

## CURSO DE ENFERMAGEM

### DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A VIGILÂNCIA SOB A PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

*Diene Pereira de Andrade<sup>1</sup>; Evaniely Kamila Ribeiro Guimarães<sup>1</sup>; Maria Elizabete dos Santos Amaro<sup>1</sup>; Rosineide Correia da Silva<sup>1</sup>; Ingrid Letícia Fernandes dos Santos<sup>2</sup>.*

1: Acadêmicas do Curso de Enfermagem do Univag

2: Professora Mestra do Curso de Enfermagem do Univag

#### RESUMO EXPANDIDO

**Introdução:** A utilização da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) proporciona benefícios para as crianças e para os serviços de saúde, como por exemplo, o olhar holístico a atenção à saúde infantil, mudando assim o foco das patologias que podem afetar a criança. Ela tem por objetivo agilizar o atendimento, facilitar o serviço dos profissionais de saúde na orientação aos pais, na identificação dos sinais preditivos de algum problema no desenvolvimento e na promoção do desenvolvimento normal. **Objetivo:** Descrever a avaliação do desenvolvimento de crianças menores de dois anos de idade de acordo com os critérios da AIDPI. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, que utilizou de observação sistemática e entrevista para avaliar o desenvolvimento de crianças de 0 a 24 meses residentes no município de Várzea Grande segundo a estratégia AIDPI. **Resultados:** O estudo evidenciou que a maioria das mães (96,55%) realizou pré-natal e considerava o desenvolvimento dos seus filhos como bom (41,37%). A maioria das crianças estava com perímetro cefálico e peso ao nascer adequados (82,75% e 41,37% respectivamente) e na avaliação dos bebês de acordo com a estratégia, a maioria estava com desenvolvimento normal sem fatores de risco (58,62%). **Considerações finais:** A pesquisa demonstrou a importância da sensibilidade do instrumento para a percepção dos problemas de desenvolvimento. Pode-se sugerir capacitação dos recursos humanos sob uma perspectiva mais ampla no desenvolvimento infantil o que pode culminar em atenção integral, tal qual o Ministério da Saúde preconiza.

**Descritores:** Desenvolvimento infantil; AIDPI;

#### INTRODUÇÃO

A infância é o período crucial para o desenvolvimento humano, e por isso deve estar em um ambiente saudável, ter seus direitos preservados e estabelecer vínculos saudáveis com família e sociedade (CÓRIA – SABINI, 2003). Desta forma as políticas públicas direcionadas à essa população vem sendo desenvolvida para proporcionar o seu desenvolvimento saudável.

Sendo assim, com objetivo de ampliar a cobertura de saúde da criança, em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) que propõe condutas dos profissionais para o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento (CD), alimentação no desmame dentre outras. Tais ações foram suficientes para redução de índices de mortalidade infantil, no entanto, diante das novas necessidades infantis surge a necessidade da elaboração de uma nova maneira de atender essas crianças de modo a conseguir uma assistência qualificada e mais efetiva (BRASIL, 1986).

Na intenção de reduzir a mortalidade infantil e organizar a puericultura, elabora-se, em 1997, pela OMS a Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que se alicerça em três pilares básicos: o primeiro é associada ao nível primário da atenção, que é a capacitação de recursos humanos com a conseqüente melhoria na qualidade da assistência prestada, a reorganização dos serviços de saúde, configura o segundo pilar, visando atender a nova forma proposta pelo AIDPI, e por último, está à educação em saúde alocada em diversos lugares como na família e na comunidade, podendo assim aprimorar o processo de identificação, condução e resolução dos problemas encontrados (BRASIL, 2004).

Ressalta-se que o comparecimento da criança a unidade de saúde, seja por apresentar patologias ou para consulta de rotina, deve ser visto como momento de grande relevância para

### SEMINÁRIO TRANSDISCIPLINAR DA SAÚDE

promoção e proteção à saúde. A base para a assistência em puericultura é o acompanhamento sistemático do crescimento da criança, que por ser um processo dinâmico, biológico e contínuo de multiplicação, é considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, sendo assim, fatores como medidas de promoção, proteção e recuperação tornam-se fundamentais para monitorar permanentemente o crescimento (BRASIL, 2005).

A Estratégia aborda as doenças prevalentes na infância por meio de sinais preditivos, podendo assim de maneira rápida e oportuna identificar a conduta adequada, o que pode evitar hospitalizações e mortes reduzindo custos com a saúde, enfatizando simultaneamente cada conjunto de doença mesmo as que tenham maior predominância na fase infantil, dessa forma tira o foco vicioso e tradicional que aborda separadamente cada doença como se ela fosse independente das demais e diferente do contexto a qual está inserida (AMARAL, 2004).

A utilização da estratégia AIDPI proporciona benefícios para as crianças e para os serviços de saúde, como por exemplo, o olhar holístico a atenção à saúde infantil, mudando assim o foco das patologias que podem afetar a criança. A AIDPI tem por objetivo agilizar o atendimento, facilitar o serviço dos profissionais de saúde na orientação aos pais, na identificação dos sinais preditivos de algum problema no desenvolvimento e na promoção do desenvolvimento normal (OPAS, 2005).

A Vigilância do Desenvolvimento Infantil pela AIDPI aliada a CSC consiste em um instrumento importante de Vigilância à Saúde. Por isso, são fundamentais tais instrumentos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Estudos apontam que a perspectiva do AIDPI em relação à detecção dos problemas de desenvolvimento é mais sensível que a da CSC (SANTOS, 2010; OLIVEIRA, 2012; ALVIM, 2012).

Diante disso, decidiu-se por fazer uma pesquisa com o objetivo de descrever a avaliação do desenvolvimento de crianças menores de dois anos de idade de acordo com os critérios da AIDPI.

#### **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa sobre o desenvolvimento de crianças de 0 a 24 meses segundo a estratégia AIDPI.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde Margarida Pereira Tavares (Manaíra), que possui duas equipes de saúde responsáveis por duas micro áreas. A população foi composta das crianças que fazem acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da equipe II. São ao todo 110 crianças na área, sendo 76 crianças que fazem acompanhamento de crescimento e desenvolvimento e destas, 29 se encontram na faixa etária estabelecida. Diante da quantidade de crianças optou-se por utilizar a população e não fazer o cálculo amostral.

A coleta de dados foi feita através de entrevista com a mãe/responsável e observação sistemática do desenvolvimento das crianças de acordo com o manual de Vigilância do desenvolvimento infantil segundo AIDPI. O Manual de Vigilância para o desenvolvimento segundo a estratégia AIDPI considera, além dos marcos de desenvolvimento estabelecidos na caderneta de saúde, a pesquisa de outras informações importantes para a avaliação, exposição a fatores de risco e a fatores intrínsecos. De acordo com a AIDPI, após a avaliação as crianças poderão ser classificadas em: provável atraso no desenvolvimento, desenvolvimento normal com fatores de risco e desenvolvimento normal.

Assim, foram estudadas as seguintes variáveis: Características sócio- demográficas e variáveis do Manual para Vigilância do Desenvolvimento segundo AIDPI: Exposição a fatores de risco; classificação do desenvolvimento segundo a avaliação das mães; distribuição do peso ao nascer; classificação do perímetro cefálico e classificação do desenvolvimento de acordo com a estratégia AIDPI.

A coleta de dados foi feita na casa da criança com agendamento prévio do agente comunitário de saúde e foi realizado pelas próprias pesquisadoras no mês de outubro de 2015.

Os dados foram armazenados e posteriormente analisados, por meio de estatística descritiva e apresentados em tabelas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e os responsáveis legais, das crianças, foram esclarecidos e consentiram a realização da pesquisa.

#### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Fizeram parte da pesquisa 29 crianças de 0 a 24 meses de idade, sendo 11 (38%) do sexo masculino e 18 (62%) do sexo feminino. A maior parte das crianças possui pais casados com idade de 26 a 30 anos, possuem renda entre 1,5 a 2 salários mínimos, vivem com menos de cinco pessoas em casa e a maioria são pessoas pardas.

### SEMINÁRIO TRANSDISCIPLINAR DA SAÚDE

A tabela 1 mostra a distribuição das crianças segundo a exposição aos fatores de risco. Os fatores que se apresentaram com maior proporção foram “problema durante a gestação, parto ou nascimento” e “violência doméstica, depressão materna, drogas e alcoolismo” (31,03% e 27,58% respectivamente). É importante ressaltar que a grande maioria das gestações foi acompanhada adequadamente durante o pré-natal (96,55%).

**Tabela 1 – Distribuição das crianças segundo a exposição dos fatores de Risco – Várzea Grande – 2015**

FATORES DE RISCO	SIM		NÃO		NÃO SABE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Realização do Pré-Natal adequado	28	96,55	01	3,44	--	--	29	100
Problema durante a gestação, parto ou nascimento?	09	31,03	20	68,96	--	--	29	100
Prematuridade?	04	13,79	28	96,55	--	--	29	100
Patologias do filho: meningite, traumatismo craniano ou convulsão?	02	6,89	27	93,10	--	--	29	100
Violência doméstica, depressão materna, drogas e alcoolismo?	08	27,58	21	72,41	--	--	29	100
Presença de Alterações fenotípicas?	02	6,89	28	96,55	--	--	29	100

O estudo de Várzea Grande apontou que a maioria das mães realizou pré-natal adequado este mesmo resultado pode ser percebido em um estudo realizado em Minas Gerais (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010). O pré-natal adequado faz com que o recém-nascido seja saudável, sem causar danos para a saúde materna. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a gestante deve fazer seis ou mais consultas para ser considerado um pré-natal adequado. Entretanto, se a gestante fizer a mesma quantidade ou um número reduzido de consultas, mas com conteúdo adequado de cada uma delas, não haja problemas na saúde da mulher e da criança. É importante ressaltar que as grávidas com maiores riscos deverá possuir atenção especial e que independente do risco, não há alta de pré-natal (BRASIL, 2012).

A pesquisa realizada em Várzea Grande mostrou ainda que uma parte considerável das mães relatou algum problema durante a gestação, parto e nascimento. O que não foi evidenciado no estudo de Minas Gerais em que 15% das mães relataram algum problema nesse período. Inúmeros fatores desencadeiam o surgimento dos problemas no desenvolvimento nas crianças. A maioria deles não possui uma causa, mas uma associação de varias etiologias que possivelmente estão relacionadas aos problemas (OPAS, 2005).

Observou-se ainda no que tange à exposição ao fator de risco violência doméstica, depressão materna, drogas e álcool na população estudada foi relevante o que difere do estudo de Minas Gerais, em que apenas 5% das crianças estão expostas a esse fator (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Para que a criança se desenvolva de maneira equilibrada é de suma importância que o ambiente familiar proporcione condições adequadas de desenvolvimento, que se traduz em estimular a criança, ter vínculo familiar, afetivo e dialogo. Dessa forma, fica claro que quando o ambiente familiar é hostil e desequilibrado, afeta o desenvolvimento e aprendizagem da criança, afinal o aspecto cognitivo e afetivo estão interligados e qualquer problema que aconteça irá interferir na aprendizagem da criança. Para os profissionais de saúde o diagnóstico da violência domestica é um desafio, pois se trata de um assunto complexo e que muda toda a estrutura familiar (ROSAS, 2006).

O estudo mostrou um valor muito próximo de crianças prematuras da pesquisa consolidada em Minas Gerais, em que 15% das crianças nasceram prematuras (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010). A prematuridade é um fator que colabora para a elevada taxa de mortalidade

### SEMINÁRIO TRANSDISCIPLINAR DA SAÚDE

infantil. Além disso, faz com que a criança tenha danos e sequelas de difícil mensuração aos recém-nascidos que superam o período neonatal de risco (RAMOS, 2009).

Além disso, a prematuridade ocorre por múltiplos fatores. Como os recém-nascidos prematuros são frágeis, há uma maior probabilidade de surgir complicações que exigirão intervenções dos profissionais de saúde no que diz respeito aos estímulos ao crescimento e desenvolvimento das crianças para evitar riscos com medidas profiláticas (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que todas as mães souberam responder as questões relacionadas aos fatores de risco, o que demonstra uma maior preocupação com a saúde de seus filhos.

A Tabela 2 expõe a percepção do desenvolvimento das crianças pelas mães. A maioria das mães (41,37%) considera o desenvolvimento do seu filho como bom. É importante ressaltar que 02 (6,89%) percebe o desenvolvimento do filho como regular, além disso, nenhum dos participantes referiu o desenvolvimento como ruim.

**Tabela 2 – Classificação do desenvolvimento segundo a avaliação das mães – Várzea Grande – 2015**

Classificação	n	%
Bom	12	41,37
Normal	07	24,13
Ótimo	08	27,58
Regular	02	6,89
TOTAL	29	100

A pesquisa demonstrou que a maioria das mães considera o desenvolvimento de seus filhos bom e (6,89%) tem o desenvolvimento como regular. Um estudo realizado em Minas Gerais constatou que 50,0% das mães consideram o desenvolvimento do seu filho como bom e nenhuma das mães referiram o desenvolvimento como regular (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010). A criança normalmente possui um contato maior com a mãe, por isso, é quem mais a observa. As mães comparam seus filhos com outras crianças, além disso, é a primeira a perceber que seu filho não está bem. O profissional de saúde deve considerar a opinião das mães, e quando a mesma achar que a criança não está bem, é dever o profissional dar mais atenção no desenvolvimento da mesma (OPAS, 2005).

Na Tabela 3 evidencia-se a distribuição do peso ao nascer das crianças avaliadas. Apenas 3,44% das crianças foram classificadas como baixo peso (inferior a 2,500Kg), 41,37% classificadas com o peso entre (3 - 3,49Kg) e 31,03 classificadas com peso (> 3,5).

**Tabela 3 – Distribuição do Peso ao nascer das crianças estudadas – Várzea Grande – 2015**

Peso ao Nascer	n	%
> 3,5	09	31,03
3 – 3,49	12	41,37
2,5 – 2,99	06	20,68
2,0 – 2,49	01	3,44
< 2,00	01	3,44
TOTAL	29	100

A pesquisa mostra que a maioria das crianças nasceu com o peso adequado. O mesmo pode ser evidenciado no estudo realizado em Minas Gerais (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010). Um dos grandes problemas de saúde pública é o baixo peso ao nascer (BPN). Principalmente quando se fala de morbidade e mortalidade infantil. A prematuridade é uma das maiores causas dessa situação. A relação dessas variáveis corrobora para os riscos das crianças desenvolverem doenças, além da probabilidade de vir a óbito. Alguns fatores determinam o BPN para a idade gestacional, são eles: os fatores fetais, ambientais e maternos (SANTOS; OLIVEIRA, 2011).

O peso ao nascer tem relação direta com as condições da mãe durante a gestação e o desenvolvimento fetal. Além disso, pode ser usado para a avaliação da qualidade do serviço de saúde. O baixo peso ao nascer prognostica riscos à saúde como desnutrição no primeiro ano de vida da criança, desconforto respiratório, aumento da morbimortalidade neonatal, ocorrência

**SEMINÁRIO TRANSDISCIPLINAR DA SAÚDE**

de algum trauma durante o parto, além de ser considerado fator de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) a longo prazo (TOURINHO, 2012).

A Tabela 4 mostra a classificação do Perímetro Cefálico no momento da coleta. Das 29 crianças avaliadas, a maioria delas 24 (82,75%) foi classificada com perímetro adequado para idade.

**Tabela 4 – Distribuição das crianças estudadas segundo classificação do Perímetro Cefálico no momento da coleta – Várzea Grande – 2015**

<b>Classificação do Perímetro Cefálico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pequeno para Idade	04	13,79
Adequado para Idade	24	82,75
Grande para Idade	01	3,44
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

A pesquisa demonstra que a maioria das crianças foi classificada com o perímetro cefálico adequado para idade, porém, algumas foram classificadas com o perímetro pequeno para idade. O que pode configurar em Minas Gerais a maioria das crianças foi classificada com o perímetro cefálico adequado para idade, mas, apenas 5,0% apresentou o perímetro cefálico pequeno para idade (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Aferir o perímetro cefálico é crucial para a avaliação do desenvolvimento de crianças de 0 a 24 meses, porque isso ajuda na comparação com parâmetros existentes e contribui para os profissionais prestarem um acompanhamento mais preciso no caso da detecção de algum problema (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Quando o profissional de saúde afere o perímetro cefálico e se o valor obtido estiver fora da faixa considerada adequada para idade, a criança deverá ser referenciada para um especialista para afastar a hipótese de microcefalia ou de macrocefalia (BRASIL, 2002).

Na Tabela 5 está exposta a distribuição das crianças de acordo com a classificação do desenvolvimento infantil conforme a estratégia AIDPI. Segundo a classificação, a maioria das crianças foi classificada com desenvolvimento normal (58,62%). É importante ressaltar que (24,13%) das crianças estão com provável atraso no desenvolvimento e não foi evidenciada nenhuma criança com possível atraso no desenvolvimento.

**Tabela 5 – Distribuição das crianças segundo a classificação do desenvolvimento de acordo com a estratégia AIDPI.**

<b>Classificação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Provável atraso no desenvolvimento	07	24,13
Possível atraso no desenvolvimento	--	--
Desenvolvimento Normal	17	58,62
Desenvolvimento Normal com fator de Risco	05	17,24
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

A pesquisa demonstra que a maioria das crianças foi classificada com o desenvolvimento normal, o mesmo foi constatado no estudo realizado em Minas Gerais (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010). Entretanto, o estudo realizado em Várzea Grande, não revelou nenhuma criança com possível atraso no desenvolvimento, já o estudo de Minas Gerais, demonstrou que 20% da população estudada apresentou a classificação de possível atraso no

### SEMINÁRIO TRANSDISCIPLINAR DA SAÚDE

desenvolvimento. Além disso, o estudo em Várzea Grande mostrou que 24,13% das crianças foram classificadas com provável atraso no desenvolvimento, e em Minas Gerais, apenas 5% das crianças tiveram esta classificação.

O atraso no desenvolvimento está adjunto a inúmeras condições da infância da criança. Além disso, pode ser considerada uma condição provisória, onde não se consegue determinar como será o desenvolvimento da criança, onde se faz necessário um acompanhamento com avaliações recorrentes (DORNELAS; DUARTE; MAGALHÃES, 2014).

Se o bebê for classificado como **Desenvolvimento Normal** o profissional deve fazer algumas orientações à mãe, dentre elas, a estimulação da criança. Orientar quando deve retornar, além de na presença de algumas manifestações clínicas salientar que o bebê deve retornar antes da data prevista, como por exemplo, convulsões, irritabilidade, sem se alimentar e/ou dormir excessivamente (BRASIL, 2005).

Na classificação de **Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco**, o profissional deve manter as orientações de estimulação da criança, marcar retorno e informar os sinais e sintomas que a criança pode apresentar caso necessite voltar na unidade antes da data marcada (BRASIL, 2005).

Se a criança for classificada como **Provável Atraso no Desenvolvimento**, o enfermeiro deve referir o bebê a um profissional especializado em desenvolvimento infantil, orientar a mãe sobre o porquê o bebê está sendo referenciado para outra avaliação ressaltando que não é porque ela apresentou esse quadro nessas avaliações terá necessariamente um atraso no desenvolvimento (BRASIL, 2005).

Se quando a criança for retornar na unidade de saúde e apresentar **Desenvolvimento Normal com fatores de Risco**, o profissional deve observar a criança em relação aos marcos que ela já alcançou e relacionar com sua faixa etária, orientar os estímulos e marcar retorno. Se a criança não possuir os reflexos da sua faixa etária, o profissional deve classifica-la como **Provável Atraso no Desenvolvimento** e encaminhar para avaliação com um profissional especializado (BRASIL, 2005).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou que a estratégia AIDPI é sensível na avaliação do desenvolvimento infantil, pois considera além dos marcos de desenvolvimento, os fatores de risco que as crianças estão expostas e o perímetro cefálico.

É importante ressaltar que um número considerável de mães considera o desenvolvimento do seu filho como bom, normal ou ótimo, enquanto que na avaliação das crianças de acordo com a estratégia AIDPI, um número significativo de crianças apresentavam Desenvolvimento Normal com fator de Risco e provável atraso no desenvolvimento.

A pesquisa pode demonstrar necessidade do investimento de políticas públicas que privilegiam acesso a esse tipo de atendimento. Para tanto, pode-se sugerir capacitação dos recursos humanos sob uma perspectiva mais ampla no desenvolvimento infantil o que pode culminar em atenção integral, tal qual o Ministério da Saúde preconiza.

### **Bibliografia Principal:**

ALVIM, Cristina Gonçalves. et. al. **A avaliação do desenvolvimento infantil: um desafio interdisciplinar**. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 supl.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012 <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200007>

AMARAL, JJF do et al. **Efeito da atenção integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Sobre o Desempenho dos Profissionais de Saúde do Nordeste do Brasil**. Cad. Saúde Pública. vol. 20, n.2, p.5209-2219, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/16.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Editora MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. Brasília (DF): UNICEF/OPAS/Sociedade Brasileira de Pediatria; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

**SEMINÁRIO TRANSDISCIPLINAR DA SAÚDE**

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CÓRIA – SABINI, Maria Aparecida. **Psicologia do Desenvolvimento**. 2ª ed. 3ª impressão. Editora: Ática, 2003.
- DORNELAS, Lílian de Fátima. et. al. **Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo**. Rev Paul Pediatr. 2015;33(1):88---103.
- OLIVEIRA, Luddi Luiz de. et. al. **Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil**. Rev. paul. pediatr. vol.30 no.4 São Paulo Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400004>
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005.
- RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.
- ROSAS, Fabiane Klazura. CIONEK, Maria Inês Gonçalves Dias. **O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem**. Conhecimento Interativo, São José dos Pinhais, PR, v. 2, n. 1, p. 10-15, jan./jun. 2006.
- SANTOS, Márcia Elena Andrade; QUINTAO, Nayara Torres and ALMEIDA, Renata Xavier de. **Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. Esc. Anna Nery [online]. 2010, vol.14, n.3, pp. 591-598. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300022>.
- SANTOS, Susana Paim dos. OLIVEIRA, Luciana Mattos Barros. **Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência**. R. Ci. med. biol., Salvador, v.10, n.3, p.329-336, set./dez. 2011.
- Tourinho AB, Reis LBSM. **Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional**. Com. Ciências Saúde. 2012; 23(1):19-30. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v23\\_n1\\_a02\\_peso\\_ao\\_nascer.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf)