual de aleitamento materno.** 3ª ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. **A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008.

CUNHA, L. F. **A importância de uma alimentação adequada na educação infantil.** 2014. Monografia (Especialização em Ensino de Ciências) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ibaiti – PR.

CUNHA, L. A. R. **Concretização do direito à saúde, políticas públicas e judicialização.** 2015. Dissertação (Mestrado em Direitos Coletivos e Cidadania) Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP.

DAMACENO, D. C. **A importância do parto humanizado: atenção da equipe de enfermagem.** FACIDER Revista Científica, Colíder – MT, n. 07, 2015.

DAMASCENO, S. S. et al. **Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, p. 2691-2973, 2016.

DIAS, A. B. T. **O trabalho infantil na atualidade: entre avanços e retrocessos, a proteção legal da infância no Brasil.** 2016. Dissertação (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande – RS. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7570/adriana%20dias_4243106_assignsubmissao_file_PDF.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26/05/2018.

DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, I. A. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado.** Curitiba, Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 6 ed., 2013. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/eca_annotado_2013_6ed.pdf>. Acesso em: 23/04/2018.

DINIZ, R. L. P. **Crescimento e desenvolvimento da criança indígena.** 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo – SP.

DORNELLES, C. T. L. **Avaliação do estado nutricional, tipo de alimento e a evolução de lactentes previamente hígidos com bronquiolite viral aguda.** 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DUARTE, A. C. G. **Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais.** São Paulo, Atheneu, 2007.

EEEP – Escola Estadual de Educação Profissional. **Nutrição materno-infantil.** Fortaleza – CE, 2013. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2017/12/nutricao_e_dietetica_nutricao_materno_infantil.pdf>. Acesso em: 13/04/18.

FERREIRA, J. P. **Pediatria: diagnóstico e tratamento.** Artmed, 2005.

FERREIRA, J. P. **Pediatria: diagnóstico e tratamento.** Artmed, 2009.

FILHO, V. C. B. et al. **Índices antropométricos em escolares de um município no Sul do Brasil: análise descritiva utilizando o método LMS.** Rev. Paul. Pediatr., p. 333-341, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n4/pt_0103-0582-rpp-32-04-00333.pdf>. Acesso em: 27/05/2018.

FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri, SP: Manole, 2009.

FRANÇA, C. J.; CARVALHO, V. C. H. S. **Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 932-948, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0932.pdf>. Acesso em: 29/05/2018.

FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. **Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 551-560, 2012.

FREIRE, D. M. C. et al. Curva da altura uterina por idade gestacional em gestantes de baixo risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 3-9, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25/04/2018.

GARCIA, M. F. **A constituição histórica dos direitos da criança e do adolescente: do abrigo ao acolhimento institucional**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial283137.pdf>>. Acesso em: 11/04/2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOI, V. M. B. **Contribuição das atividades físicas na prevenção e tratamento da obesidade infantil**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal de Goiás, Alexânia. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/xmlui/bitstream/handle/ri/4623/TCCG%20%E2%80%93%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica%20-%20Viviane%20Mara%20Borges%20Godoi.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>. Acesso em: 24/04/2018.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S.B.A. **A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções**. Rev. Bras. Enferm., v. 61, n. 1, p. 61-65, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100009&lng=pt>. Acesso em: 10/04/2018.

GONZAGA, N. C. et al. **Enfermagem: promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso no contexto escolar**. Rev. Esc. Enferm. USP, p. 157-65, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-153.pdf>. Acesso em: 29/05/2018.

GOULART, L. M. H. F.; VIANA, M. R. A. **Saúde da criança e do adolescente: agravos nutricionais**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

GUERRA, H. S. et al. **Análise das ações da Rede Cegonha no cenário brasileiro**. Iniciação Científica CESUMAR, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. 2012. Tese (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Tio Hugo – RS. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29/03/2018.

GUIMARÃES, T. A. R. **Sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente: conselho tutelar de Brasília**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Universidade de Brasília, Brasília – DF.

HENRIQUES, P. et al. **Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 481-490, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a21v17n2.pdf>>. Acesso em: 24/04/2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.

KESKE, H. A. G. et al. **Direitos humanos em perspectiva**. Novo Hamburgo: Feevale, 2017. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=rZFNDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=direito s+humanos+em+perspectiva&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjAq4-4ldjaAhXDhZAKHZu-BWwQ6AEIKDAA#v=onepage&q=direitos%20humanos%20em%20perspectiva&f=false](https://books.google.com.br/books?id=rZFNDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=direito+s+humanos+em+perspectiva&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjAq4-4ldjaAhXDhZAKHZu-BWwQ6AEIKDAA#v=onepage&q=direitos%20humanos%20em%20perspectiva&f=false)>. Acesso em: 26/04/2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. 2012.

LIMA, A. P. E. **Aleitamento materno em prematuros hospitalizados e no primeiro mês pós-alta**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em: <http://www3.ufpe.br/posca/images/documentos/teses_e_cisertacoes/DO_8/ana%20paula.pdf>. Acesso em: 28/05/2018.

LIMA, P. A. P.; BARBALHO, E. V. **Evidências científicas sobre a política nacional de atenção a saúde da criança**. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, p. 134-142, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/viewFile/506/456>>. Acesso em: 04/04/2018.

LOCARNO, A. F. S.; NAVARRO, A. C. **Educação nutricional como estratégia de prevenção e tratamento da obesidade**. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 5, n. 28, p. 314-323, 2011. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/249/234>>. Acesso em: 28/05/2018.

LOPES, G. A. M. et al. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**. Programa de Mestrado e Doutorado em Direito do UniCEUB, Brasília, v. 4, n. 1, 2014. Disponível:

<<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/viewFile/2940/pdf>>. Acesso em: 15/05/2018.

LUCAS, F. D. **Aleitamento materno: posicionamento e pega adequada do recém nascido.** 2014. Tese (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa – MG.

LUCION, M. C. S. **O sistema único de saúde no Brasil: uma demonstração de políticas públicas de promoção ao direito à saúde.** 2016. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Ijuí – RS. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4202/Maria%20Crística%20Schneider%20Lucion.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29/03/2018.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, W.F. **Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS.** 2012. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf>. Acesso em: 29/03/2018.

MACHADO, L. U. **Uso do complemento alimentar em recém-nascidos a termo submetidos à cesariana eletiva: efeito sobre o aleitamento materno.** 2014. Tese (Doutorado em Saúde da Criança) – Faculdade de Medicina da PUCRS, Porto Alegre. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/6998/1/000464697-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 20/04/2018.

MAGALHÃES, A. P. A.; MARTINS, K. C.; CASTRO, T. C. **Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenções em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde.** Revista Mineira de Enfermagem – REME, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/550>>. Acesso em: 12/07/2018.

MARCELINO, J. S. C. **Organização da atenção integral às crianças de 0 a 5 anos – moradoras do território adscrito pela unidade básica de saúde de Conceição de Itaguá, em Brumadinho – MG.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Confins – MG.

MARIZ, L. S. et al. **Modificação na frequência alimentar de crianças e adolescentes: acompanhamento em serviço de referência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0973.pdf>. Acesso em: 30/05/2018.

MARTINELLI, K. G. et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., p. 56-64, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>>. Acesso em: 26/05/2018.

MARTINS, M. C. A. **A alimentação humana e a enfermagem: em busca de uma dietética compreensiva.** Revista de Enfermagem Referência III Série, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a15.pdf>>. Acesso em: 12/07/2018.

MEDEIROS, R. T. P. **Caracterização da neofobia alimentar em crianças de três a seis anos.** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: <<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/RodrigoTPM.pdf>>. Acesso em: 24/08/2018.

MELO, D. R. **Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco: relato de experiência.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. Disponível: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/10731/1/PDF%20-%20Danielle%20Raquel%20de%20Melo.pdf>>. Acesso em: 25/05/2018.

MIRANDA, A. S. **Estado nutricional de pré-escolares em uma creche filantrópica e sua relação com as condições socioeconômicas e o consumo alimentar.** 2009. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e Sustentabilidade) – Universidade de Caratinga, Caratinga – MG.

MOLINA, M. D. C. B. et al. **Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças.** Ver. Saúde Pública, p. 785-92, 2010.

MORAES, A. E.; MATIAS, J. S.; FERREIRA, K. D. **A importância do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil.** Simpósio de TCC e Seminário de IC, 2016.

MORAES, P. M. **Obesidade infantil na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano.** 2015. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife – PE. Disponível em: <http://www.unicap.br/tede/tde_arquivos/12/TDE-2015-11-17T154510Z-790/Publico/priscilla_machado_moraes.pdf>. Acesso em: 24/04/2018.

MORAES, R.; PEREIRA, A. S. **SISNUTRI, um sistema especialista de avaliação nutricional.** Publ. UEPG Ci. Exatas Terra, Ci. Agr. Eng., Ponta Grossa, p. 25-32, 2010.

NERY, M. A. **A convivência familiar e comunitária é direito da criança e do adolescente e uma realidade a ser repensada pela escola.** Cad. Cedes, Campinas, v. 30, n. 81, p. 189-207, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v30n81/a05v3081.pdf>>. Acesso em: 11/04/2018.

NOGUEIRA, R. J. N. et al. **Nutrição em Pediatria: oral, enteral e parenteral.** São Paulo: SARVIER, 2010.

NOVAES, J. F. et al. **Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil.** Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr., São Paulo, v. 34, n. 2, p. 139-160, 2009.

NOVAES, J. F. **Fatores associados ao sobrepeso e à hipertensão arterial em escolares do município de Viçosa-MG.** 2007. Tese (Doutor em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-7G7J9W/juliana_farias_de_novaes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28/05/2018.

OLIVEIRA, A. C. M. **Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco.** Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estado-nutricional-materno-e-sua-associao-com-o-peso-ao-nascer-em-gestacoes-de-alto-risco/15915?id=15915&id=15915>>. Acesso em: 26/05/2018.

OLIVEIRA, A. F. **Relação entre renda, bens de consumo, índice de massa corporal e prática de aleitamento materno em crianças menores de sessenta meses de idade.** 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

OLIVEIRA, C. B. et al. **As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória.** Ciência & Saúde Coletiva, p. 635-644, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a32v14n2.pdf>>. Acesso em: 29/05/2018.

OLIVEIRA, J. P. **Da concepção a aprovação: a trajetória da política nacional de atenção integral à saúde da criança.** 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18406/1/2015_JussaraPereiradeOliveira.pdf>. Acesso em: 27/05/2018.

OLIVEIRA, K. K. G. et al. **Perfil antropométrico de crianças participantes do projeto Filadélfia, Recife/PE.** XIII Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão, Recife, 2013.

OLIVEIRA, L.L. et al. **Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil.** Rev. Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 479-485, 2012.

ORLONSKI, S. et al. **Estado nutricional e fatores associados ao déficit de estatura em crianças atendidas por uma unidade de ensino básico de tempo integral.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum., p. 54-62, 2009.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras.** Revista de Enfermagem da UFSM, p. 761-770, p. 2014.

PRATES, L. E. G.; COSTA, S.; TORRES, A. L. G. **Atrofia nutricional e nanismo nutricional em escolares de Tabatinga, Amazonas, Brasil.** Entramado, p. 288-300, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v11n1/v11n1a20.pdf>>. Acesso em: 28/03/2018.

PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N.; COSTA, G. M. C. **Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a11.pdf>>. Acesso em: 29/05/2018.

PEDRAZA, D. F.; SALES, M. C.; MENEZES, T. N. **Fatores associados ao crescimento linear de crianças socialmente vulneráveis do Estado da Paraíba, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, p. 935-945, 2016.

- PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. **Caracterização dos estudos de avaliação antropométrica de crianças brasileiras assistidas em creches.** Rev. Paul. Pediatr., p. 216-224, 2016.
- PENELLO, L. M. et al. **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis primeiros passos para o desenvolvimento nacional.** Comunicações de Pesquisa, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v3n2/v3n2a11.pdf>>. Acesso em: 25/05/2018.
- PEREIRA, I. F.S. et al. **Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional.** Ciência & Saúde Coletiva, p. 3341-3352, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3341.pdf>>. Acesso em: 29/03/2018.
- PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. **Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil.** Cadernos de Pesquisa, v. 40, n. 140, 2010.
- PESSOA, F. S.; PINTO, J. R. O. **Alimentação, nutrição e a saúde da família: avaliação nutricional e antropométrica.** São Luís, 2014.
- PIANI, P. P. F. et al. **A integralidade e as práticas em saúde da criança: uma revisão narrativa da produção científica brasileira.** Revista Paraense de Medicina, v. 28, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n4/a4639.pdf>>. Acesso em: 26/05/2018.
- POLETTO, L. B. **A (DES) qualificação da infância: a história do Brasil na assistência dos jovens.** IX ANPED SUL – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1953/329>>. Acesso em: 26/05/2018.
- PUCCINI, R. F.; HILÁRIO, M. O. E. **Semiologia da criança e do adolescente.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RAMOS, F. P.; SANTOS, L. A. S.; REIS, A. B. C. **Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 2147-2161, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/03.pdf>>. Acesso em: 28/05/2018.
- RECINE, E. et al. **Educação alimentar e nutricional: uma estratégia para a promoção do direito humano à alimentação adequada.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014. Disponível em: <https://ideiasnamesa.unb.br/upload/midia/1392831199Apostila_curso_DHAA_e_EAN.pdf>. Acesso em: 30/05/2018.
- REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano nacional primeira infância.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>>. Acesso: 01/02/2018.
- REICHERT, A. P. S. et al. **Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Rev. Latino-am. Enfermagem, p. 954-

62, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00954.pdf>. Acesso em: 29/05/2018.

RIZZETTI, D. A.; TREVISAN, C. M. **Rastreamento dos programas de saúde voltados para a criança elaborados pelas três esferas de governo.** Saúde, Santa Maria, v. 34, n. 1-2, p. 27-31, 2008.

ROCHA, R. P. **Estado nutricional de crianças no primeiro ano de vida no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco.** 2015. Dissertação (Especialização em Saúde Humana e Meio Ambiente) Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – PE.

ROCHA, A. J. S. C. et al. **Políticas de atenção à saúde da mulher: um breve histórico.** VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/politicasdeatencaoasaudedamulherumbrevehistorico.pdf>>. Acesso em: 25/05/2018.

RODRIGUES, V. **Direitos e deveres na escola: o reconhecimento da cidadania de crianças e adolescentes.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB.

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. **Fatores determinantes do crescimento infantil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, p. 15-23, 2004.

ROSA, V. S.; SALES, C. M. M.; ANDRADE, M. A. C. **Acompanhamento nutricional por meio da avaliação antropométrica de crianças e adolescentes em uma unidade básica de saúde.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, p. 28-33, 2017.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. **Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família.** Rev. Nutr., Campinas, p. 738-748, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf>>. Acesso em: 25/04/2018.

SANTOS, A. L. M. et al. **Rede cegonha e o protagonismo ao gestar: uma revisão narrativa da literatura.** Disciplinarum Scientia, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 17, n. 2, p. 319-329, 2016.

SANTOS, J. S. et al. **O cuidado da criança e o direito à saúde: perspectivas de mães adolescentes.** Rev Esc Enferm USP, p. 733-740, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0733.pdf>. Acesso em 05/04/2018.

SANTOS, L. A. S. **O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 453-462, 2012.

SARAIVA, N. C. G. **Construção e validação de álbum seriado para a educação de crianças sobre o controle do peso corporal.** Tese (Pós-graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/18474/1/2016_tese_ncgsaraiva.pdf>. Acesso em: 01/02/2018.

- SENA, R. T. N. **Características da avaliação da ingestão de proteínas do consumo alimentar de praticantes de exercício de força.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade de Brasília. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10770/1/2015_RodrigoTeixeiraNobreSena.pdf>. Acesso em: 26/05/2018.
- SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. **Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente.** *Jornal de Pediatria*, v. 76, 2000.
- SILVA, E. A. O. **A influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil.** 2012. Tese (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Católica de Brasília, Brasília. Disponível em: <<https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/9364/1/ElianeAlvesdeOliveiraSilvaTCCGraduacao2012.pdf>>. Acesso em: 24/04/2018.
- SILVA, C. M.; POLUBRIAGINOF, C. **Obesidade infantil: fatores de risco intervenções de enfermagem pertinentes.** *Rev Enfermagem UNISA*, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-2-06.pdf>>. Acesso em: 28/05/2018.
- SILVA, E. E. et al. **A legislação brasileira em relação à criança, ao adolescente e ao idoso.** *Ampliando – Revista Científica da Facerb*, v. 2, n. 2, 2015a.
- SILVA, E. B. O. et al. **Benefícios do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento infantil: uma revisão sistemática.** *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia*, p. 148-163, 2016.
- SILVA, E. O. M. **As características e os principais motivos que levam crianças e adolescentes ao acolhimento institucional no município de Vila Vilha/ES.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Centro Universitário Católico de Vitória, Vitória – ES.
- SILVA, M. A. et al. **Prevalência e fatores associados à anemia ferropriva e hipovitaminose A em crianças menores de um ano.** *Cad. Saúde Colet.*, p. 362-367, 2015b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-362.pdf>>. Acesso em: 29/05/2018.
- SILVA, R. M. M. **A integralidade à saúde da criança com enfoque à atenção primária e seu itinerário de cuidado e cura.** 2013. Dissertação (Mestrado em Biociências de Saúde) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel – PR.
- SILVA, T. M. **Estudos científicos acerca da implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado da rede cegonha: uma revisão crítica.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10897/1/2015_TainahMotaeSilva.pdf>. Acesso em: 26/05/2018.
- SILVA; V. P.; ZURITA, R. C. M.. **Prevalência dos fatores de risco da obesidade infantil nos centros municipais de educação infantil do município de Maringá-PR 2010.** *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 1, p. 9-25, 2012. Disponível em:

<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1944/1549>>. Acesso em: 28/01/2018.

SILVEIRA, C. R. M. **Evolução do estado nutricional dos pacientes internando na unidade pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de orientação.** Departamento de Nutrologia, São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. **Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, p. 1097-104, 2015.

SOUZA, R. S. et al. **Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família.** REME – Rev. Min. Enferm., 331-339, 2013.

SHULTZ, E. S.; BARROS, S. M. **A concepção de infância ao longo da história no Brasil contemporâneo.** Revista de Ciências Jurídicas, Ponta Grossa, p. 137-147, 2011. Disponível em: <<http://http://www.revistas2.uepg.br/index.php/lumiar>>. Acesso em: 25/05/2018.

SPANIOL, A. M. **Influência da publicidade de alimentos sobre a escolha alimentar de crianças e adolescentes de escolas públicas do Distrito Federal.** 2014. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências da Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/16798/1/2014_AnaMariaSpaniol.pdf>. Acesso em: 24/04/2018.

STURZA, J. M.; LUCION, M. C. S. **Entre teorias e dogmas: os anseios sanitários por um sistema público de saúde no Brasil.** Revista Duc In Altum Cadernos de Direito, vol. 8, nº16, 2016. Disponível em: <<http://www.faculadadedamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/article/view/399/389>>. Acesso em: 29/03/2018.

TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em saúde pública.** Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2011.

TEIXEIRA, M. P. C.; QUEIROGA, T. P. R.; MESQUISTA, M. A. **Frequência e fatores de risco para o nascimento de recém-nascidos pequenos para idade gestacional em maternidade pública.** Einstein, p. 317-23, 2016.

UNICEF - United Nations Children's Fund. **Celebrando 20 Anos da Convenção sobre os Direitos da Criança.** Situação mundial da infância edição especial, 2009. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/sowc_20anosCDC.pdf>. Acesso em: 10/04/2018.

VALLE, J. M. N. et al. **A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos.** Revista APS, v. 10, n. 1, p. 56-65, 2007. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Hinfancia.pdf>>. Acesso em: 24/04/2018.

VASCONCELOS, A. S.; TAVARES, L. B.; BARBOSA, L. N. F. **Distúrbios alimentares na infância: concepções das educadoras.** Rev. SBPH, v. 12, n. 1, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a10.pdf>>. Acesso em: 30/05/2018.

VIANA, V.; SANTOS, P. L.; GUIMARÃES, M. J. **Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão de literatura.** Psicologia, Saúde & Doença, p. 209-231, 2008.

VIEIRA, T. S. et al. **As influências do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa de literatura.** Revista Espacios, v. 38, n. 12, p. 15, 2017. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a17v38n12/a17v38n12p15.pdf>>. Acesso em: 22/04/2018.

WAQUIM, B. B.; COELHO, I. M.; GODOY, A. S. M. **A história constitucional da infância no Brasil à Luz caso do menino Bernardino.** Revista Brasileira de Direito, v. 14, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1680/1587>>. Acesso em: 26/05/2018.

WINCK, A. D. **Relação do estado nutricional com o diagnóstico de asma aos 4 anos de idade em uma coorte de nascimento de São Leopoldo.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Faculdade de Medicina da PUCRS, Porto Alegre.

WHO – World Health Organization. **Weight-for-age GIRLS Birth to 5 years (percentiles).** 2007. Tradução nossa. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_girls_p_0_5.pdf?ua=1>. Acesso em: 28/05/2018.

ZAGO, L. T.; FRIGHETTO, A. M.; SANTOS, J. C. **Fatores determinantes do crescimento e desenvolvimento infantil na Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato (creche) – Terra Nova do Norte – MT.** Nativa – Revista de Ciências Sociais do Norte de Mato Grosso, v. 1, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://revistanativa.com/index.php/revistanativa/article/view/73/pdf>>. Acesso em: 13/04/2018.

ZICK, G. S. N. **Os fatores ambientais do desenvolvimento infantil.** 2010. Tese (Especialização em Educação Interdisciplinar com ênfase em Psicopedagogia) – Faculdade IDEAU – Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai, Erechim – RS.

ZIDÓRIO, A. P. C. **Consumo alimentar habitual e evolução antropométrica de crianças e adolescentes portadores de epidermólise bolhosa: estudo de uma série de casos.** 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília – DF.

