

ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE CRIANÇAS EM CENTRO DE RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL

AMBULATORY CARE OF CHILDREN AT A NUTRITIONAL RECOVERY CENTER

SALDAN, Paula Chuproski¹

BRECAILO, Marcela Komechen²

RESUMO

O objetivo desse artigo é relatar a experiência de um Projeto de Extensão em Nutrição Materno Infantil desenvolvido em um Centro de Recuperação Nutricional em Guarapuava-PR. O projeto foi desenvolvido na forma de atendimento ambulatorial nutricional às crianças e suas mães por acadêmicas de Nutrição, supervisionadas por docentes nutricionistas. As mães recebiam orientações sobre o estado nutricional e a alimentação da criança com base nos hábitos alimentares e condição social da família. Foram realizados 338 atendimentos. Verificou-se que 47,0% das crianças apresentaram melhora do estado nutricional entre o primeiro e o segundo atendimento, 29,1% delas não retornaram para o segundo atendimento, 17,9% não tinham necessidade de um novo atendimento e 6,0% apresentaram piora do estado nutricional. Com a realização do projeto crianças e mães receberam atendimento nutricional específico para melhora do estado nutricional da criança e as acadêmicas puderam vivenciar a prática profissional aliada aos conhecimentos adquiridos na graduação.

Palavras chave: Assistência ambulatorial. Transtornos da nutrição do lactente. Transtornos da nutrição infantil.

ABSTRACT

This article aims to describe the experience of a Maternal and Child Nutrition Extension Project developed in a Nutritional Recovery Center, in Guarapuava-PR. The project was conducted in a nutritional ambulatory care for children and their mothers by students of Nutrition Course under the supervision of their professors. The mothers received information about child's nutritional status and adequate dietary intake based on family's food habits and social situation. It was done 338 nutritional ambulatory appointments. It was found that 47.0% of children presented improvement on their nutritional status between the first and second ambulatory care, 29.1% of them did not return to the second ambulatory care, 17.9% did not need returning and 6.0% worsened their nutritional status. During the development of this project, children and mothers received specific nutritional care to improve child's nutritional status. The students that took part on this project could link nutritionist practice with the knowledge obtained on Nutrition Course.

Keywords: Ambulatory care. Infant nutrition disorders. Child nutrition disorders.

1 Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Assistente do Departamento de Nutrição. E-mail: pchuproski@unicentro.br

2 Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Mestre em Nutrição. Professora Assistente do Departamento de Nutrição. E-mail: marbrecailo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os seis primeiros anos de vida, também chamados de primeira infância, são fundamentais para o desenvolvimento integral do ser humano. É nessa fase que a criança desenvolve grande parte do potencial mental que terá quando adulto. A atenção integral nessa faixa etária influencia no sucesso escolar, no desenvolvimento de fatores de resiliência e autoestima necessários para continuar a aprendizagem, na formação das relações e da autopercepção requeridas para independência econômica e no preparo para a vida familiar e comunitária (UNICEF, 2008). Ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver seu potencial (BRASIL, 2012).

A saúde integral da criança contempla ações de atenção à saúde do recém-nascido, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção de alimentação saudável, saúde bucal, vigilância à mortalidade e prevenção de violência e acidentes (BRASIL, 2012). A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos à promoção e proteção da saúde, evitando e tratando agravos nutricionais como desnutrição, obesidade e carência de micronutrientes (BRASIL, 2009, 2010).

A alimentação adequada em quantidade e qualidade tem papel primordial para o pleno desenvolvimento da criança. Nos primeiros seis meses de vida recomenda-se aleitamento materno exclusivo e, a partir dessa idade, deve-se introduzir alimentos complementares com continuidade da amamentação por dois anos ou mais. O início da alimentação complementar é fundamental para a formação dos hábitos alimentares da criança. Inicia-se a alimentação complementar com uma papa salgada e uma papa de fruta, aos sete meses introduz-se a segunda papa salgada e, a partir dos oito meses de idade, a criança pode passar gradativamente para a alimentação da família. Aos 12 meses ela deve estar recebendo a alimentação da família. O consumo de alimentos industrializados é contraindicado até os dois anos de idade. A partir do segundo ano de vida a criança deve seguir com uma alimentação equilibrada e variada contendo todos os grupos alimentares e na quantidade adequada à fase da vida em que se encontra (BRASIL, 2002, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

O estado nutricional de uma população, e em especial das crianças, é um relevante indicador de sua saúde e qualidade de vida, espelhando o modelo de desenvolvimento de uma determinada sociedade (BRASIL, 2002). A desnutrição ou, mais especificamente, as deficiências nutricionais são doenças que resultam do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou ainda, com alguma frequência, do aproveitamento biológico inadequado dos alimentos ingeridos em decorrência de doenças infecciosas. A desnutrição infantil é considerada uma doença de origem multicausal, ou seja, não se pode falar em um único fator causal, mas sim em uma rede de fatores. Entre os fatores destacam-se o desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específico da dieta em vitaminas e minerais, a incidência repetida de infecções, as práticas de cuidado com a criança, as condições de vida e serviços de saúde deficientes (MONTE, 2000; MONTEIRO, 2003).

Apesar da diminuição dos índices de desnutrição infantil em nosso meio, ainda existem crianças desnutridas, em especial com comprometimento estatural, ao mesmo tempo em que as taxas de sobrepeso e obesidade vêm aumentando, caracterizando o processo de transição nutricional (MONTEIRO et al, 2009; VICTORA et al, 2011).

Na atenção básica de saúde, a assistência ambulatorial nutricional envolve tratamento e reabilitação dos problemas relacionados à alimentação por meio de procedimentos terapêuticos de baixa complexidade. Essa assistência pode ter caráter universal, quando envolve a família e a comunidade, ou específico, quando envolve a criança (BRASIL, 2009).

O objetivo desse artigo é relatar a experiência de um Projeto de Extensão em Nutrição Materno

Infantil desenvolvido em um Centro de Recuperação Nutricional que atende crianças menores de seis anos de idade com desnutrição infantil e problemas relacionados à alimentação e nutrição.

O CENTRO DE RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL

O Centro de Recuperação Nutricional, criado em 1994, é uma organização da sociedade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, situado na cidade de Guarapuava, Estado do Paraná, que presta atendimento a crianças desnutridas da cidade e região. O público alvo do centro são crianças menores de seis anos de idade com comprometimento do estado nutricional, bem como seus familiares. As crianças são encaminhadas ao centro pelas unidades de saúde, Pastoral da Criança, hospitais e centros municipais de educação infantil. Devido à importante atuação do centro no município, a demanda espontânea também cresce paulatinamente.

Os principais objetivos do centro são prestar assistência e recuperar crianças desnutridas, fornecendo assistência médica e medicamentos; capacitar e assistir as famílias das crianças na busca de um padrão nutricional satisfatório; e promover desenvolvimento social e combate à pobreza. A Prefeitura Municipal disponibiliza ao centro pediatra, auxiliar de enfermagem, motorista e auxiliar de serviços gerais, bem como repassa verba mensal para os gastos internos e fornece medicamentos. No entanto, o centro enfrenta dificuldades financeiras para contratação de profissionais especializados e os profissionais que trabalham na instituição normalmente fazem parte de projetos temporários.

A IDEALIZAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO

O fato do referido centro não contar com um profissional de Nutrição sempre foi um assunto discutido por professores do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), os quais não compreendiam o fato do centro prestar atendimento nutricional às crianças com desnutrição sem a presença de um nutricionista em seu quadro profissional. O centro manifestava interesse para que os alunos do curso de Nutrição desenvolvessem estágio na instituição, porém com a ausência de um nutricionista isso era inviável.

Com a consolidação e qualificação do corpo docente do departamento começaram a surgir propostas de projetos de pesquisa e extensão aliados ao ensino da Nutrição. Em 2008, foi submetido para apreciação das instâncias competentes da universidade o Projeto de Extensão em Nutrição Materno Infantil, que tinha como principal objetivo prestar atendimento nutricional à população frequentadora do Centro de Recuperação Nutricional. A proposta inicial foi discutida com a diretoria do centro e elaborou-se um projeto de dois anos que poderia ter continuidade e renovação a cada ano, a partir da avaliação dos resultados obtidos com a execução do projeto.

A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO EM NUTRIÇÃO MATERNO INFANTIL

Serão relatadas experiências dos dois primeiros anos de execução do projeto de extensão (2009 e 2010), o qual foi desenvolvido na forma de atendimento ambulatorial nutricional às crianças menores de seis anos de idade, que apresentavam algum problema relacionado à nutrição, e suas mães ou responsáveis. O atendimento acontecia uma vez por semana, no mesmo dia em que a pediatra e a assistente social realizavam atendimento, e era executado por três acadêmicas do curso de Nutrição supervisionadas diretamente por duas docentes do Departamento de Nutrição, que exerciam as funções de coordenadora e vice-coordenadora do Projeto de Extensão.

As acadêmicas estavam no terceiro ano do curso e permaneceram no projeto por dois anos, até a conclusão do curso de graduação. Elas tiveram a oportunidade de vivenciar a implantação do atendimento ambulatorial até a prestação de serviços à população. Ainda, foram responsáveis pelo desenvolvimento e aprimoramento dos materiais para o atendimento, avaliação nutricional e orientações nutricionais com base nos documentos do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (BRASIL, 2002, 2004, 2010, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006, 2009).

Foi estabelecida uma agenda de 8 a 10 consultas semanais. Primeiramente, as mães e crianças eram conduzidas a uma sala onde se realizava avaliação antropométrica da criança. Cabe destacar que o centro contava com equipamentos (balança pediátrica eletrônica, balança tipo plataforma, estadiômetro, infantômetro e fitas antropométricas) para essa avaliação e com estrutura física adequada para o atendimento das crianças (salas de atendimento). Eram aferidas medidas de peso e estatura e, dependendo da idade da criança, medidas de perímetros cefálico e torácico. A classificação do estado nutricional era realizada por meio dos índices antropométricos Peso por idade (P/I), Estatura por idade (E/I), Peso por estatura (P/E) e Índice de Massa Corporal por idade (IMC/I), segundo recomendação do Ministério da Saúde e de acordo com as novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2004, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, 2010).

Após avaliação antropométrica, as mães e crianças eram conduzidas a uma sala reservada onde era realizada anamnese nutricional, procurando conhecer aspectos da mãe, da criança e da família, histórias de hospitalizações, diagnóstico clínico (realizado pela pediatra), utilização de medicamentos, resultados de exames laboratoriais, condição socioeconômica, história da alimentação da criança (duração da amamentação, período de introdução dos alimentos complementares, alimentação atual) e alimentação da família. A anamnese era preenchida na forma de um diálogo com a mãe, deixando-a falar, sem pressa e captando aspectos importantes para um adequado diagnóstico nutricional. Esse primeiro atendimento tinha duração de 40 minutos à uma hora.

O diagnóstico nutricional deve ser elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, conjuntamente com dados sociais, econômicos e culturais, obtidos na avaliação nutricional e no acompanhamento do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2009).

Os primeiros atendimentos foram realizados pelas docentes responsáveis pelo projeto, com o acompanhamento das acadêmicas para que pudessem perceber a forma de conduzir o atendimento. No entanto, era explicado que cada paciente deveria ter um

atendimento individualizado e que a forma de conduzir a consulta seria desenvolvida com a prática e com as características individuais de cada paciente. Nos atendimentos posteriores, realizados pelas acadêmicas, sempre havia uma docente para orientações e acompanhamento da consulta. Após os atendimentos, era realizada uma reunião com as acadêmicas visando destacar os principais pontos dos atendimentos e aqueles que precisavam ser aperfeiçoados para os novos atendimentos, em especial aspectos de abordagem das mães e a forma de orientação nutricional.

Com base em todos os dados coletados na anamnese, era explicado à mãe o estado nutricional da criança, necessidade de consultas de retorno para acompanhamento do estado nutricional e ela recebia algumas orientações nutricionais impressas ou manuais para melhorar a alimentação da criança. Porém, o foco desse primeiro atendimento não era repassar inúmeras informações sobre o que estava inadequado na alimentação da criança, mas estabelecer vínculo com a mãe para que a mesma retornasse ao serviço.

Em geral, as mães e cuidadores apresentavam dúvidas em relação à alimentação infantil, tinham dificuldade para alimentar a criança em função da condição social, tabus e crenças alimentares, interferência de outras pessoas e da aceitação da criança. O profissional de saúde, em especial o nutricionista, tem o papel de orientar e intervir para a promoção, prevenção e tratamento de agravos à saúde da criança. Entretanto, é reconhecida a necessidade de valorização do indivíduo e de sua história de vida nesta intervenção, de modo a respeitar os hábitos e a subjetividade pessoal. Muitas vezes, as escolhas alimentares não passam por uma objetivação, por motivos como restrição econômica, simbologias alimentares, e relações de apreciação e depreciação de artigos alimentícios a serem adquiridos para as crianças e suas famílias.

Quando necessário, era agendada consulta de retorno mensal, quinzenal ou semanal, dependendo da situação de cada criança. Nessa consulta, como já havia um conhecimento prévio do caso, era realizada uma anamnese para acompanhamento do estado nutricional da criança, novamente eram aferidas medidas de peso e estatura para verificar se houve melhora, analisados exames laboratoriais da criança, bem como era investigada a adaptação da mãe e da criança às orientações passadas. A consulta de retorno durava, em média, 30 minutos. Nessa nova consulta a mãe recebia mais orientações nutricionais e era fornecido um plano alimentar de acordo com os hábitos da criança e as condições da família.

Foram realizados 338 atendimentos, sendo 136 atendimentos iniciais e 202 atendimentos de retorno. As crianças atendidas, em sua maioria, apresentavam carências nutricionais, principalmente anemia ferropriva, desnutrição crônica representada pela baixa estatura, parasitoses intestinais e, algumas delas, doenças raras e neuropatias. As crianças pertenciam a famílias com condições de vida precárias, as mães tinham baixa escolaridade e a maioria não trabalhava fora do lar, participavam de programas assistenciais do governo estadual (Programa “Leite das Crianças”), federal (Programa “Bolsa Família”) e tinham outros filhos que também faziam tratamento no centro.

Na primeira consulta era possível observar que as crianças apresentavam alimentação deficiente em calorias e micronutrientes, não consumiam frutas e legumes de maneira suficiente e excediam em frituras e produtos industrializados como salgadinhos, sucos, guloseimas e macarrão instantâneo. O estado nutricional das crianças com base no Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I) (BRASIL, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, 2010) apresentou-se inadequado para 61,8% delas.

Do total de crianças no primeiro atendimento, 24,3% apresentaram algum grau de magreza, 34,6% risco de sobrepeso e 2,9% sobrepeso/obesidade. As crianças tinham comprometimento estatural, sendo que 24,3% delas apresentaram baixa estatura e 20,6% muito baixa estatura para idade, o que evidencia desnutrição crônica. Apesar do objetivo do Centro de Recuperação Nutricional e do referido Projeto de Extensão ser focado na recuperação de crianças desnutridas, foram observados casos de excesso de peso nas crianças atendidas, demandando atenção no direcionamento dos atendimentos prestados dado os inúmeros problemas relacionados à obesidade na infância e o risco de obesidade na idade adulta.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia da Criança e da Mulher (PNDS 2006) apontam diminuição dos casos de desnutrição e aumento moderado dos índices de sobrepeso e obesidade nas crianças menores de cinco anos, no entanto, a desnutrição pode ser encontrada ainda em crianças de mães com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico (MONTEIRO et al, 2009). O comprometimento severo do crescimento nos primeiros dois anos de vida conduz a danos irreversíveis, incluindo baixa estatura na vida adulta, menor aproveitamento escolar, redução na capacidade produtiva na idade adulta e uma diminuição no peso de nascimento das próximas gerações. Além disso, crianças que são desnutridas nos primeiros dois anos de vida e ganham peso rapidamente mais tarde, na infância e na adolescência, apresentam um risco aumentado de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à nutrição (BLACK et al, 2008). As carências nutricionais, entre elas a anemia ferropriva, também afetam crianças, principalmente nos dois primeiros anos de vida quando os hábitos alimentares estão sendo estabelecidos (BRASIL, 2002).

Observou-se que 47,0% das crianças apresentaram melhora do estado nutricional entre a primeira e a segunda consulta, 29,1% delas não retornaram para a segunda consulta, 17,9% não tinham necessidade de uma consulta de retorno e 6,0% apresentaram piora do estado nutricional.

Alguns atendimentos eram desgastantes e a conversa com a mãe era dificultada pela presença da própria criança que não permanecia quieta, chorava ou queria sair da sala. Em alguns momentos, a própria mãe não queria conversar, limitava-se a responder somente ao que era questionada e até chorava ao relatar a situação de vida e a falta de alimentos no domicílio. Essas situações eram difíceis e desafiadoras para as acadêmicas e profissionais que precisavam encontrar formas de se aproximar da mãe e da sua realidade, principalmente por se tratar de contextos diferentes. Muitas vezes era preciso ter cuidado para não fazer um julgamento da situação, mas ajudar aquela mãe/família a encontrar uma maneira de amenizar seu problema e de sua criança, em especial na questão alimentar, dentro das recomendações preconizadas pelos organismos nacionais de referência, visando melhorar o estado nutricional e respeitando as condições sociais e culturais das famílias.

Como o atendimento prestado acontecia no mesmo dia em que a pediatra e a assistente social estavam no centro, foi possível discutir as situações de algumas mães e crianças conjuntamente e ajudá-las no enfrentamento das dificuldades. Além desses profissionais, o centro também contava neste período com psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.

Somadas aos atendimentos ambulatoriais, foram realizadas duas oficinas de orientação nutricional e preparação de receitas nutritivas com as mães das crianças. As mães eram convidadas a participar e nas oficinas elas confeccionaram pratos nutritivos

para suas crianças. Esse espaço foi importante para conversarmos e colocarmos em prática aspectos relacionados à higiene das mãos, do ambiente, dos utensílios e combinações alimentares para condições específicas, em especial anemia ferropriva. Ao final, as mães e crianças puderam degustar os pratos preparados e levar as receitas impressas para casa; vinte e oito mães participaram dessa atividade. Cabe ressaltar que o centro contava com uma cozinha equipada e disponibilizava os alimentos para a realização dessas oficinas.

As acadêmicas também desenvolveram atividades relacionadas à pesquisa e, no decorrer do projeto, apresentaram resumos em congressos, seminários e semanas de estudo sobre o perfil da população atendida, estado nutricional das crianças, avaliação da alimentação e experiências do atendimento ambulatorial. Para tal atividade, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade (Ofício nº 079/2009 – COMEP/UNICENTRO). Duas acadêmicas participantes do projeto recebiam bolsa do Programa Institucional de Ações Extensionistas (PIAE).

Ao final do ano de 2010, a diretoria do centro manifestou interesse na continuidade do projeto e o Departamento de Nutrição assumiu a continuidade da execução do mesmo. O caráter inovador e o sucesso desta experiência propiciaram a implementação do projeto para os anos subsequentes, aumentando o número de docentes e acadêmicos envolvidos e, conseqüentemente, de atendimentos. Anualmente é realizada uma avaliação do projeto pelo número de atendimentos prestados e atividades desenvolvidas.

CONCLUSÕES

A realização do Projeto de Extensão em Nutrição Materno Infantil foi importante para as crianças e mães frequentadoras do Centro de Recuperação Nutricional, pois elas receberam atendimento nutricional específico visando a melhora do estado nutricional da criança. Observaram-se casos de desnutrição crônica, porém foram detectados casos de sobrepeso e obesidade, mostrando a necessidade de intervenção nutricional na população que frequentava o centro. O projeto também foi fundamental para as acadêmicas envolvidas que puderam vivenciar a prática profissional aliada aos conhecimentos adquiridos na graduação. O projeto permitiu o contato com a população atendida no centro, vivenciar situações de vida das mães e crianças, casos clínicos raros e convivência com outros profissionais de saúde.

Além disso, o Projeto de Extensão não se limitou à prestação de serviços à comunidade na forma do atendimento ambulatorial, mas possibilitou a execução concomitante de atividades de ensino e pesquisa.



REFERÊNCIAS

- BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, London, v. 371, n. 9608, p. 243 - 260, jan. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos um guia para o profissional de saúde na atenção básica*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 285 - 297, 2000.
- MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. In: FAVRO, R. *Estudos Avançados*. São Paulo: Editora da USP, 2003. p. 7 - 20.
- MONTEIRO, C. A. et al. Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Capítulo 11. p. 213 – 230.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. *Avaliação nutricional da criança e do adolescente: manual de orientação*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009.
- _____. Departamento de Nutrologia. *Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - UNICEF. *Situação mundial da infância 2008: caderno Brasil*. Brasília, DF: UNICEF, jan. 2008.
- VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, mai. 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Anthro for personal computers, version 3.2.2, 2011: Software for assessing growth and development of the world's children*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em <<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>>. Acesso em 15 Mar. 2012.
- _____. *WHO AnthroPlus for personal computers: Software for assessing growth of the world's children and adolescents*. Geneva: WHO, 2009. Disponível em <<http://www.who.int/growthref/tools/en/>>. Acesso em 15 Mar. 2012.

Artigo recebido em:
22/02/2014

Aceito para publicação em:
15/04/2014

