



NOTA TÉCNICA n° 03/GEABS/SUG/SES/2018

Assunto: *Bebê Precioso - Fluxo de seguimento da criança de risco e alto risco egressa de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal em Santa Catarina.*

Estudos apontam uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública Brasileira devido à progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil aliada ao envelhecimento da população e ao aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

O avanço tecnológico promove atualmente a sobrevivência de recém-nascidos (RN) com peso e idade gestacional cada vez mais baixos, demandando conhecimentos específicos e olhar diferenciado.

É preciso manter o foco na valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança e sua família, para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

A meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida (SIM/SINASC). Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, tais como na atenção ao pré-natal, ao parto e ao RN, faz parte da realidade social e sanitária de nosso país.

No contexto atual, diante dos desafios apresentados e reconhecendo o acúmulo de experiências, o Ministério da Saúde organizou a estratégia “Rede Cegonha”, com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil ampliando as boas práticas de parto e nascimento. Em Santa Catarina, o Plano de Ação da Rede Cegonha vem sendo implementado gradativamente com melhoria do acesso de qualidade ao pré-natal, parto, puerpério



e atenção ao RN, além da ampliação de leitos e demais serviços previstos, nas dezesseis regiões de saúde.

Para os RN de risco (nascidos com baixo peso, prematuros e aqueles que possuem agravos que mais frequentemente acarretam a morte, como a asfixia ao nascer, problemas respiratórios e infecções), a proposta é um grande investimento nas maternidades de referência do País, para atendimento às gestantes e a estas crianças, no sentido de garantir leitos de UTI, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e leitos Canguru.

No entanto, os esforços empreendidos nas maternidades para a sobrevivência dos RN não será suficiente para garantir a sobrevivência destas crianças, com qualidade, após a alta, sem um processo adequado de continuidade do cuidado, integral e singular na Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou em ambulatórios especializados, se necessário. Este processo, que se inicia na maternidade, a partir da elaboração do Relatório de Alta e do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança, servirá de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda a linha de cuidado.

Na APS, a preocupação da atenção na primeira semana de vida de todas as crianças constitui-se um fator preponderante para o planejamento das ações que objetivam o cuidado adequado, em especial à criança de risco. A visita domiciliar deve ser planejada e organizada num período mais próximo possível à alta da criança, não podendo, no caso de risco, ser superior a 03 (três) dias. Para as demais crianças admite-se um prazo não superior a cinco dias.

A elaboração desta linha de cuidado surgiu portanto, da necessidade de orientar o seguimento/cuidado das crianças egressas das Unidades Neonatais após a alta hospitalar, para as equipes de Saúde da Família (eSF) e demais equipes de saúde que atuam na APS. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças é uma das atribuições das equipes, que devem oferecer acesso e atenção integral para todas as crianças, tanto na demanda espontânea, quanto no cuidado sequencial. Reitera-se que as equipes devem realizar as consultas de Puericultura na Atenção Básica conforme o Caderno de



Atenção Básica nº 33 que abrange as informações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.

Dá-se um enfoque especial ao “Método Canguru” que propicia uma maior efetividade no cuidado do neonato, caracterizado por um modelo assistencial perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial e está organizado em três etapas:

- Primeira etapa: internação na Unidade Neonatal;
- Segunda etapa: internação em alojamento contínuo com a mãe (Unidade de Cuidado Intermediário – UCINCA);
- Terceira etapa: acompanhamento da criança e da família pelas equipes de saúde da APS/eSF, em conjunto com a Unidade Neonatal.

Para o atendimento integral e humanizado às crianças é necessária uma rigorosa observação de critérios de risco, bem como de avaliação de vulnerabilidades familiares e ou comunitárias. Devem ser organizados fluxos de atendimento de forma a garantir intervenções resolutivas, em tempo oportuno, minimizando danos.

Sugere-se a incorporação desta proposta no processo de trabalho das equipes da APS em todos os municípios catarinenses. Dificuldades relacionadas à compreensão da proposta, bem como da logística a ser desenvolvida para a sua efetividade, devem gradativamente ser superadas para o alcance da redução da mortalidade e oferta do cuidado integral a estas crianças e suas famílias.

Adotou-se o Programa Bebê Precioso da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, criado e implementado desde 2009, por considerá-lo adequado à linha de cuidado de atenção integral à criança de risco e alto risco egressa das Unidades Intensivas Neonatais do Estado de Santa Catarina. Esta é uma estratégia de referência que vem contribuindo favoravelmente para a redução da morbimortalidade infantil do município.



É indispensável a comunicação ativa e organizada entre os serviços para garantir a continuidade da atenção, com definição de responsabilidades e atribuições de cada nível de atenção.

I) Objetivo Geral:

Reduzir a morbimortalidade infantil no Estado de Santa Catarina.

II) Objetivos Específicos:

- Estabelecer a comunicação com as eSF/APS e demais serviços da rede, conhecendo as crianças de alto risco de suas áreas de abrangência, internadas em Unidades Intensivas Neonatais, para continuidade da atenção integral e singular, de acordo com critérios estabelecidos na linha de cuidado;
- Oportunizar atenção continuada e compartilhada à criança de risco e seus familiares, por meio de fluxograma específico, na Rede de Saúde;
- Avaliar situações de vulnerabilidade familiar e social no cuidado da criança/familiares, para a prevenção de agravos;
- Promover processo de educação permanente em saúde durante o acompanhamento de cuidado da criança, para a promoção da cidadania, emancipação, comprometimento e empoderamento da família/rede de apoio e equipe de saúde.

1. INCLUSÃO DA CRIANÇA EM CONDIÇÃO DE RISCO E ALTO RISCO

A inclusão das crianças nestes dois grupos se dá a partir do grau de complexidade do cuidado ofertado à criança relacionado ao comprometimento clínico apresentado.

1.1 Criança em condição de Risco:

Neste grupo estão incluídas as crianças que durante a internação apresentaram quadro clínico com critérios de risco (anexo 1), evolução satisfatória e



não necessitam receber a visita da equipe da APS/eSF durante o período de internação hospitalar. Na alta hospitalar a criança/família será encaminhada para a APS/eSF, através de comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde do município de residência, com o Relatório de Alta Hospitalar e o preenchimento da situação clínica na Caderneta de Saúde da Criança. A Secretaria Municipal comunicará à Unidade Básica de Saúde (UBS), que deverá realizar visita domiciliar de médico e ou enfermeiro em no máximo 05 dias. O seguimento da atenção deverá ter como referência o Caderno nº 33 do Ministério da Saúde de 2014 (uma importante ferramenta na orientação dos cuidados das crianças e de acordo com a avaliação da equipe da APS /eSF e/ou de acompanhamento na atenção secundária/terciária).

1.2 Criança em condição de alto risco:

Neste grupo estão incluídas as crianças com quadro clínico de critérios de risco descritos no (Anexo 1), comprometimento do crescimento e do desenvolvimento e com necessidade de cuidados especiais (presença de sondas, alimentação especial, fatores de risco associados, identificação de vulnerabilidades pessoais, socioeconômicas, culturais, entre outras questões). Deverão, por conta desta situação, receber a visita da equipe da APS/eSF no hospital, com o objetivo de qualificar o cuidado a partir da situação clínica relatada pela equipe da UTI Neonatal, pela observação dos cuidados que estão sendo realizados e pela oportunidade de comunicação com a família.

A Unidade Neonatal do hospital deverá encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde do município de residência da mãe, o “Formulário de Solicitação de Visita Hospitalar” (Anexo 3) que por sua vez entrará em contato com a equipe de APS/eSF para a viabilização da visita hospitalar, cuja programação e roteiro está descrito no (Anexo 4).

Espera-se que esta proposta seja incorporada no cotidiano das ações da APS em conjunto com as gestões municipais e que as dificuldades iniciais, tanto



relacionadas à compreensão da proposta bem como da logística necessária para a sua efetivação, sejam superadas gradativamente.

É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e ou menores de 1.500 gramas devem ser avaliados por oftalmologista, com dilatação de pupila, na sexta semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico.

Nota: Quando identificadas situações de vulnerabilidade familiar e ou social, o Conselho Tutelar e o Centro de Referência da Assistência Social deverão ser comunicados, com o objetivo de qualificar a atenção a partir da parceria interinstitucional.

2. IDENTIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As equipes de APS/eSF devem conhecer a realidade de vida destas famílias e se necessário, agendar visita domiciliar durante o período de internação do recém-nascido na Unidade Neonatal, para fortalecimento de vínculo no território.

O agente comunitário de saúde deve acompanhar as gestantes e suas famílias, realizando visitas domiciliares seguidas principalmente no final da gestação, estando atento à possível data de parto para a realização de visita domiciliar o mais precocemente possível após a alta. Deve também estar atento às situações de vulnerabilidade, com atenção especial aos indicadores de risco e vulnerabilidade:

- Residência em área de interesse social;
- Mãe adolescente (< 19 anos);
- Baixa escolaridade materna (< 8 anos);
- Família em situação de violência;
- Familiares em uso abusivo de álcool e ou outras drogas;
- Familiares com transtorno mentais não estabilizados;
- Óbito materno;



- Fragilidade e outros agravos e ou vulnerabilidades na rede de apoio familiar ou comunitária;
- Internações sucessivas de crianças da mesma família;
- Óbito de crianças menores de 05 anos na mesma família.

Nota: A discussão sobre possibilidades de busca de alternativas conjuntas entre as equipes e familiares, que possam resultar em empoderamento e emancipação, deve ser pauta sistemática das reuniões de equipes de APS.

Além da avaliação destes critérios, utilizar o Anexo 5 (Roteiro para visita domiciliar de preparo para a alta hospitalar).

As orientações para o roteiro de visita domiciliar à criança e puérpera em situação de risco será realizada conforme anexo 06.

3. AVALIAÇÃO GERAL DA EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À ATENÇÃO

- Criança: avaliar o estado geral (atividade motora, reflexos, cor da pele, presença de icterícia, cianose, febre, hipotermia ou outro sinal de anormalidade; verificar aspecto do umbigo; avaliar eliminações (urinárias e fecais)); questionar com a mãe/responsável se existem outras queixas e/ou dúvidas; verificar o relatório de alta da maternidade (verificar recomendações especiais).

- Mãe: queixas e/ou dúvidas, presença de dor contínua no ventre ou nas mamas; estado geral, cor da pele e mucosas, temperatura, presença de corrimento vaginal, frequência e ritmo intestinal, aspecto da cicatriz cirúrgica (cesariana ou episiotomia); avaliar alterações emocionais no puerpério (depressão pós-parto); avaliar a interação com o bebê; se necessário encaminhar para consulta médica (especialista) ou manter continuidade do acompanhamento com retornos à UBS ou visita domiciliar; orientar sobre cuidados após o parto, higiene, alimentação saudável no puerpério.



- Amamentação: observar a formação do vínculo afetivo, a posição da mãe e da criança durante a amamentação, a pega da aréola, o uso de artefatos que podem prejudicar o aleitamento materno, como mamadeiras, chucas e chupetas; verificar o aspecto das mamas (presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios e/ou infecciosos, existência de cicatrizes ou traumas) e a presença de outras dificuldades. Se detectadas alterações/dificuldades, encaminhar para avaliação da equipe da APS/eSF e ou banco de leite, assim como para grupos de apoio à amamentação. Em caso de presença de sinais e sintomas de mastite (febre, calafrios, dor, rubor, ingurgitamento mamário) solicitar avaliação médica(o). Se indicada antibioticoterapia, reavaliar em até 48 horas e encaminhar para avaliação hospitalar, se necessário.

- Confirmação da realização do teste do pezinho, triagem auditiva e teste do reflexo vermelho.

- Solicitação e avaliação do preenchimento da caderneta de saúde da criança, observação do calendário vacinal e indicação para solicitação de vacinas especiais, pelo Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), de acordo com as especificidades de saúde de cada criança.

Nota: havendo a necessidade de encaminhamento para médico especialista através do SISREG, além de descrever os critérios clínicos que a justifiquem, grifar como **“recém-nascido de alto risco egresso de UTI Neonatal”**.

Florianópolis, 23 de agosto de 2017.

**Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde
GEABS/SUG/SES-SC**



ANEXO 1-CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO ACOMPANHAMENTO PRIORITÁRIO

Os critérios abaixo são utilizados para avaliar as crianças de risco:

1) Asfixia Perinatal :

- Apgar < 4 no 5º minuto;
- Clínica ou alteração laboratorial compatível com síndrome hipóxico-isquêmica;
- Parada cardiorrespiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação;
- Apnéias repetidas.

2) Prematuridade: Idade Gestacional < 32 semanas.

3) Baixo Peso ao Nascer: Peso de Nascimento < 2.500 gramas (neste ítem incluem-se as crianças assistidas no “Método Canguru”).

4) Problemas Neurológicos:

- Clínica neurológica: alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente, mioclonias;
- Convulsão, equivalentes convulsivos ou em uso de drogas anticonvulsivantes;
- Hemorragia intra-cerebral (documentada por ultrassonografia transfontanelar);
- Meningite neonatal;
- Crescimento anormal do perímetro cefálico.

5) Hiperbilirrubinemia: (com níveis para exsanguinotransfusão).

6) Policitemia Sintomática/Hiperviscosidade.

7) Hipoglicemia Sintomática (hipoglicemia que requer tratamento prolongado por mais de 5 dias).

8) Uso de Ventilação Mecânica com sequelas pulmonares.

9) Infecções Congênitas (citomegalovírus, herpes, rubéola, toxoplasmose, neurosífilis).

10) Malformações Congênitas maiores e síndromes genéticas graves.

11) Quadro de infecção grave (meningite, septicemia com sequelas).

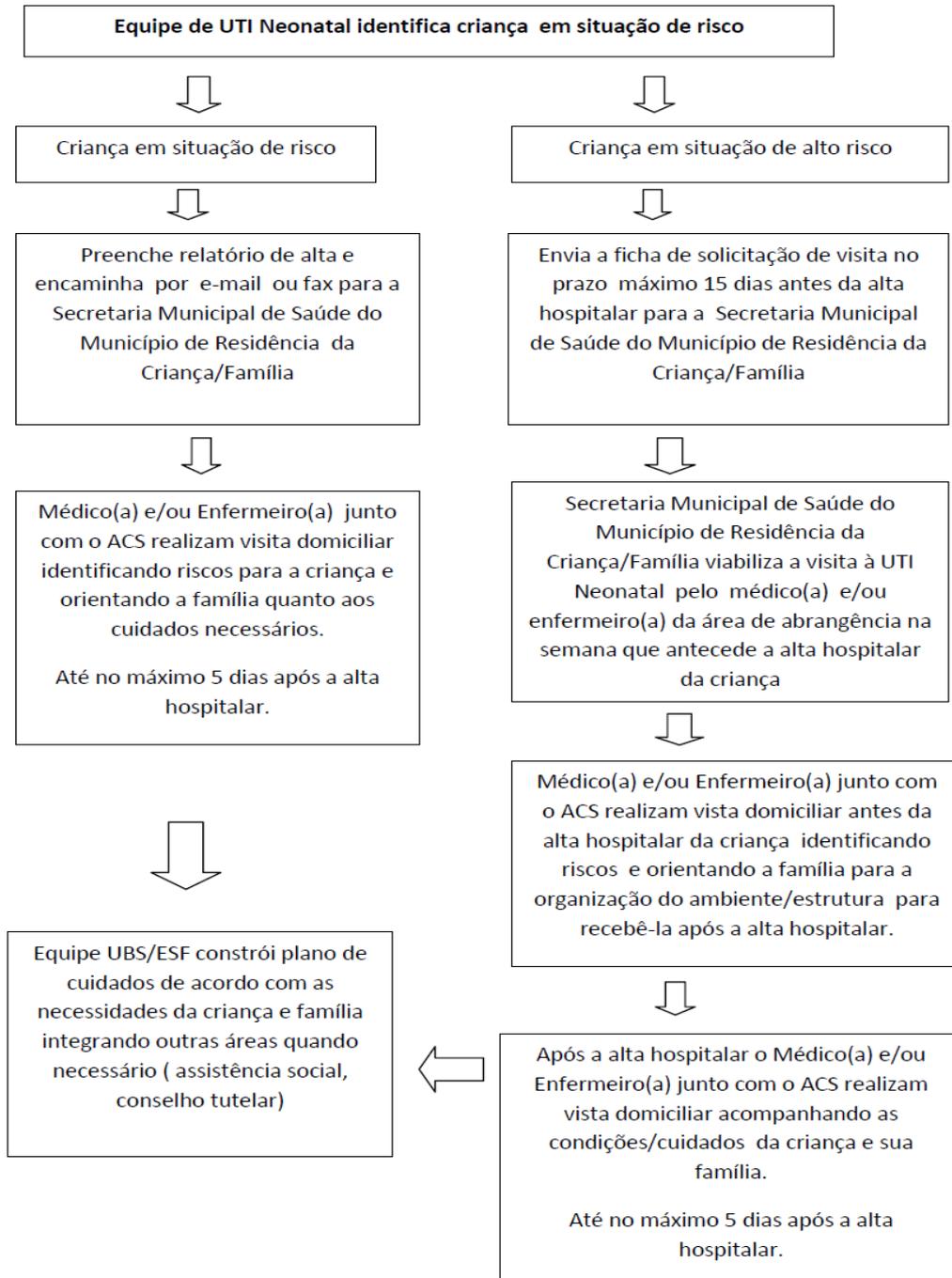
12) Erros Inatos do Metabolismo (ex: mucopolissacaridoses; fibrose cística; glicogenoses; aminoacidopatias; intolerância aos açúcares; etc).

13) Filhos de mães com HIV positivo.



ANEXO 2 – FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DA CRIANÇA DE RISCO E ALTO RISCO EGRESSO DE UTI NEONATAL



*Caso a distância de deslocamento da eSF/APS impossibilite a visita à UTIN, deverá ser providenciado outra forma de comunicação sem prejuízo do estabelecido neste fluxograma.



ANEXO 3 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VISITA HOSPITALAR ENCAMINHADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Solicitante: _____
Nome da Mãe: _____
Nome da Criança: _____
Data de nascimento: ____/____/____
Idade: _____
Endereço
Residencial: _____
Fone: _____
Unidade de Saúde a qual pertence: _____

SUMÁRIO CLÍNICO DA CRIANÇA

Motivo de internação em UTI neonatal:

- () Apgar < 4 no 5 minutos;
- () Clínica ou alteração laboratorial compatível com Síndrome hipóxico-isquêmica;
- () Parada cardio-respiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação;
- () Apneias repetidas;
- () Peso de Nascimento < 1.500 grs
- () Idade Gestacional < 33 semanas;
- () Clínica neurológica: alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente, abalos;
- () Convulsão, equivalentes convulsivos ou uso de drogas anticonvulsivantes;
- () Hemorragia intracerebral (documentada por ultrassonografia transfontanelar);
- () Meningite neonatal;
- () Crescimento anormal do perímetro cefálico;
- () Hiperbilirrubinemia (com níveis para exsanguineotransfusão);
- () Policitemia Sintomática/Hiperviscosidade;
- () Hipoglicemia Sintomática (hipoglicemia que requer tratamento prolongado por mais de 3 dias);
- () Uso de Ventilação Mecânica;
- () Malformações Congênitas e Síndromes Genéticas;
- () Quadro de infecção grave (Meningite, Septicemia com sequelas);
- () Erros inatos do metabolismo;
- () Óbito Materno.

Tempo de internação: _____

Quadro clínico atual da criança: _____



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS
GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Medicações em uso: _____

Faz uso de sondas: () vesical () para alimentação

Faz uso de oxigenioterapia: () sim () não

Possui indicação para uso de fórmula (leites especiais):

Qual: _____

Data provável da alta: ____/____/____

Requisitante: _____ CRM/COREN: _____

Assinatura, Data: __/__/____

Após preenchimento de todos os dados, encaminhar via FAX, e-mail para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de residência da criança/família.



ANEXO 4 – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA HOSPITALAR

Data: ___/___/_____

Nome da Mãe: _____

Nome da Criança: _____ Idade: _____

Endereço Residencial: _____

Unidade de Saúde: _____

Fone: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade Gestacional: _____

IG Corrigida: _____

Peso do nascimento: _____ gramas Peso atual: _____ gramas.

Histórico da Criança: _____

Quadro Atual da Criança: _____

Medicações em uso: _____

Faz uso de sondas: () vesical () para alimentação

Faz uso de oxigenioterapia: () sim () não

Possui indicação para uso de fórmula (leites especiais):

Qual: _____

Data provável da alta: ___/___/_____.



ANEXO 5 – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR DE PREPARO PARA ALTA HOSPITALAR DA CRIANÇA

Data: ___/___/_____

Nome da Mãe: _____

Nome da Criança: _____ Idade: _____

Endereço Residencial: _____

Unidade de Saúde a qual pertence: _____

Fone: _____

Número de moradores na casa: _____

Tipo de casa: () Tijolo () Madeira () Mista () Material aproveitado

Tamanho da casa: _____ quantidade de cômodos (peças) existentes

Destino do lixo: () coletado () queimado () enterrado () jogado a céu aberto

Tratamento da água: () filtração () fervura () cloração () sem tratamento

Energia elétrica: () sim () não

Abastecimento de água: () rede pública () poço () nascente () outra origem

Esgotamento sanitário: () sistema de esgoto (rede pública) () fossa () céu aberto

Tipo de transporte que utiliza: () carro próprio () Transporte público () Outros

Telefone próprio: () Sim () Não

Presença de doentes na casa? () Sim () Não

Nome: _____ Doença: _____

Presença de fumantes no domicílio? () Sim Quem? _____ Não ()

Presença de animais domésticos dentro de casa? () Sim Quais? _____ () Não

Data provável da alta: ___/___/_____.

Comentários: _____

Responsável pela avaliação: _____



ANEXO 6 – ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE RISCO E PUÉRPERA

DADOS GERAIS:

Nome _____ da
Mãe: _____

Idade da Mãe: _____ Prontuário: _____ Área: _____ Microárea: _____
Endereço: _____
Telefone: _____

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento do bebê: ___/___/___ Fez Pré-natal: () Não () Sim
Local: _____

Já registrou o nascimento? () Sim () Não Se não, orientar sobre a Certidão de Nascimento Gratuita.

OBSERVAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO:

Pele e Mucosas: () Hidratada, corada () Cianótica () Monilíase oral
() Monilíase perineal () Impetigo () Icterícia
() Outros: _____

Fontanelas (moleira) : () Abaulada () Plana () Deprimida

Olhos: Secreção () Sim () Não Outro: _____

Respiração: () Normal () Alterada

Reflexos: () Normais () Alterados

Dificuldades para amamentar () sim () não

Pega está correta? () sim () não

A Criança já recebeu outro tipo de líquido? () sim () não

Se leite materno complementado: () leite em pó () leite em caixinha () leite saquinho () puro () diluído

Eliminações: _____

Sono: _____

Recebeu as vacinas na Maternidade: () BCG () Hepatite B () Nenhuma

Solicitadas Vacinas Especiais: () Sim () Não

Realizou teste auditivo: () Sim () Não

Realizou teste do reflexo vermelho: () Sim () Não

Realizou o teste do pezinho: () Sim () Não

OBSERVAÇÃO DA MÃE

Estado Geral: () Triste () Queixosa () Higiene Adequada

Alimentação: () Adequada () Inadequada



Consumo de: () Álcool () Fumo () Drogas

Presença de fumantes na casa: () Sim () Não

Tipo de parto: _____

Tem febre? () Sim () Não

Amamentação: () Exclusiva () Artificial () Misto

Mamas: () Fissura () Mamilo plano () Ingurgitamento () mastite () dor

Está tendo alguma dificuldade em amamentar o bebê: Qual?

Episiotomia/cicatriz da cesária: () Aberta () Dolorosa () Vermelha () Presença de secreção purulenta () Realizada notificação de Infecção para a UBS/SMS

Relacionamento: () Olha para o bebê () Sorri para o bebê () Fala sobre o bebê

() Pega no colo

Involução Uterina () Sim () Não

Presença de Lóquios () Sim () Não Características: _____

Recebeu a vacina da rubéola: () Sim () Não

Comentários: _____

CONSULTA de PUERICULTURA NA UNIDADE DE SAÚDE DATA: ___/___/_____

CONSULTA de PUERPÉRIO DATA: ___/___/_____

Responsável/Data



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação geral de saúde da criança e aleitamento materno. Guia de orientações para o método canguru na atenção básica: cuidado compartilhado. Brasília 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

FRANCO, S.C. et al. Programa Bebê Precioso. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Joinville, 2011.

MUCHA, F., KOROVSKEY, V. Programa Bebê Precioso. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Joinville, 2009.

MUCHA, F., KOROVSKEY, V. Programa Bebê Precioso-Revisão. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Joinville, 2011.