

# CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NA PUERICULTURA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO MOURÃO, PARANÁ, EM 2003

Giovanna Batista Leite \*  
Luciana Olga Bercini \*\*

---

## RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com o objetivo de caracterizar o perfil de crianças menores de um ano atendidas pelo Programa de Puericultura da Equipe de Saúde da Família II, de Campo Mourão, Paraná, no ano de 2003. Para tanto, foi realizado um levantamento dos prontuários, do livro de registro da equipe e dos cartões de vacinas de 35 crianças que foram acompanhadas pela equipe nesse período com relação às seguintes variáveis: número de consultas realizadas, recebimento de aleitamento materno exclusivo (AME), verificação do esquema vacinal até um ano de vida, avaliação nutricional, patologias apresentadas e avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor. Os resultados apontaram que 57,1% das crianças realizaram sete ou mais consultas de puericultura; 71,4% receberam AME nos primeiros seis meses de vida; todas estavam com esquema vacinal completo; 82,9% eram eutróficas; 60% apresentaram patologias; principalmente infecções das vias aéreas superiores e todas apresentavam adequado desenvolvimento neuro-psico-motor.

**Palavras-chave:** Puericultura. Saúde infantil. Cuidado da criança.

---

## INTRODUÇÃO

A criança, por suas peculiaridades, tem sido objeto de prioridade governamental e social. O acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento é reconhecido como uma ferramenta importante na prevenção da morbimortalidade infantil.

Com relação à mortalidade infantil, de acordo com informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), o coeficiente foi de 19,9 óbitos para cada 1000 nascidos vivos (nv) no país, de 17,48 por 1000 nv, no Paraná e de 18,4 por 1000 nv em Campo Mourão, Paraná, no ano de 2001. Assim sendo, tanto o estado do Paraná como o município de Campo Mourão apresentam taxas de mortalidade infantil inferiores à do país.

Dentre as principais causas de mortalidade infantil entre as crianças brasileiras, destacam-se as afecções do período perinatal, as má formações congênitas e as doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2004b).

No Brasil, por meio do Ministério da Saúde e dos poderes públicos, várias medidas de atenção e proteção à criança têm sido instituídas.

Dessa forma, em 1984, o Ministério da Saúde propôs estratégias de atenção à saúde da criança através do Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), no qual a assistência à criança precisava ser uma ação multiprofissional, sendo esse um dos princípios fundamentais do PAISC. Esse programa estabelecia como diretrizes e objetivos a execução de ações que favoreciam o crescimento, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança; a diminuição da mortalidade infantil; o atendimento rotineiro, periódico e contínuo da criança; o acompanhamento do processo de desenvolvimento e crescimento da criança; o incentivo e apoio ao aleitamento materno; a orientação alimentar no primeiro ano de vida; além de garantir níveis de cobertura vacinal e a identificação dos processos patológicos, favorecendo o diagnóstico e o tratamento precoce (BRASIL, 1984).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 4º, Livro I, estabelece como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar à criança, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à alimentação, à educação, ao

---

\* Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Professora do Departamento de Enfermagem do CESUMAR.

\*\* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá. [lobercini@uem.br](mailto:lobercini@uem.br)

esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. No artigo 7º do Capítulo I (Do Direito à Vida e à Saúde), estabelece que a criança e o adolescente têm direito à proteção e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1991).

Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), que tem importância fundamental na atenção à saúde da criança, haja vista que, segundo Brasil (2004c), esse programa, ao aproximar os serviços de saúde à realidade local, busca desenvolver ações programáticas com base nos problemas de um determinado território. Essas ações têm contribuído de forma decisiva na redução da mortalidade infantil em algumas áreas em que sua atuação se faz presente, como algumas regiões do nordeste do Brasil, nas quais a taxa de mortalidade infantil chegou a atingir uma redução de 25% em comparação aos anos anteriores à implantação do programa.

Devido a essa realidade, o governo brasileiro continua desenvolvendo ações estratégicas preventivas em relação à saúde da criança, como o Programa Nacional de Imunização (PNI), que vem conseguindo grandes conquistas, entre elas a erradicação da poliomielite e o controle de doenças como o tétano, a coqueluche, a difteria, o sarampo, a caxumba e as formas graves de tuberculose; o Programa de Triagem Neonatal e a implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), visando integrar promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mais frequentes na infância com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas, com a parceria do PSF (BRASIL, 2004d).

No PSF, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o desenvolvimento do Programa de Puericultura, que tem a finalidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança, observar a cobertura vacinal, estimular o aleitamento materno exclusivo, orientar a alimentação complementar da criança e prevenir as doenças diarreicas e respiratórias

no primeiro ano de vida da criança. Esse programa apresenta um conteúdo voltado para atividades preventivas e de promoção da saúde.

Conforme Rocha (1990), a puericultura também pode ser chamada de pediatria preventiva, tendo como objeto a criança sadia, sendo seu alvo um “adulto perfeito”: fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil.

Silva et al. (1999) asseveram que a assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança. Para os autores, o início precoce das consultas, de preferência no primeiro mês de vida, e a realização de pelo menos nove consultas no primeiro ano de vida são metas desejáveis na assistência à criança.

De acordo com o Ministério da Saúde em Brasil (2002), a partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é possível estabelecer condutas preventivas adequadas à idade sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde. A fim de garantir a qualidade desse atendimento à criança, o Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de consultas, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, nove e doze meses, totalizando, assim, sete consultas no primeiro ano de vida.

Como uma das atividades do PSF em Campo Mourão, Paraná, foi implantado, a partir de 1999, o Programa de Puericultura no município, atendendo mensalmente a todas as crianças menores de um ano. As consultas são realizadas mediante prévio agendamento, sendo o primeiro realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou pela enfermeira da equipe durante a visita de puerpério da mãe, sendo as posteriores agendadas pela própria mãe durante a consulta, com consultas intercaladas entre o médico e o enfermeiro do PSF. Após cinco anos de funcionamento desse programa, o serviço não dispõe de informações sistematizadas sobre o perfil dos lactentes assistidos.

Com base no exposto, este trabalho pretende caracterizar as crianças atendidas por uma das equipes de saúde da família de Campo Mourão, Paraná, a fim de possibilitar o conhecimento da clientela atendida.

## METODOLOGIA

O presente trabalho constituiu-se de um estudo descritivo desenvolvido em Campo Mourão, Paraná. Segundo os dados do censo de 2000, esse município possui 80.420 habitantes e está localizado na região noroeste do estado, distando 456 km de Curitiba, a capital do estado (PARANACIDADE, 2004a). Dentre as principais atividades econômicas, destacam-se a agricultura, representada pela soja, milho e trigo; e a indústria, principalmente têxtil, química e de produtos alimentares (PARANACIDADE, 2004b).

Em relação à assistência à saúde, o município pertence à 11ª Regional de Saúde, sendo o município-sede. Possui quatro hospitais, um público e três particulares (dois de pequeno porte), onze unidades básicas de saúde (UBS), onze Equipes de Saúde da Família (ESF), cinco postos de atendimento em zona rural, uma unidade de atendimento 24 horas e um centro de reabilitação física.

Cada uma das ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis ACS, em conformidade com o número de famílias atendidas.

O bairro Milton Luiz Pereira, de Campo Mourão, onde foi desenvolvido especificamente este trabalho, conta com duas equipes de saúde da família, a ESF I e a ESF II, com cerca de 825 famílias inscritas em cada uma. O bairro é habitado por famílias de classe socioeconômica baixa, com um grande número de desempregados, possuindo também uma área de favela.

No ano de 2003, a ESF II de Campo Mourão, Paraná, atendeu, no Programa de Puericultura, todas as crianças menores de um ano da sua área de abrangência, totalizando 44 crianças, constituindo-se esta inicialmente a população de estudo. Porém, em função do programa de desfavelamento do município, seis crianças não participaram do estudo, já que suas famílias foram transferidas da área de abrangência da ESF II e três mudaram-se dessa área. Sendo assim, a população de estudo ficou constituída por 35 crianças.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde). Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2004 por intermédio do livro de

registro dos atendimentos efetuados pela equipe, dos prontuários e dos cartões de vacina dessas crianças, após assinatura do consentimento livre e esclarecido das mães das crianças pesquisadas.

Os dados foram transcritos para uma planilha e trabalhados em termos de números absolutos e percentagens. As variáveis estudadas foram as seguintes:

a) número de consultas realizadas, ou seja, o número de vezes em que a criança foi atendida pela equipe, caracterizando como completo caso tenha realizado sete ou mais consultas, ou incompleto, se realizadas menos de sete consultas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002);

b) aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, sendo categorizado em sim ou não. Conforme o Ministério da Saúde, a criança deve alimentar-se apenas com o leite materno, não precisando comer ou beber mais nada – nem mesmo tomar água ou chás nos primeiros seis meses de vida (REZENDE; FUGIMORI, 2001);

c) verificação do esquema vacinal até o primeiro ano de vida, sendo categorizado como completo ou incompleto;

d) avaliação nutricional, na qual as crianças foram classificadas em sobrepeso, normal, risco nutricional e baixo peso, de acordo com o registro do peso efetuado durante as consultas e constante do livro de registro da equipe, e conforme gráfico para avaliação de peso por idade e sexo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002),

e) as patologias apresentadas, sendo categorizadas de acordo com o diagnóstico médico registrado em prontuário;

f) avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor, na qual as crianças foram classificadas como apresentando ou não um desenvolvimento adequado à idade, segundo os parâmetros propostos pelo manual de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao número de consultas realizadas, das 35 crianças analisadas, 20 (57,1%) estavam com o esquema completo, pois realizaram sete ou mais consultas. No entanto,

apesar de mais da metade das crianças estudadas terem atingido o recomendado, 15 (42,9%) não completaram esse número mínimo de consultas. Tal situação pode estar revelando, no grupo estudado, a existência da visão de que o comparecimento do indivíduo ao serviço de saúde deve-se somente para fins de tratamento, no caso de doença, não sendo priorizadas as medidas preventivas, como é o caso da puericultura.

No que se refere ao AME, verificou-se que a maior parte das crianças, 25 (71,4%), foi amamentada exclusivamente até os seis meses de idade, o que demonstra uma grande adesão por parte das mães à prática da amamentação, caracterizando um padrão de aleitamento de alta incidência e longa duração. Esse dado é superior ao observado em Feira de Santana, Bahia, em 2001, por Vieira et al. (2003), onde apenas 17,7% das crianças estavam sendo amamentadas exclusivamente no sexto mês de vida. Vale ressaltar que essas crianças não estavam inseridas em um programa de puericultura, como é o caso das crianças estudadas neste trabalho.

Comparando os dados desta pesquisa com o mais recente estudo de prevalência de amamentação no país, realizado pelo Ministério da Saúde (2003) nas capitais brasileiras, observam-se melhores resultados nas crianças assistidas pelo Programa de Puericultura da ESF II de Campo Mourão, Paraná, do que as prevalências divulgadas para a região Norte (9,0%), Nordeste (10,7%), Centro-Oeste (7,9%), Sudeste (8,3%), Sul (12,9%) e Brasil (9,7%) (VIEIRA et al., 2003).

Rea (2003) relata que existe uma tendência de aumento da duração do aleitamento materno

exclusivo no Brasil, mas ainda longe de alcançar o recomendado: que todas as crianças recebam amamentação exclusiva até os seis meses de vida.

Segundo Marques et al. (2004), na fase inicial da vida o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas importantes à diminuição da morbidade e mortalidade infantil.

No que tange à imunização, observou-se que todas as crianças estudadas estavam com esquema vacinal completo até o primeiro ano de vida. Segundo Blank (2003), a imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada há muitos anos. Por conseguinte, deve-se recomendar enfaticamente a aplicação de todas as vacinas disponíveis, pois o calendário de vacinas dos órgãos oficiais é procedimento obrigatório.

A cobertura vacinal de 100% verificada nas crianças estudadas pode ser considerada um excelente resultado, já que, conforme os dados do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, o Brasil, o Paraná e Campo Mourão apresentaram cobertura vacinal de 75,97%, 72,14% e 68,41%, respectivamente, no ano de 2002 (BRASIL, 2004e).

No que se refere à avaliação nutricional, das 35 crianças analisadas, a maioria, 29 (82,9%), apresentou adequado crescimento ponderal e apenas uma das crianças estava em situação de baixo peso (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das crianças segundo avaliação nutricional, Campo Mourão, Paraná, em 2003.

Avaliação nutricional	N	%
Normal	29	82,9
Risco Nutricional	4	11,4
Sobrepeso	1	2,9
Baixo peso	1	2,9
Total	35	100,0

Marques et al. (2004) argumentam que o primeiro ano de vida é uma fase de crescimento rápido, o peso e o comprimento são as variáveis mais importantes para se avaliar o estado nutricional de uma criança e, dessa maneira, monitorar seu crescimento.

Para Blank (2003), até o momento a maioria dos protocolos recomenda fazer a aferição - e a plotagem em curvas de referência apropriadas - do peso, da estatura e do perímetro cefálico em todas as consultas de puericultura.

Das 25 crianças em AME até os seis meses de idade, grande parte, 22 (88%), apresentou ganho de peso normal para a idade e apenas

duas crianças (8%) se encontravam em situação de risco nutricional (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição das crianças amamentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade segundo avaliação nutricional, Campo Mourão, Paraná, em 2003.

Avaliação nutricional	N	%
Normal	22	88,0
Risco Nutricional	2	8,0
Sobre peso	1	4,0
Baixo Peso	0	-
Total	25	100,0

No que se refere à morbidade, 14 crianças (40%) não apresentaram nenhum problema de saúde durante o primeiro ano de vida. Vinte e uma crianças (60%) demonstraram um total de 24 episódios mórbidos no período, destes, 62,9% foram representados por infecção de vias aéreas superiores (IVAS) e 20,8% por dermatites (Tabela 3).

De acordo com o Ministério da Saúde, mesmo ocorrendo no Brasil a implementação de

várias estratégias de acompanhamento à saúde da criança e controle de doenças comuns na infância, que tem levado a avanços importantes com relação à morbimortalidade infantil, ainda ocorre uma morbidade elevada por doenças características do subdesenvolvimento, como as pneumonias, diarreias e desnutrição. Em 1997, 60% das hospitalizações em crianças foram por problemas respiratórios, doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2004f).

**Tabela 3** - Distribuição dos episódios mórbidos de crianças atendidas, Campo Mourão, Paraná, em 2003.

Patologia	N	%
IVAS*	15	62,6
Dermatites	5	20,8
Pneumonia	2	8,3
Diarréia	2	8,3
Total	24	100,0

\* Infecções das vias aéreas superiores.

Entre as 21 crianças que apresentaram problemas de saúde, uma se encontrava em situação de baixo peso e não recebeu aleitamento materno exclusivo e três estavam em risco nutricional, sendo que duas não receberam aleitamento materno exclusivo.

Vieira et al. (2003), em seu estudo sobre alimentação infantil e morbidade por diarreia, concluem que é evidente a proteção do aleitamento materno exclusivo contra a diarreia nos menores de seis meses de idade.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o leite materno tem qualidade e quantidade de gordura importantes para o desenvolvimento cerebral da criança e possui todos os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento, bem como elementos que combatem as infecções e protegem a criança contra as agressões de bactérias e vírus, ajudando na digestão e evitando a ocorrência de

diarreias, infecções intestinais e respiratórias (BRASIL, 2004g).

No que tange ao desenvolvimento neuro-psico-motor, observou-se que todas as crianças analisadas apresentavam um desenvolvimento considerado adequado à idade, em conformidade com os parâmetros propostos pelo manual de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

O acompanhamento do desenvolvimento é um dos procedimentos da ação básica que envolve toda a atenção à criança, já que ela apresenta uma seqüência previsível e regular de desenvolvimento, porém em constante transformação, o que possibilita esse acompanhamento e, ainda, a identificação dos grupos de maior risco para a realização das intervenções apropriadas, permitindo a prevenção e a detecção precoce de possíveis

déficits no desenvolvimento infantil. Sem esquecer que o desenvolvimento é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica, progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquico-sociais (BRASIL, 2002).

Entretanto, Blank (2003) afirma que os testes formais realizados para a detecção de problemas de desenvolvimento têm valor preditivo baixo, mesmo se aplicados por pessoal treinado, e têm alta incidência de falso-positivos, podendo gerar ansiedade desnecessária, até porque ainda há muita controvérsia sobre os benefícios efetivos do diagnóstico precoce, sendo que a simples avaliação clínica do desenvolvimento detecta menos da metade das crianças com retardos. Apesar disso, o autor acredita que, em vista da relevância da monitorização do desenvolvimento de crianças, os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras de comunicação, de interação sociais e cognitivas em todas as consultas de supervisão de saúde.

### CONCLUSÃO

O presente estudo de caracterização da clientela atendida no Programa de Puericultura pela ESF II de Campo Mourão, Paraná, permitiu

concluir que mais da metade das crianças realizaram o número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde; todas estavam com esquema vacinal completo; cerca de 70% receberam AME nos primeiros seis meses de vida; aproximadamente 80% eram eutróficas; 60% apresentaram episódios mórbidos durante o primeiro ano de vida; as IVAS foram as causas mais importantes de morbidade, seguidas das dermatites; e todas as crianças demonstraram adequado desenvolvimento neuro-psico-motor.

Esses dados revelam que o acompanhamento realizado a essas crianças pela equipe pode ser considerado positivo, reforçando assim a continuidade dessa atividade pela ESF, já que medidas de educação e de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância epidemiológica são partes integrantes do PSF.

Este estudo revela a importância da realização da puericultura no sentido de garantir a cobertura vacinal no primeiro ano de vida, de propiciar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil, oferecendo um retorno importante para a mãe, já que a mesma acompanha a evolução da criança, além de auxiliar na prevenção das doenças mais comuns da infância por meio do conteúdo educativo presente nas consultas.

---

## DESCRIPTION OF CHILDREN ASSISTED AT THE CHILD HEALTH CARE UNIT OF A FAMILY HEALTH PROGRAM IN THE CITY OF CAMPO MOURÃO, PARANA, IN 2003

### ABSTRACT

The purpose of the present study was to characterize the profile of under one year old children assisted at the Child Health Care Program applied by the Family Health Team II in Campo Mourao, Parana state, in 2003. For that, a research on the records and on the vaccination schedule of 35 children assisted in the period was performed. The analyzed variables included number of consultations, exclusive breastfeeding (EB), vaccination schedule up to 1 year of age, nutritional assessment, occurrence of illnesses, and child development. The results have shown that 57.1% of the children had about seven consultations on the Child Health Care Program; 71.4% have received exclusive breastfeeding for six months; all of them had their vaccine schedules updated; 82.9% were on normal weight; 60% have had some illnesses, specially related to infection on the upper respiratory system, and all of them have presented an adequate development.

**Key words:** Child health care. Child health. Child care.

---

## CARACTERIZAÇÃO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA PUERICULTURA DEL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA, DEL MUNICIPIO DE CAMPO MOURAO, PARANÁ, EN 2003.

### RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar el perfil de los niños menores de un año atendidos por el Programa de Puericultura del Equipo de Salud de la Familia II, de Campo Mourão, Paraná, en el año de 2003. Para este objetivo, se realizó un estudio de los prontuarios, del libro de registro del equipo y de los certificados de vacunas de 35 niños que fueron acompañados por el equipo durante este período, con relación a las siguientes variables: número de consultas realizadas, lactación materna exclusiva, verificación del programa de vacunas hasta un año de vida, evaluación nutricional, patologías presentadas y evaluación del desarrollo neuropsicomotor. Los resultados mostraron que 57,1% de los niños realizaron siete o más consultas de puericultura; 71,4% recibieron lactación materna exclusiva en los primeros seis meses de vida; todos estaban con el programa de vacunas completo; 82,9% eran eutróficas; 60,0% presentaron patologías; principalmente infecciones de las vías aéreas superiores y todas presentaban un adecuado desarrollo neuropsicomotor.

**Palabras Clave:** Puericultura. Salud infantil. Cuidado del niño.

### REFERÊNCIAS

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, p. 13-22, maio/jun. 2003. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Estatísticas vitais:** mortalidade e nascidos vivos. 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>> Acesso em: 28 fev. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Estatísticas vitais:** mortalidade e nascidos vivos. Mortalidade infantil. 2001. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthm.exe?sim/cnv/obtudef>> Acesso em: 1 mar. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família.** 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saud.PDF>> Acesso em: 14 fev. 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programas e Projetos. **Saúde da criança no Brasil:** ações estratégicas. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 14 fev. 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Assistência à Saúde. **Imunizações:** cobertura vacinal. 2002. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pn/cnv/cpnipr.def>> Acesso em: 3 ago. 2004e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância:** AIDPI. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/crianca/AIDPI.htm>> Acesso em: 13 abr. 2004f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. **Aleitamento materno.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=15](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=15)> Acesso em: 1 ago. 2004g.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cadernos de Atenção Básica,** Brasília, DF, n.11, 27-29, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança:** ações básicas, Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília, DF: Ministério da criança / Projeto minha gente, 1991.

MARQUES, R. F. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 1-3. mar./abr. 2004.

PARANACIDADE. **Campo Mourão:** dados gerais. Disponível em: <<http://www.paranacidade.org.br/municipios/municipio.php>> Acesso em: 10 ago. 2004a.

\_\_\_\_\_. **Campo Mourão:** aspectos econômicos. Disponível em: <[http://www.paranacidade.org.br/municipios/a\\_economicos.php?id\\_municipio=61](http://www.paranacidade.org.br/municipios/a_economicos.php?id_municipio=61)> Acesso em: 10 ago. 2004b.

REA, M. F. O pediatra e a amamentação exclusiva. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 479-480, 2003.

REZENDE, M. A.; FUGIMORI, E. Promoção do aleitamento materno e alimentação da criança. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Programa Saúde da Família. **Manual de Enfermagem:** saúde da criança. Brasília, DF, 2001. p. 88-94.

ROCHA, S. M. M. **O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica:** socialidade e historicidade do conhecimento. 1990. Tese (Livre docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, A. A. M. et al. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luis (Maranhão), Brasil. **Rev. Panamericana de Salude Pública,** Washington, D.C., v. 6, n. 4, p. 1-2, 1999.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. de O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003.

**Endereço para correspondência:** Giovanna Batista Leite. Rua Saldanha Marinho, 870, Apto. 403 - Zona sete. CEP: 87030-070. Maringá - PR. E-mail: giovannabl@gmail.com

Recebido em: 19/06/2005

Aprovado em: 05/12/2005