

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE



**MÓDULO IX: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: O
PUERPÉRIO E O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Vera Radünz

Subchefe do Departamento Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Débora Falleiros de Mello

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Jane Cristina Anders

Juliana Cristina Santos Monteiro

Alecassandra F. S. Viduedo.

Cinara Porto Pierezan

Danielle Monteiro Vilela Dias

Maria Emilia de Oliveira

REVISÃO TÉCNICA

Astrid Eggert Bohes

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M9- Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher e da Criança: O Puerpério e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Infantil

M527c MELLO, Débora Falleiros de

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: O puerpério e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil / Débora Falleiros de Mello; Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; Jane Cristina Anders; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

166 p.

ISBN: 978-85-88612-53-2

1. Saúde da Criança. 2. Vacinas. 3. Enfermagem Pediátrica

CDU – 616-083-053.2

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Margareth R. Silveira

Revisão Textual Ariele Louise Barichello Cunha

Coordenadora de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

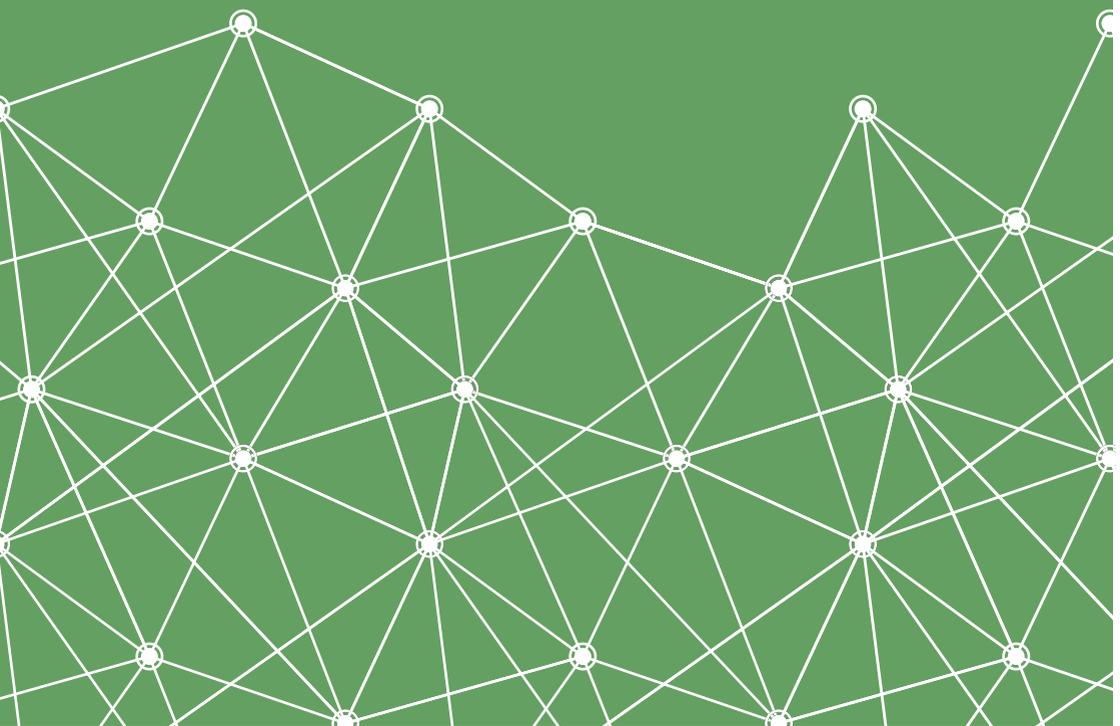
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO IX

ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER
E DA CRIANÇA: O PUERPÉRIO E O ACOMPANHAMENTO
DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro especializando, estamos iniciando o Módulo IX, que tem como foco a atenção à saúde da mulher, no puerpério, e da criança, no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, no contexto das redes de atenção à saúde.

Este Módulo constitui-se de 9 Unidades, que buscam contextualizar a saúde da mulher e da criança no âmbito das Redes de Atenção à Saúde. Nesse sentido, abordaremos conteúdos que norteiam o processo de enfermagem no cuidar da mulher, da criança e da família, buscando também reconhecer o papel do enfermeiro nas ações de saúde, na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade materna, neonatal e do lactente.

Estudaremos sobre a consulta de enfermagem à puérpera; o planejamento reprodutivo; a consulta de enfermagem em saúde da criança; o aleitamento e a alimentação complementar saudável; a imunização em saúde da mulher e da criança; a avaliação e classificação de risco à saúde da mulher e; os agravos prevalentes na saúde da criança e as medidas terapêuticas relacionadas ao neonato e lactente. Por fim, a visita domiciliar e as práticas educativas em saúde da mulher e da criança.

Acreditamos que você continue motivado e consiga, ao longo do desenvolvimento deste Módulo, discutir e refletir sobre o papel do profissional de enfermagem nesse contexto de cuidado, apropriando-se de recortes fundamentais da assistência de enfermagem no processo de viver da mulher e da criança. Desejamos que a cada dia você consiga contribuir em sua prática profissional com uma assistência de enfermagem cuidadora, qualificada e embasada no conhecimento científico.

Esperamos que você tenha um ótimo aproveitamento deste Módulo.

Bom trabalho!

Débora Falleiros de Mello, Dra.
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra.
Jane Cristina Anders, Dra.
Juliana Cristina Santos Monteiro, Dra.
Alecssandra F. S. Viduedo, Ms.
Cinara Porto Pierezan, Ms.
Danielle Monteiro Vilela Dias, Ms.
Maria Emilia de Oliveira, Dra.

A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.
Charles Chaplin

OBJETIVO GERAL

Analisar e descrever os cuidados de enfermagem com a mulher, a criança e a sua família no contexto da atenção básica de saúde, reconhecendo e relacionando a atuação do enfermeiro no planejamento das ações, na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade materna, neonatal e do lactente.

CARGA HORÁRIA

45 horas.

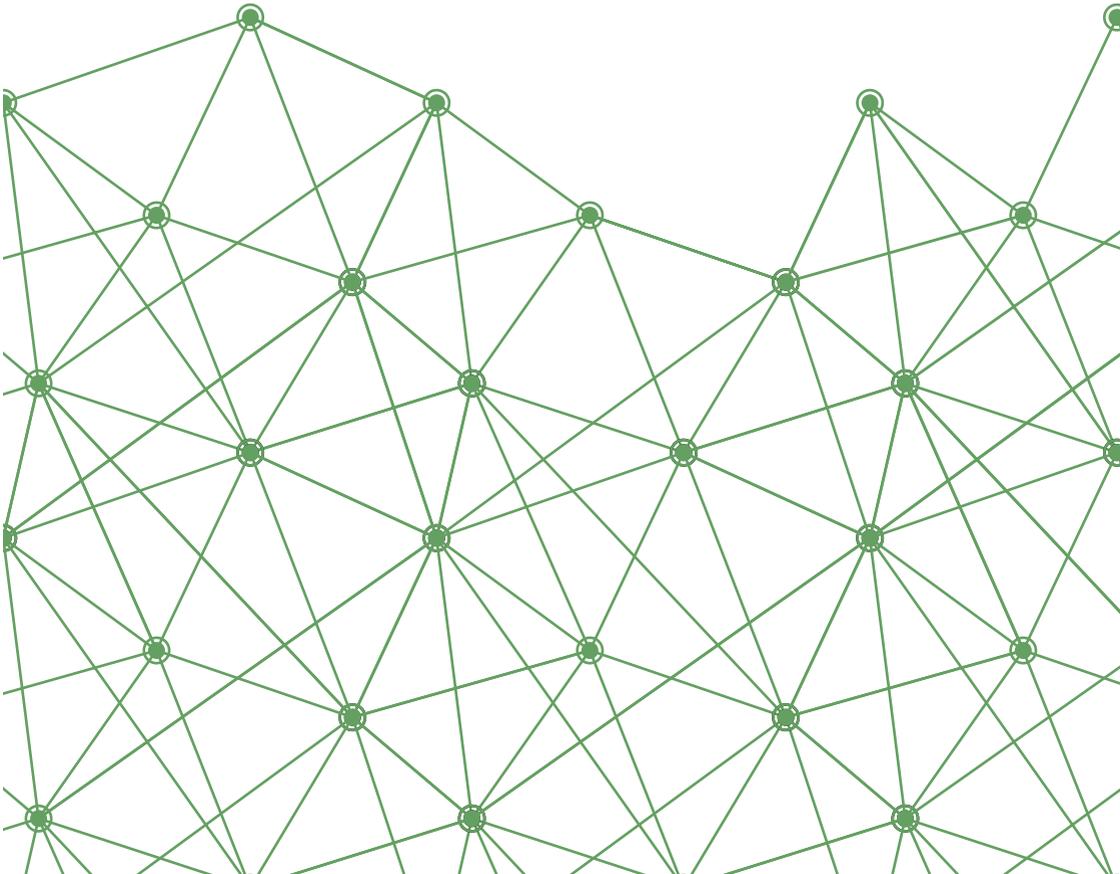
SUMÁRIO

UNIDADE 1 — A CONSULTA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA	11
1.1 Introdução	11
1.2 Contextualização.....	11
1.3 A consulta de enfermagem à puérpera.....	14
1.4 Resumo	18
1.5 Fechamento	19
1.6 Recomendação de leitura complementar	19
UNIDADE 2 — O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	21
2.1 Introdução.....	21
2.2 Breve histórico sobre a saúde sexual e reprodutiva	21
2.3 A Enfermagem e a saúde reprodutiva.....	24
2.4. Métodos contraceptivos disponíveis.....	25
2.4.1. Métodos comportamentais.....	25
2.4.2 Métodos de Barreira.....	28
2.4.3 Métodos hormonais	32
2.4.4 Métodos definitivos.....	35
2.5 Resumo	37
2.6 Fechamento	37
2.7 Recomendação de leitura complementar	37
UNIDADE 3 — A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA	39
3.1 Introdução.....	39
3.2 A Consulta de Enfermagem em Puericultura.....	40
3.3 O Crescimento da Criança.....	42
3.4 O Desenvolvimento da criança.....	46
3.5 Resumo	51
3.6 Fechamento	52
3.7 Recomendação de leitura complementar	52

UNIDADE 4 – ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL	54
4.1 Introdução	54
4.2 A amamentação	54
4.3 A alimentação complementar saudável	59
4.3.1 Alimentação complementar: quando e como introduzir	62
4.3.2. Características da alimentação complementar adequada	64
4.3.3 Recomendações atuais para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno.....	66
4.3.4 Alimentação: Cuidados e manuseio.....	68
4.4. Resumo	71
4.5. Fechamento	72
4.6. Recomendação de leitura complementar.....	72
UNIDADE 5 – IMUNIZAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	74
5.1 Introdução	74
5.2 Princípios Básicos de Imunização	75
5.2.1 Os Tipos de Imunidade	75
5.2.2 Agentes Imunizantes	76
5.2.3 Imunobiológicos Disponíveis para a Espécie Humana.....	77
5.3 Programa de Imunização no Brasil.....	78
5.3.1 Falsas contraindicações em vacinação.....	82
5.4 Esquema vacinal nas gestantes	83
5.5 Imunização e Educação em Saúde.....	86
5.6 Resumo	87
5.7 Fechamento	87
5.8. Recomendação de leitura complementar	88
UNIDADE 6 – AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DA MULHER	90
6.1 Introdução	90
6.2 Classificação de risco	91
6.3 Critérios e Indicadores da Qualidade da Atenção à Saúde da Mulher.....	94
6.4 Avaliação de Padrões de Risco e de Vulnerabilidade na Atenção à Saúde da Mulher	95
6.5 A implicação da qualidade da assistência e da gestão sobre os fatores de risco e vulnerabilidade na saúde da mulher.....	97
6.6 Resumo	99
6.7 Fechamento	100
6.8 Recomendação de leitura complementar:	100

UNIDADE 7 — AGRAVOS PREVALENTES EM SAÚDE DA CRIANÇA	102
7.1 Introdução.....	102
7.2 Atenção aos agravos prevalentes na infância	103
7.2.1 Agravos Respiratórios	102
7.2.2 Diarreia Aguda	107
7.3 Agravos Nutricionais	111
7.3.1 Introdução Precoce de Alimentos.....	111
7.3.2 Introdução Tardia de Alimentos	112
7.4 Violência na Infância.....	113
7.5 Enfoque na Comunicação	119
7.6 Resumo	119
7.7 Fechamento	120
7.8 Recomendação de leitura complementar	120
UNIDADE 8 — MEDIDAS TERAPÊUTICAS RELACIONADOS AO NEONATO E LACTENTE.....	122
8.1 Introdução	122
8.2 Agravos Respiratórios.....	122
8.3 Diarreia	127
8.4 Febre	134
8.5 Agravos Nutricionais	136
8.6 Violência.....	137
8.7 Medidas de promoção de segurança da criança.....	139
8.8 Resumo	140
8.9 Fechamento	140
8.10 Recomendação de leitura complementar.....	140
UNIDADE 9 — VISITA DOMICILIAR E PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA.....	142
9.1 Introdução	142
9.2 A visita domiciliar	143
9.3 A visita domiciliar à mulher, à criança e à família.....	144
9.4 Práticas educativas em saúde da mulher e da criança	148
9.5 Resumo	150
9.6 Fechamento	151
9.7 Recomendação de leitura complementar	151
ENCERRAMENTO DO MÓDULO	152
REFERÊNCIAS	153
MINICURRÍCULO DAS AUTORAS.....	162

UNIDADE 1



Unidade 1 – A consulta de enfermagem à puérpera

Ao final desta unidade, o estudante deverá ser capaz de avaliar o estado de saúde da puérpera e de realizar ações de enfermagem para o autocuidado da puérpera e para o incentivo à continuação do aleitamento materno no puerpério.

1.1 Introdução

Nesta unidade, abordaremos o cuidado de enfermagem materna, do período neonatal, do lactente e dos seus familiares, do ponto de vista da atenção na rede básica de saúde. Com a consulta de enfermagem à puérpera, percebe-se a possibilidade de diminuir a incidência de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Como você já sabe, o cuidado de enfermagem direcionado à mulher, ao neonato e aos familiares no período pós-parto deve ser interdisciplinar, humanizado e de qualidade. Deve ser fundamentado em evidências científicas, de maneira que considere a integralidade da mulher e não apenas os aspectos biológicos. Que igualmente considere os aspectos emocionais, sociais, econômicos, espirituais, culturais, físicos e intelectuais que estão envolvidos neste momento.

Neste sentido, o conteúdo a seguir abordará aspectos importantes para a continuidade do cuidado à puérpera, ao seu filho e a sua família, após a alta hospitalar.

1.2 Contextualização

Terminado o parto e o período de internação no pós-parto imediato, a puérpera, o bebê e os seus familiares retornam para o domicílio e inicia-se uma nova fase de adaptação. As modificações gerais e locais que ocorrem no organismo materno no pós-parto e os fenômenos puerperais involutivos (loquiação e involução uterina) e progressivo (lactação) ainda estão se processando. Enquanto o útero, sob a ação de hormônios, involui e vai retornando a sua posição normal, os lóquios também vão diminuindo, até cessarem por volta do 4º dia de puerpério. Por outro lado, a lactação segue seu curso progredindo e o seu controle, que era essencialmente endócrino, a partir do 4º dia - portanto quando a mãe e o bebê já estão em casa - passa a ser autócrino, ou seja, em meio hormonal adequado e com a sucção frequente do peito pelo bebê vai se estabelecendo e se mantendo.

O bebê também vai se adaptando aos cuidados maternos e à amamentação e os familiares presentes são afetados pelas mudanças decorrentes da chegada do novo membro na família. Nesses primeiros dias após a alta da maternidade, tanto a puérpera quanto o bebê e os familiares experimentam situações por vezes estressantes, exigindo conhecimento e habilidades para lidar com os cuidados que esse período requer. Nesta unidade, abordaremos o cuidado de enfermagem materna, neonatal, do lactente e dos seus familiares, do ponto de vista da atenção na rede básica de saúde, por meio da consulta de enfermagem à puérpera, visando diminuir a incidência de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

O cuidado em Enfermagem materna visa o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, ao seu filho e a sua família. Vale lembrar que, no âmbito da atenção obstétrica, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde, tem como elementos estruturadores a humanização da assistência e os direitos reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2000).

De acordo com o PHPN, a consulta puerperal é indispensável no conjunto da assistência obstétrica e tem como objetivo atender às demandas da puérpera, respeitando as suas especificidades e considerando-a como sujeito ativo do processo de cuidado (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SOUZA et al., 2008).

No entanto, uma das fragilidades apontadas pela avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) é a escassa realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2008a).

Os serviços de saúde reconhecem a importância desta consulta, mas admitem a falta de estratégia para a sua implementação; isto ocorre porque muitos serviços e profissionais de saúde consideram o parto como o final do processo e, após o nascimento, dirigem suas ações para o recém-nascido (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SOUZA et al., 2008).

Assim, esforços devem ser realizados para que as necessidades de saúde das puérperas sejam valorizadas e atendidas, e tenham a visibilidade merecida, considerando que a consulta deveria desvincular a saúde da mãe da saúde do recém-nascido, sendo importante momento da saúde da mulher e não apenas da saúde materna (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SOUZA et al., 2008).

Uma das recomendações formuladas ao final da avaliação nacional do PHPN, relacionada à avaliação puerperal, é a contextualização da consulta do puerpério, permitindo a flexibilização do intervalo de tempo definido entre o parto e o momento de contato da puérpera com o serviço. Sendo que o atendimento pós-parto deve aproveitar as oportunidades de contato já existentes com o serviço, tais como o controle do recém-nascido, a consulta de planejamento familiar ou a visita domiciliar (BRASIL, 2008a).

A Enfermagem pode contribuir para o acompanhamento de qualidade neste período, especialmente no que se refere ao apoio necessário à puérpera e atenção às suas necessidades, sejam elas verbalizadas ou não. Para tanto, é importante destacar o papel da Enfermagem na reorganização psíquica, familiar e social; na valorização das vivências e experiências das mulheres e de suas famílias em relação à maternidade; na orientação para o cuidado de si, do recém-nascido e da própria família e; na compreensão dos aspectos socioeconômicos, culturais e espirituais, bem como a rede de apoio familiar e comunitária que envolve o cenário das puérperas (SOUZA et al., 2008). Neste sentido, a consulta de enfermagem é um recurso para o diagnóstico de enfermagem ou identificação dos problemas de saúde do cliente, contribuindo para a elaboração do plano de cuidados e para a resolubilidade dos problemas identificados (ZAGONEL, 2001).

A consulta de enfermagem é uma atividade própria do enfermeiro e é uma estratégia eficaz para a detecção precoce de desvios de saúde, mas também para acompanhamento e seguimento de medidas instituídas, as quais dirigem-se ao bem estar das pessoas envolvidas. É uma ação que se diferencia entre as várias maneiras de cuidar, pois possibilita a aproximação pessoa a pessoa, estabelecendo uma relação interpessoal de ajuda concreta diante das variáveis culturais (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Conforme descrito na Lei do Exercício Profissional, Artigo n. 11, entre as atividades de Enfermagem que cabem ao enfermeiro(a) estão a consulta de Enfermagem e a assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 1986). Assim, considera-se que a consulta de Enfermagem à puérpera é fundamental para a promoção da saúde integral das mulheres, dos seus filhos e das suas famílias, favorecendo o autocuidado, o cuidado com o recém-nascido e o aleitamento materno.

A consulta tem como objetivos:

- Avaliar as condições maternas após a alta da unidade onde se realizou a assistência ao parto, identificando as patologias mais frequentes neste período.
- Controlar a evolução das patologias manifestadas durante a gestação (ex.: anemia, síndrome hipertensiva, entre outros).

- Estabelecer e reforçar as orientações gerais iniciais durante o período de internação na maternidade.
- Reforçar o vínculo da mulher com o sistema de saúde, referindo-a para orientação em planejamento familiar e assistência ginecológica de rotina.
- Avaliar as condições emocionais da puérpera.

1.3 A consulta de enfermagem à puérpera

Como visto no módulo anterior, a atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato, assim como nas primeiras semanas após o parto, é extremamente importante para a saúde materna, neonatal e do lactente. O acompanhamento do profissional de saúde, e em especial do enfermeiro neste período, deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e também na unidade de saúde (SÃO PAULO, 2010).

Após a alta hospitalar, recomenda-se que sejam feitas ao menos duas consultas para revisão puerperal (BRASIL, 2001a):

- **Revisão puerperal precoce (entre 7 a 10 dias)**, que deverá ser realizada na unidade mais próxima da residência da mulher. O profissional de saúde, em especial o profissional de enfermagem, deve dar atenção à puérpera usando habilidades de aconselhamento de ouvir e aprender (WHO; UNICEF, 1993), tais como:
 - Demonstre empatia, remova barreiras, preste atenção.
 - Dedique tempo, faça perguntas abertas, use expressões e gestos que demonstrem interesse para aumentar a confiança e dar apoio, a saber: dê ajuda prática, use linguagem simples.
 - Procure dar sugestões e não ordens, reconheça e elogie o que a mãe estiver fazendo certo.
 - Realize o exame físico completo com ênfase ao estado hematólogico, rastreamento de infecção (puerperal ou da ferida operatória), além da realização do exame das mamas.
 - Incentive a continuação do aleitamento materno, avaliando se a amamentação se processa normalmente, corrigindo as dificuldades identificadas.
 - Oriente sobre a importância da observação do adequado intervalo intergestacional e ofereça subsídios técnicos na abordagem do planejamento familiar.

- Complete as doses de vacina antitetânica e encaminhe a puérpera para tratamento odontológico, se necessário.
- Enfatize a importância do acompanhamento ginecológico de rotina (controle de câncer cervicouterino e de mama) e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
- Realize visita domiciliar para as puérperas faltosas, nas quais a gestação foi de alto risco.
- Converse com a mulher sobre os direitos trabalhistas que esta possui como trabalhadora ou estudante e sobre o retorno ao exercício da sexualidade.
- Nesta consulta, a puérpera deve ser orientada para retornar para nova avaliação entre o 30º e o 42º dia pós-parto.



Saiba mais

Assista ao vídeo, do Ministério da Saúde, que expõe uma proposta que poderá ser adotada pelas empresas em benefício da mulher que amamenta e precisa retornar ao trabalho após a licença maternidade.

Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/materiais/detalhes.php?id=1>>.

- **Revisão puerperal tardia (entre o 30º e o 42º dia).** Nesta consulta, ouvem-se as queixas da mulher e procede-se novo exame físico completo, com ênfase no exame ginecológico. É fundamental reforçar orientações sobre planejamento familiar, aleitamento materno e sobre problemas que tenham surgido ou que ela tenha ouvido de outras pessoas. Este tipo de influência pode prejudicar a continuação do aleitamento. Também nesta consulta, após a avaliação, os exercícios físicos podem ser liberados, se a mulher estiver bem e não apresentar complicações.

O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, na consulta puerperal precoce, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde quando realizam as visitas domiciliares (SÃO PAULO, 2010).



Palavra do profissional

Para facilitar a realização do acompanhamento pós-parto, a enfermeira, assim como todo o profissional de saúde, deve aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e com o recém-nascido na 1ª semana que estes procurarem o serviço de saúde.

A consulta puerperal realizada pela enfermeira deve favorecer um ambiente agradável, em que a puérpera possa falar sobre suas queixas, dúvidas e medos. Que seja atendida em suas necessidades, não apenas nas necessidades do recém-nascido.

Durante a consulta puerperal precoce, o enfermeiro pode seguir o seguinte roteiro (BRASIL, 2001a; SÃO PAULO, 2010):

Anamnese

Verificar o cartão da gestante e a ficha de contrarreferência com as informações do atendimento hospitalar, como por exemplo: dados do parto (data, tipo de parto, se cesárea, qual a indicação), intercorrências na gestação, parto ou no pós-parto, condições de atendimento ao parto e nascimento, presença de acompanhante, contato pele a pele precoce mãe-filho, uso de medicações (ferro, ácido fólico, vitamina A, entre outros), se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e ou parto. Além disso, o profissional deve indagar sobre: aleitamento materno (frequência das mamadas, dificuldades sentidas, condições das mamas); alimentação, sono e repouso, atividades; dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre; planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência); condições psicoemocionais como estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, entre outros, estando alerta para quadros de *blues* puerperal ou depressão; condições sociais e de apoio na comunidade.

Exame físico

- Verificar sinais vitais.
- Avaliar estado geral: pele, mucosas, presença de edema e sistemas.
- Examinar mamas e avaliar a presença de traumas mamilares, tipo de mamilos, ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos ou outras intercorrências que dificultem a amamentação.
- Avaliar a mamada para garantia da realização de técnicas corretas de amamentação (posição, pega, ordenha) e para verificar a formação do vínculo entre mãe e filho.
- Examinar abdômen e avaliar a involução uterina e se há dor na palpação, além da cicatriz de cesárea, a depender do tipo de parto.
- Examinar períneo e avaliar sinais de inflamação ou infecção, presença e características de lóquios.
- Examinar membros inferiores.
- Retirar os pontos da cicatriz cirúrgica, quando necessário, e orientar sobre cuidados locais. Verificar possíveis intercorrências – alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de identificação de alguma dessas alterações, encaminhar para avaliação médica ou psicológica.
- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

A partir da anamnese e do exame físico, o profissional de enfermagem pode realizar o plano de cuidados individualizado para cada puérpera e seu filho. É importante considerar as seguintes condutas no plano de cuidados (SÃO PAULO, 2010):

- Orientação sobre higiene, alimentação, atividades físicas, atividade sexual, prevenção de DST/AIDS, cuidado com as mamas e com o recém-nascido, aleitamento, direitos da mulher (reprodutivos, sociais e trabalhistas), planejamento familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso; se necessário, completar a vacinação duplo adulto e tríple viral; tratar possíveis intercorrências; registrar informações em prontuário; agendar a consulta puerperal tardia, se ainda não tiver sido marcada.

Na consulta puerperal tardia, a mulher e o bebê deverão ser novamente atendidos, sendo avaliadas as suas condições de saúde, considerando-se: o registro das alterações em prontuário; a investigação das condições da amamentação; o retorno da menstruação e da atividade sexual e; a realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências (SÃO PAULO, 2010).

O profissional de enfermagem deve estar atento às queixas da puérpera e deve esclarecer possíveis dúvidas; deve realizar a anamnese e o exame físico rigoroso e completo como descrito anteriormente, sempre atentando para as especificidades obstétricas (SÃO PAULO, 2010).



Compartilhando

É importante lembrar que, na Unidade 5 do Módulo 8, você estudou sobre o aleitamento materno e as informações sobre técnicas de amamentação, cuidados com as mamas e manejo das intercorrências mamárias podem ser utilizadas para orientar a mulher durante a consulta puerperal. Além disso, na próxima Unidade deste Módulo você estudará sobre o planejamento reprodutivo e terá subsídios para realizar as orientações adequadas às mulheres.

1.4 Resumo

Nesta unidade você estudou sobre a realização da consulta de Enfermagem à puérpera, sua importância, como deve ser realizada e as condutas a serem adotadas durante esta atividade.

A valorização do puerpério e da consulta puerperal pelos profissionais de saúde é fundamental para que as mulheres tenham as suas necessidades atendidas nesta fase do ciclo gravídico-puerperal e compreendam que não devem ser deixadas em segundo plano neste período.

1.5 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para a realização da consulta de enfermagem à puérpera, destacando-se a importância da consulta precoce (entre 7 a 10 dias após o parto) e da consulta tardia (entre 30 e 42 dias após o parto).

A consulta puerperal de qualidade pode favorecer a realização do adequado autocuidado pela mulher e, conseqüentemente, do adequado cuidado de seu filho, contribuindo para o bem-estar deste binômio de sua família.

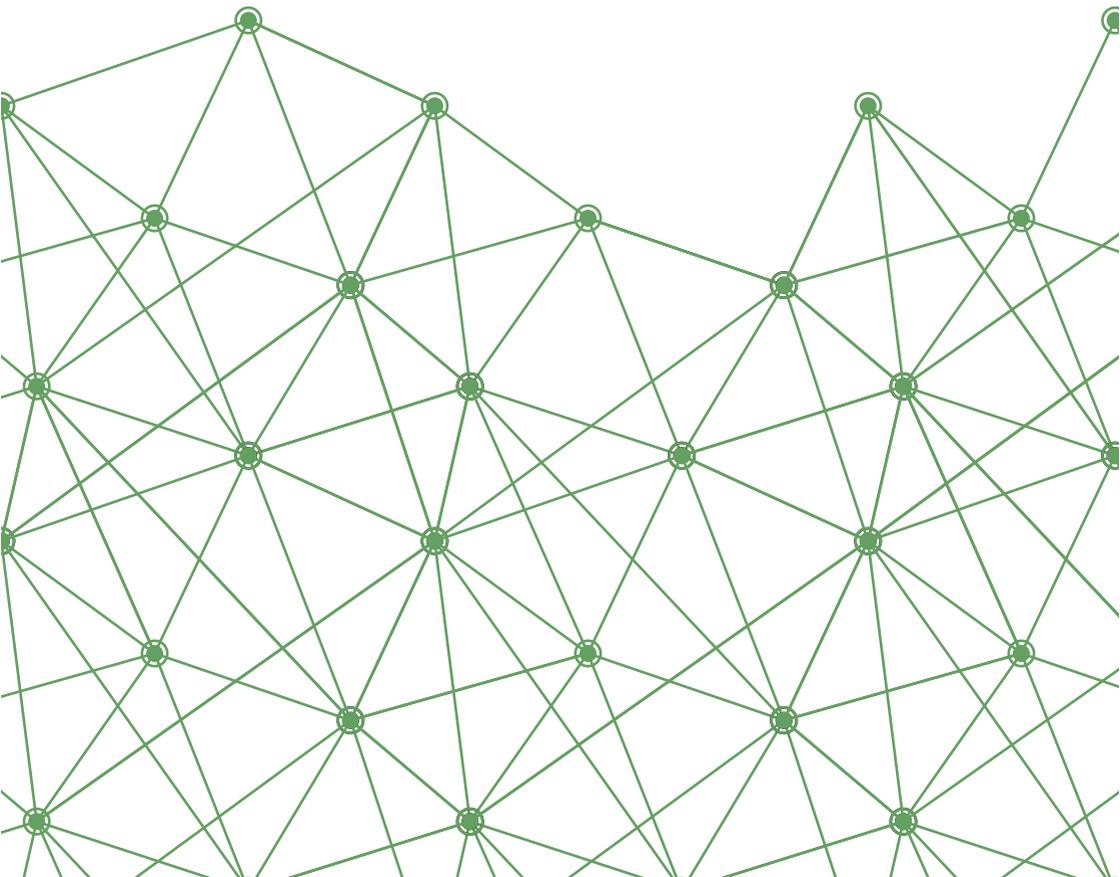
1.6 Recomendação de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MENDES, M. F. **Puerpério na atenção básica**: As interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde. 2003. 128 f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2003.

SANTOS, F. A. P. S. **Revisão pós-parto**: significado atribuído pela puérpera. 2010. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

UNIDADE 2



Unidade 2 – O planejamento reprodutivo

Ao final desta unidade o aluno deverá ser capaz de atuar no aconselhamento ao planejamento reprodutivo de forma integrada entre ações educativas, de aconselhamento e atividades clínicas.

2.1 Introdução

Nos últimos anos, o Brasil vem avançando significativamente em direção à estabilidade, ao crescimento econômico e à superação da pobreza, com melhora da qualidade de vida das pessoas. Considerando que a atenção à saúde da mulher esteja fundamentada nos princípios da universalidade e integralidade, a concepção de gênero e os princípios dos direitos reprodutivos foram incorporados às políticas públicas de saúde e de proteção social. Por meio de ações e programas do Sistema Único de Saúde, de Serviços Sociais e de outros setores da sociedade, busca-se o acesso da população brasileira ao planejamento familiar. Espera-se que a população tenha acesso a um planejamento reprodutivo que não se restrinja aos aspectos procriativos. Que abranja o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo e lazer.

No entanto, no Brasil, nem sempre o planejamento reprodutivo foi considerado em sua concepção mais ampla. De acordo com as políticas públicas, ao longo da história, constata-se a ausência de qualquer preocupação com a saúde reprodutiva. Na década de 1930 com uma tendência pró-natalista, na década de 1960 com grande preocupação pelo controle da natalidade. Finalmente, a partir das Conferências de População no Cairo, em 1994, e da Mulher em Beijing, em 1995, surge o conceito de saúde reprodutiva que diz respeito a ações amplas no campo da reprodução, envolvendo o casal.

2.2 Breve histórico sobre a saúde sexual e reprodutiva

Os direitos sexuais e reprodutivos são direitos já reconhecidos, atualmente, em leis nacionais e internacionais, mas foram necessários muitos movimentos e lutas sociais em prol da garantia desses direitos.

A seguir, abordaremos os marcos referencias no desenvolvimento histórico das lutas pelos direitos sexuais e reprodutivos.

Em âmbito internacional, houve duas conferências de maior importância nas questões de saúde reprodutiva e sexual, são elas:

- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)
- Conferência Mundial sobre a Mulher

A primeira foi realizada no Cairo em 1994 e teve como foco o desenvolvimento do ser humano, onde as questões sobre a mulher e desigualdades de gênero foram valorizadas, o que resultou em acordos internacionais assumidos por 179 países.

A segunda, realizada em Beijing, Pequim, em 1995, avançou e reafirmou as questões discutidas na conferência de Cairo, no âmbito das questões reprodutivas e sexuais como objeto de políticas públicas (BRASIL, 2010a).

A partir destes eventos, as questões sexuais e reprodutivas já não poderiam ser vistas apenas com propósito reprodutivo, passaram então a abranger aspectos psíquicos, sociais e culturais, que fazem parte da construção dos laços afetivos entre as pessoas.



Saiba mais

Conheça detalhes destes movimentos em prol da saúde reprodutiva internacional lendo as páginas 12 a 16 do Caderno de Atenção Básica nº26- Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, disponível no link: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>

Em âmbito nacional, no que trata do avanço das questões sobre saúde sexual e reprodutiva, destaca-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher PAISM/MS/1984; a Constituição Federal de 1988; a Lei n. 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS/2004 e; a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005. Vamos conhecer um pouco mais sobre estas importantes iniciativas:

- **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM):** implantado no Brasil na década de 1980, foi um marco para a saúde reprodutiva em nosso país. O PAISM foi o primeiro programa a propor a atenção integral à saúde da mulher com ações voltadas para todas as fases da vida, com especial atenção à saúde sexual da mulher e não apenas à saúde reprodutiva. No entanto, ocorreram dificuldades financeiras e operacionais para sua integral concretização (BRASIL, 2002a).
- **Constituição Federal de 1988:** incluiu no Título VIII da Ordem Social em seu Capítulo VII, Art. n. 226, § 7º que “o Estado deve propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício dos direitos de dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, tornando o planejamento familiar de livre decisão do casal” (BRASIL, 1988, 2010a).
- **Lei n. 9.263/1996:** em 1996, o planejamento familiar foi regulamentado por meio da Lei n. 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, § 7º do Art. n. 226 da Constituição Federal. A partir daí, o planejamento familiar passou a ser considerado no contexto dos direitos reprodutivos, garantindo a homens e mulheres o direito a exercer sua cidadania com liberdade de escolha em ter ou não filho (BRASIL, 1996, 2002f, 2010a).
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** elaborada em 2004, pelo Ministério da Saúde, contribuiu para garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito da saúde. Reduziu a morbimortalidade entre as mulheres por causas evitáveis por meio da melhoria da atenção obstétrica, do planejamento familiar, da atenção ao abortamento inseguro; bem como a situação de violência sexual e doméstica entre mulheres e adolescentes (BRASIL, 2004, 2010a).
- **Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos:** lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde. Esta política abarcou os seguintes pontos: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária; introdução da reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde (SUS); maior atenção a adolescentes e mulheres em situação de violência sexual e doméstica; ampliação de serviços de referência para realização de aborto previsto por lei por meio de atenção humanizada a todas essas mulheres (BRASIL, 2005a, 2010a).

No sentido de aliar o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento da equidade social, o governo federal lançou, em 2007, o **Pacto de Aceleração do Crescimento (PAC)**, em que a saúde ocupa um papel fundamental. O Ministério da Saúde lançou também o **Programa Mais Saúde: Direito**

de Todos. Este programa está centrado em desafios na concretização da universalidade, integralidade e equidade, que são os grandes objetivos da criação do SUS. Entre as 73 medidas e 165 metas do programa, encontra-se o eixo da promoção da saúde, em que consta a expansão das ações de planejamento familiar (BRASIL, 2008, 2010a).

Para exercer com propriedade sua cidadania, é necessário ter conhecimento sobre seus direitos e seu poder de escolha, é justamente neste ponto que você, profissional de enfermagem, entra com seu trabalho. Existem pontos básicos que você deve trabalhar com sua equipe e com a população para otimizar o programa de planejamento reprodutivo. Estar ciente do contexto histórico lhe proporcionará subsídios para um melhor cuidado e desenvolvimento de estratégias em prol da população.

2.3 A Enfermagem e a saúde reprodutiva e sexual

A enfermagem realiza importante papel na assistência ao planejamento reprodutivo, contribui profundamente para a educação em saúde, de forma a proporcionar às mulheres e aos seus parceiros informações necessárias para a tomada de decisão sobre o futuro reprodutivo. Considerando a idade do(a) usuário(a), sua família e seu contexto cultural, social, econômico e religioso, a enfermagem pode contribuir realizando ações que atendam as suas principais necessidades. Neste sentido, destaca-se a importância do aconselhamento e do planejamento reprodutivo, que orientam sobre como evitar a gravidez indesejada e sobre o controle dos riscos, e identificam comportamentos saudáveis que promovam o bem-estar da mulher e do seu possível filho. O aconselhamento auxilia as mulheres e seus parceiros a realizarem uma escolha livre e informada, com base nas informações recebidas e na discussão feita. Assim, a enfermeira pode aconselhar sobre planejamento familiar, orientar quanto aos métodos contraceptivos recomendados pelo Ministério da Saúde e que devem ser oferecidos no SUS.

Segundo Hatcher et al. (2001), durante o aconselhamento em planejamento reprodutivo devem ser seguidos seis princípios: tratar bem e com respeito cada usuário(a) e estabelecer uma relação de confiança; interagir, ouvir e entender o usuário(a), encorajando-o(a) a fazer perguntas; adaptar as informações de acordo com as necessidades de cada usuário(a) (ex: mulher mais jovem, solteira, mulheres de mais idade, com filhos); evitar a sobrecarga de informações; oferecer o método escolhido pelo(a) usuário(a); ajudar o(a) usuário(a) a entender as instruções de como usar o método escolhido. Estes princípios podem guiar o profissional de enfermagem na assistência em concepção e contracepção.

A prática dessas ações de forma individual e grupal deve ser a meta do profissional de enfermagem, de maneira a sobrepor as consultas voltadas à cura das doenças. Mulheres e homens têm direito de decidirem sobre sua vida reprodutiva, se querem ou não ter filhos, e de receberem informações adequadas para realizarem estas decisões. À enfermagem cabe atuar de forma a considerar e respeitar estes direitos, englobando em suas ações a participação de mulheres e homens de forma que estes possam exercer plenamente sua cidadania. A enfermeira deve estar disponível para o atendimento individual e grupal, sanando também as dúvidas que podem surgir futuramente.

A seguir, serão trabalhados os métodos contraceptivos, com intuito de oferecer subsídios para que você realize seu trabalho de orientação junto à população sobre o planejamento reprodutivo.

2.4. Métodos contraceptivos disponíveis

Estamos iniciando o último tópico desta unidade, aqui vamos tratar de um elemento muito importante no planejamento familiar, os métodos contraceptivos. Você conhecerá os métodos comportamentais, os métodos de barreira, os métodos hormonais e, para finalizar, os métodos definitivos. Estude cada opção com atenção, pois você precisará deste conhecimento para orientar adequadamente as famílias.

2.4.1. Métodos comportamentais

Os métodos comportamentais baseiam-se em sinais que ocorrem no organismo feminino durante o ciclo menstrual, identificando o período fértil e concentrando as relações sexuais fora deste período, se não há o desejo de ter filhos, e dentro deste período, caso queira.

A taxa de falha no primeiro ano é de 20%, o que cai para 0,5% a 9% para os casais já habituados ao método (BRASIL, 2002a).

Método Ogino-Knaus (ritmo, calendário ou tabelinha)

Este método baseia-se na observação do ciclo menstrual. Para sua utilização, a mulher deve ser orientada a anotar o primeiro dia do ciclo menstrual durante pelo menos 6 meses.

As anotações a serem realizadas são as seguintes:

- a) Anotar a duração do ciclo, ou seja, o número de dias entre o primeiro dia de menstruação até o dia que antecede a menstruação seguinte.
- b) Anotar qual foi o ciclo mais curto e o mais longo durante os seis meses de anotação/monitoramento.
- c) Calcular a diferença entre eles. Por exemplo, se o mais longo foi 34 dias e o mais curto foi 25 dias, a diferença entre eles é de 9 dias.

Como determinar a duração do período fértil?

Subtrair 18 dias do ciclo mais curto para obter o primeiro dia fértil do ciclo e subtrair 11 dias do ciclo mais longo.

De acordo com o exemplo dado acima:

Início do período fértil = $25 - 18 = 7^\circ$ dia

Fim do período fértil = $34 - 11 = 23^\circ$ dia

Isto quer dizer que o casal deve abster-se de relações sexuais do 7º ao 23º dia, se não for de sua vontade engravidar. Métodos anticoncepcionais de barreira podem ser usados neste período.

Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de até 9 dias, a mulher pode ser considerada como tendo o ciclo regular, situação mais favorável para este método. No entanto, se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 ou mais dias, a mulher não deve usar esse método.

Método da temperatura basal corporal

O método baseia-se nas alterações de temperatura basal do corpo da mulher, ou seja, da temperatura em repouso. Após a ovulação a temperatura corporal eleva-se alguns **décimos de graus centígrados** permanecendo neste estado até a próxima menstruação. A progesterona tem um efeito termogênico.

A mulher deve verificar a temperatura diariamente antes de levantar-se; o termômetro deve ser sempre o mesmo; a temperatura pode ser verificada por via oral, retal ou vaginal e uma vez eleita a via de verificação não devem ser mudadas as aferições seguintes. Este método também requer anotação/monitoramento de no mínimo 6 meses.

Se a via de escolha para verificação de temperatura for a oral, o termômetro deve ser colocado em baixo da língua e a boca deve manter-se fechada por 5 minutos; nas aferições retal e vaginal o termômetro deve permanecer no local por pelo menos 3 minutos.

Deve-se utilizar um papel quadriculado para anotação diária da temperatura, onde cada 0,5cm equivale a 0,1°C, os pontos devem ser ligados do primeiro ao último dia do ciclo, assim teremos o gráfico de temperatura individual. A mulher deve ser treinada a reconhecer o aumento de temperatura basal que persiste por 4 (quatro) dias, o que indica a mudança da fase ovulatória para a fase pós-ovulatória. Portanto, o período infértil começa na manhã do dia em que se verificar a quarta temperatura alta, acima da linha base.

Se o casal não deseja filhos, não deve manter relações sexuais do primeiro dia de menstruação até o quarto dia de temperatura alta, o aumento geralmente é de 0,2°C.

Método do muco cervical ou Billings

Este método baseia-se na observação do muco cervical da mulher, que muda suas características durante o ciclo menstrual, a saber:

- Na **fase pré-ovulatória**, a mulher está geralmente em uma fase seca onde o casal pode manter relações sexuais em dias alternados para que o sêmen não prejudique a observação do muco.
- Na **fase ovulatória** o muco cervical torna-se esbranquiçado, turvo e pegajoso e vai ficando cada dia mais claro e elástico, semelhante à clara de ovo. O último dia de sensação vulvar de umidade lubrificante chama-se ápice. O ápice indica que a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou irá ocorrer em aproximadamente 48 horas.
- A **fase pós-ovulatória**, ou período infértil inicia-se na quarta noite após o ápice, que precede aproximadamente duas semanas do primeiro dia da próxima menstruação.

Faz parte das orientações ao casal diferenciar as leucorreias e secreção seminal do muco vaginal. As anotações das características do muco devem ser anotadas diariamente juntamente com os dias de relações sexuais.

O **método do sinto-térmico** combina os métodos comportamentais vistos acima com a observação dos sinais e sintomas relacionados à ovulação como: dor abdominal, sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas, variações de humor e libido, enxaqueca, náuseas, acne, aumento do apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual.

As relações sexuais sem penetração e o coito interrompido são considerados métodos comportamentais, apesar de não serem recomendados como único método anticoncepcional, podem ser úteis no caso de não dispor de outro método quando não é possível evitar a relação sexual.



Palavra do profissional

Os métodos comportamentais requerem disciplina de quem os escolhe e do profissional envolvido na orientação. O casal deve ser treinado e avaliado quanto à qualidade das anotações, que são fundamentais para o sucesso do método.

Nenhum dos métodos comportamentais previne quanto a doenças sexualmente transmissíveis (DST).

2.4.2 Métodos de Barreira

São chamados métodos de barreira por impor obstáculos mecânicos ou químicos à ascensão dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos conhecidos são os preservativos, também chamados códon ou camisinha (feminina e masculina); o diafragma e os espermicidas químicos.

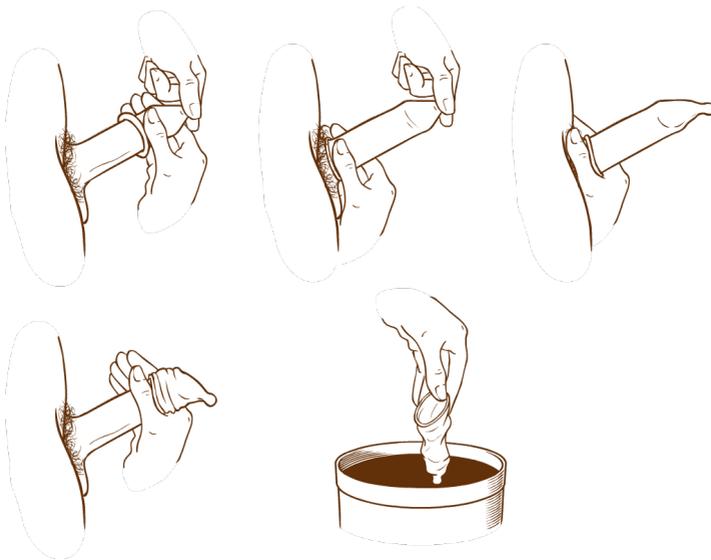
Muito conhecido por prevenir as DST, principalmente com o advento da AIDS, o **preservativo masculino** é um envoltório de látex que recobre o pênis durante a relação sexual impedindo que o sêmen entre em contato com a vagina. A taxa de falha do método varia de 3% a 14% de acordo com a utilização correta do método (BRASIL, 2002f).

Segundo **recomendações**, os usuários devem ser orientados aos cinco passos básicos do uso do preservativo masculino.

1. Usar um novo preservativo a cada relação sexual.
2. O preservativo deve ser colocado antes de qualquer contato físico na ponta do pênis ereto, com o lado enrolado para fora.
3. Desenrolar o preservativo até a base do pênis.
4. Imediatamente após a ejaculação segure a borda do preservativo no lugar e retire do pênis enquanto este ainda estiver ereto.
5. Jogue fora o preservativo de modo seguro, enrole em um papel ou em sua embalagem e jogue no lixo. Acompanhe na ilustração.

Organização Mundial da Saúde; Johns Hopkins; Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos, 2007.

Figura 1: Passos básicos de uso do preservativo masculino



Fonte: Brasil (2002)

O **preservativo feminino** é um tubo de poliuretano com uma das extremidades fechadas acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano, o produto já vem lubrificado e deve ser utilizada uma única vez. A taxa de falha do método nos primeiros 6 meses de uso é de 1,6% a 21% em uso habitual e de forma correta.

Os cinco passos básicos para o uso dos preservativos femininos são semelhantes ao masculino.

1. Use um preservativo novo a cada relação sexual.
2. Antes de qualquer contato físico coloque o preservativo na vagina.
3. Certifique-se de que o pênis entre no preservativo e permaneça dentro dele.
4. Depois da relação sexual, segure o anel externo do preservativo, torça-o para vedar os fluídos e suavemente puxe-o para fora.
5. Jogue fora o preservativo de modo seguro, enrole em um papel ou em sua embalagem e jogue no lixo. Acompanhe na ilustração.

Figura 2: Passos básicos de uso do preservativo feminino



Fonte: Brasil (2002a)

Diafragma

É um anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que quando colocado na vagina cobre o colo do útero e parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides. Para melhorar a eficácia do método, introduzir espermicida na parte côncava do diafragma antes de sua colocação.

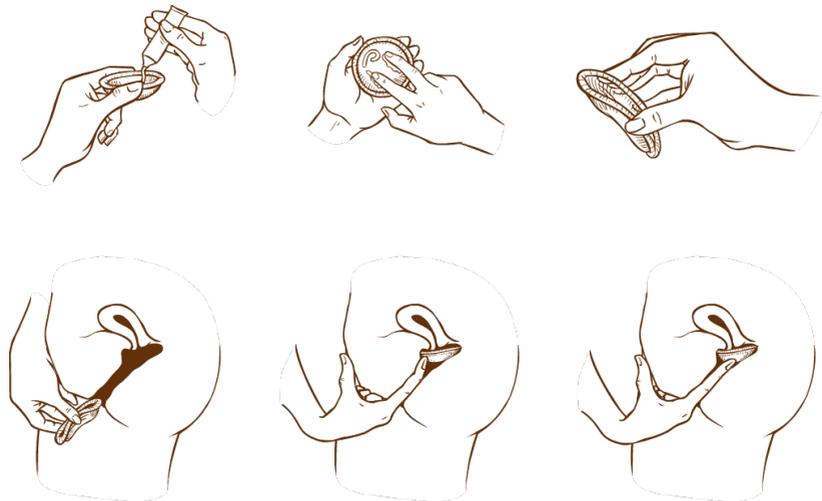
A taxa de falha, nos primeiros 12 meses de uso do método, varia de 2,1%, quando utilizado correta e consistentemente, a 20%, em uso habitual (BRASIL, 2002a).

Cada mulher deve manter seu diafragma em uso individual. É necessária a medição, por profissional treinado, para determinar o tamanho adequado para cada mulher. Além disso, a mulher deve ter conhecimento sobre o próprio corpo, pois na introdução do diafragma ela deverá sentir o colo uterino a fim de colocá-lo revestindo este.

As normas básicas para o uso do diafragma são:

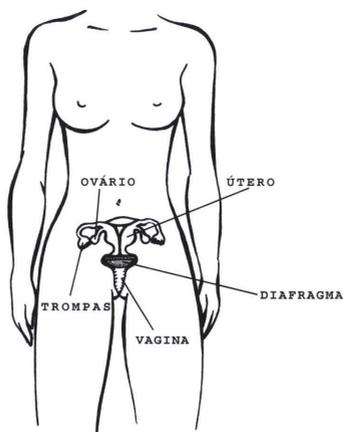
1. Olhe sempre o diafragma contra a luz, observando se existe algum micro furo antes de colocar o espermicida.
2. Pressione a borda para juntá-la; empurre-a para dentro da vagina.
3. Apalpe o diafragma para certificar-se de que ele cobre o cérvix.
4. Mantenha-o no lugar por pelo menos 6 (seis) horas após o sexo.
5. Para remover deslize um dedo por baixo da borda do diafragma e puxe-o para baixo e para fora. Acompanhe na ilustração.

Figura 3: Normas básicas para o uso do diafragma



Fonte: Brasil (2002a)

Figura 4: Posicionamento do diafragma



Fonte: Brasil (2002a)



Palavra do profissional

O diafragma pode ser utilizado continuamente, sendo retirado uma vez ao dia na hora do banho, contanto que, a última relação sexual tenha sido há seis horas. Não é aconselhável utilizar no período menstrual. Se não for utilizá-lo continuamente, retire-o, lave-o com água e sabão, seque-o e polvilhe-o com amido de milho; o uso de talcos pode causar danos ao diafragma, além da possibilidade de alergias.

2.4.3 Métodos hormonais

Dentre os métodos hormonais estão as pílulas anticoncepcionais combinadas (AOCs), as pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs), os injetáveis e os implantes de dispositivos intra uterino (DIU).

Os anticoncepcionais combinados (AOCs) são pílulas constituídas de baixas doses de progesterona e estrógeno, basicamente impedem a liberação do óvulo pelos ovários. Quando utilizada corretamente, ocorrem 3 (três) gestações dentre 1000 mulheres (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Praticamente quase todas as mulheres podem usar anticoncepcionais, com exceção de mulheres com mais de 35 anos e fumantes, hipertensas, diabéticas com dano arterial, que possuem problemas cardíacos, que sofreram acidente vascular cerebral, com câncer de mama, em amamentação exclusiva.

O uso da pílula pode ser iniciado em qualquer momento do ciclo menstrual, mas o ideal é que seja ingerida até cinco dias após o início da menstruação, caso não esteja neste período, as relações sexuais devem ser protegidas durante os primeiros sete dias de ingestão da pílula.

É importante você, como enfermeiro, orientar o uso das pílulas. Para tal, forneceremos algumas informações importantes, que são dúvidas frequentes entre as usuárias. São elas:

Em cartelas com 28 pílulas, as últimas sete são desprovidas de hormônio e a mulher deve iniciar a próxima cartela assim que termine a anterior; nas cartelas de 21 pílulas a mulher deve fazer uma pausa de 7 dias e então iniciar a cartela seguinte; quando a mulher deixar de tomar uma pílula por esquecimento ou impossibilidade, orientá-la a tomar assim que se lembrar, ela pode tomar as duas pílulas ao mesmo tempo, neste caso o risco de gravidez é mínimo



Saiba mais

Planejamento familiar – Um manual global para profissionais e serviços de saúde. Bem como no caso de esquecer-se de tomar duas ou mais pílulas, leia as orientações na página 15 do link abaixo: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9780978856304_por.pdf>

Para mulheres que estão amamentando exclusivamente, uma boa opção são as pílulas e injetáveis constituídos apenas de progesterona.

A **pílula anticoncepcional de emergência** só deve ser utilizada em casos de extrema necessidade e não rotineiramente. Quanto antes for ingerida, após a relação sexual desprotegida, melhor! Mas pode ser ingerida até 5 (cinco) dias após sexo desprotegido. Ao contrário do que algumas mulheres imaginam, este método não tem efeito abortivo, ou seja, não funciona para mulheres que já estão grávidas; sua ação é a de retardar a liberação do óvulo pelo ovário. Deve-se orientar um método contraceptivo imediatamente após a utilização da anticoncepção de emergência, pois ela não confere proteção contraceptiva.

Os injetáveis mensais contêm dois hormônios, assim como as pílulas combinadas. Sua eficácia é de 5 (cinco) mulheres grávidas para 10.000 mulheres (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007). As contraindicações são as mesmas das pílulas, já citadas anteriormente nesta unidade.

Os **anticoncepcionais injetáveis** podem ser utilizados em qualquer momento do ciclo menstrual, caso inicie 7 (sete) dias após a menstruação, não é necessário utilizar um método de apoio. É importante marcar no calendário o dia da próxima aplicação de 4 (quatro) em 4 (quatro) semanas ou de 3 (três) em 3 (três) meses. Em caso de retornar com atraso com mais de 7 dias, é necessário utilizar um método anticoncepcional de apoio.

Outro método que pode ser utilizado é o **anel combinado**, da mesma forma que os anteriores, a combinação é entre um progestógeno e um estrógeno. O anel é flexível para ser inserido na vagina permanecendo por três semanas, seguido de uma semana de descanso. Sua eficácia não está bem definida, mas ensaios clínicos sugerem que possa ser mais eficaz que os anticoncepcionais orais combinados (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Os **implantes** são pequenas cápsulas ou hastes plásticas que liberam progestógeno, são inseridos abaixo da pele por profissional devidamente treinado. Dependendo do tipo de implante, este tem ação entre 3 e 5 anos. Funciona espessando o muco cervical e impedindo a liberação de óvulos. Sua eficácia é de 5 (cinco) mulheres grávidas para cada 10.000 mulheres (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Se o implante for realizado entre 5 (cinco) e 7 (sete) dias após o início da menstruação, não é necessário utilizar outro método contraceptivo como precaução. Não existem riscos à saúde conhecidos, inclusive as mulheres fumantes podem utilizar. O uso em mulheres que tiveram câncer da mama deve ser evitado.

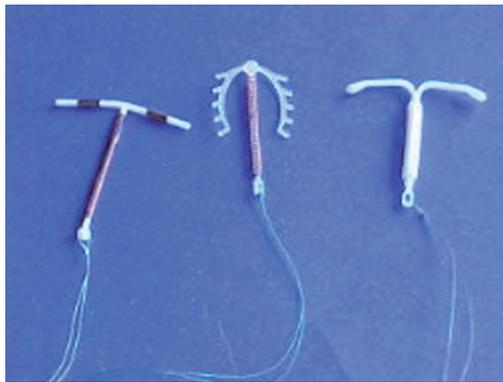
O **Dispositivo Intra Uterino (DIU) de cobre** demonstra ser muito eficaz na prevenção da gravidez, com ação por 12(doze) anos, uma em cada 100 mulheres ficam grávidas no primeiro ano de uso (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007). Este dispositivo consiste em uma pequena estrutura de plástico flexível em forma de T com um fio de cobre na haste vertical e tubinhos de cobre em cada haste horizontal, ele deve ser inserido por profissional treinado após minucioso exame ginecológico para descartar leucorreias e doença inflamatória pélvica. Este dispositivo provoca alterações químicas que danificam o espermatozoide e o óvulo antes que se encontrem.

A inserção do DIU pode ser efetuada até 12 (doze) dias após o início da última menstruação, sem a necessidade de outro método anticoncepcional de apoio. Deve-se ter certeza de que a mulher não está grávida no momento da inserção.

Outro **Dispositivo Intra Uterino (DIU) é a base de Levonorgestrel**, este dispositivo libera pequena quantidade de progesterona diariamente e age por 5 (cinco) anos. Sua eficácia é de uma mulher grávida a cada 100 no primeiro ano de uso (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007). Semelhante ao DIU de cobre, tem formato em T e é de plástico, funciona basicamente pela supressão do crescimento do endométrio. Os cuidados em sua inserção são os mesmos já citados anteriormente para o DIU de cobre.

A inserção do DIU pode ser efetuada até 7 (sete) dias após o início da última menstruação, sem a necessidade de outro método anticoncepcional de apoio.

Figura 5: Dispositivos Intra Uterinos (DIU)



Fonte: Brasil (2010a)

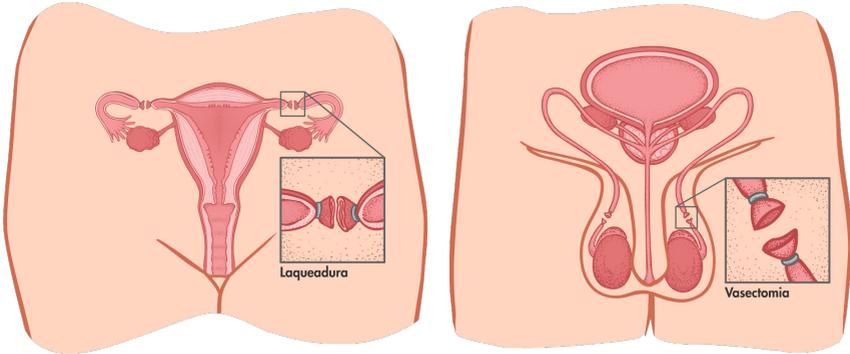
2.4.4 Métodos definitivos

Entre os métodos definitivos encontramos a esterilização feminina e masculina, que de modo geral não são possíveis de serem revertidos.

A **esterilização feminina** consiste no bloqueio da passagem do óvulo pelas trompas de falópio por meio do corte destas. Sua eficácia é de 1 mulher grávida a cada 100 no primeiro ano após o procedimento cirúrgico (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

A **vasectomia** é a contracepção permanente masculina, é realizada por meio de uma pequena incisão no escroto cortando os dois tubos por onde o esperma é transportado até o pênis (vaso deferente), desta forma, o sêmen é ejaculado, mas não contém espermatozoides. Após a análise do sêmen 3 (três) meses após a vasectomia, a chance de gravidez é menos de uma mulher em cada 100 no primeiro ano (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Figura 6: Laqueadura e Vasectomia



Fonte: Brasil (2010a)

Qualquer pessoa pode realizar estes dois procedimentos, desde que sejam aconselhados adequadamente. Geralmente, deve-se ter maior cautela com mulheres e homens jovens, que tem poucos filhos ou nenhum, que sofreram recentemente a perda de um filho, não casados, passando por problemas conjugais, ou que tenha um parceiro que se oponha à esterilização (OMS; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

O Ministério da Saúde, por meio da Lei n. 9. 263, de 12 de janeiro de 1996, dispõe que a esterilização voluntária será permitida nas seguintes situações:

homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores que 25 anos de idade ou, pelo menos, dois filhos vivos; e em mulheres com risco a sua vida ou saúde ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito por dois médicos. Será observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico.

2.5 Resumo

O planejamento reprodutivo está centrado em ações educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Essas ações são de fundamental importância para o sucesso de um bom planejamento reprodutivo com consciência individual de seus direitos reprodutivos. Você como enfermeiro deve ter domínio desses temas para melhor trabalhar para sua população, aprimorando a qualidade de vida dos cidadãos e a melhoria da qualidade reprodutiva e sexual do nosso país.

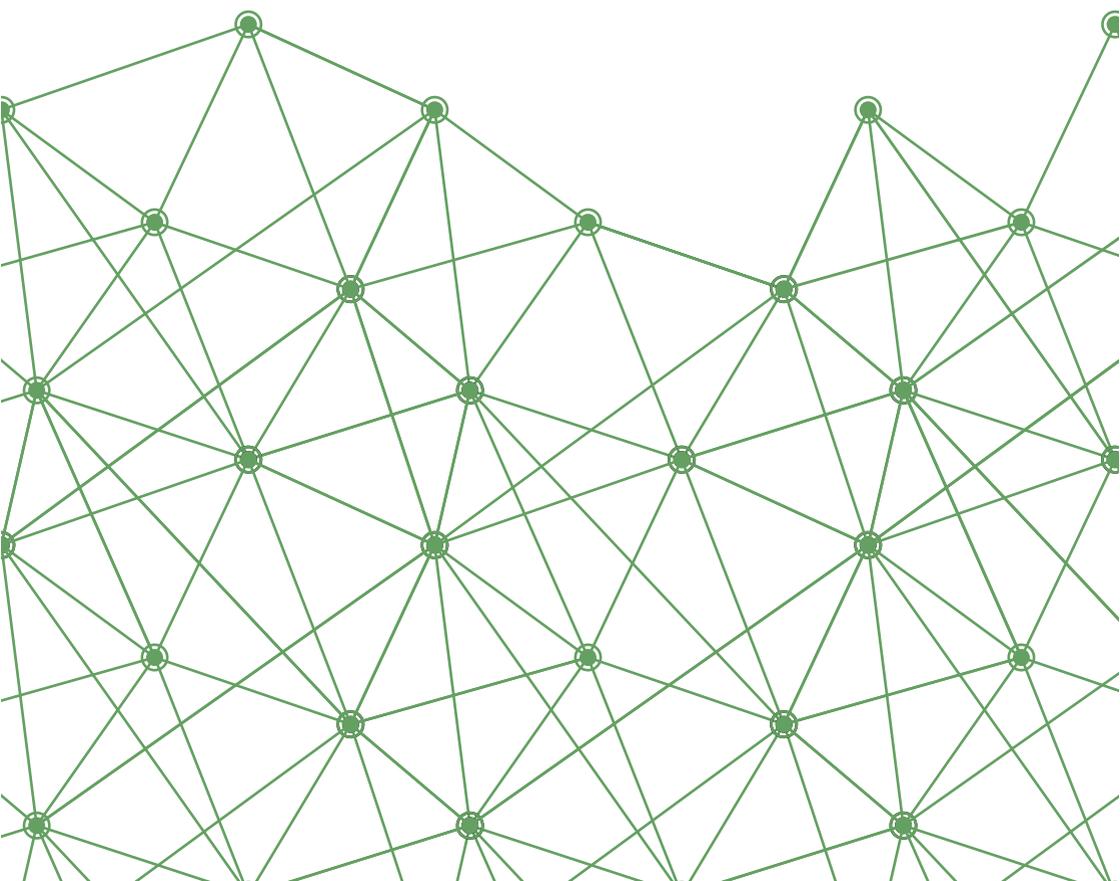
2.6 Fechamento

Tratamos nesta unidade sobre o planejamento reprodutivo, o que inclui os direitos sexuais. Empoderar-se destas questões leva o indivíduo a exercer sua cidadania. Existem vários métodos de escolha para que o cidadão decida ter ou não um filho. Você como enfermeiro tem a responsabilidade de disponibilizar as informações necessárias à população que atende, para que as escolhas realizadas pelos cidadãos sejam realmente um ato de cidadania consciente.

2.7 Recomendação de leitura complementar

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M. T. A. (ed.). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: UFLA, 2004. Disponível em: <<http://www.adolescencia.org.br/empower/website/pdf/dsdr.pdf>>.

UNIDADE 3



Unidade 3 – A consulta de enfermagem em saúde da criança

Nesta unidade, você terá como objetivo de aprendizagem ser capaz de identificar os objetivos e os pontos principais de uma consulta de enfermagem à criança e descrever as ações do enfermeiro na promoção da saúde à criança e a sua família na atenção primária em saúde, no contexto das redes de atenção à saúde.

3.1 Introdução

Nesta unidade, além de você identificar os pontos principais de uma consulta de enfermagem à criança na atenção primária, você verá aspectos do crescimento e do desenvolvimento da criança. Para tanto, é importante retomar a avaliação do exame físico da criança já descrito nos Módulos 7 e 8 do seu curso, bem como aspectos também apresentados nas unidades desse Módulo 9, como a imunização, os agravos prevalentes, entre outros.

Na atenção primária, é de extrema importância a consulta de enfermagem para o acompanhamento da saúde da criança, com vigilância do crescimento e desenvolvimento, prevenção de agravos, promoção e manutenção da saúde, de modo sistematizado, de caráter generalista, centrada no ciclo vital e no contexto da família, buscando contribuir para que a criança alcance todo o seu potencial (CAMPOS et al., 2011; RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009).

A prática assistencial da consulta de enfermagem foi legalizada pela Lei n. 7498/86, que regulamentou o exercício da Enfermagem. Estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro(a), assim como a Resolução n. 159 do Conselho Federal de Enfermagem descreve a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde (COFEN, 1993).

A consulta de enfermagem em puericultura para a avaliação da saúde da criança tem como objetivos (RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009):

- Prestar assistência sistematizada de enfermagem à criança e a sua família.
- Promover a interação com a criança e a família na perspectiva do estabelecimento de vínculo e respeito à autonomia do usuário.

- Conhecer a situação biopsicossocial, espiritual, econômica e sanitária da família da criança, relacionando com sua qualidade de vida e; intervir, quando necessário.
- Ampliar a cobertura de atendimento à criança e a sua família, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência.
- Monitorar o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.
- Orientar e apoiar a gestante e a puérpera quanto ao aleitamento materno e aos cuidados com a criança.

3.2 A Consulta de Enfermagem em Puericultura

Na atenção primária em saúde da criança, a assistência em puericultura volta-se para o acompanhamento periódico e sistematizado da criança para a vigilância da saúde em seu processo de crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, aleitamento materno e alimentação complementar saudável, prevenção de acidentes, atenção aos agravos prevalentes na infância e cuidados gerais com a criança no contexto da família.

Aqui, apresentamos de modo sucinto pontos importantes a serem garantidos nas consultas de enfermagem em puericultura:

1. **Levantamento de dados da criança, sua família e comunidade:**

- Anotar os dados de identificação: nome, data de nascimento, sexo, idade, registro de nascimento, nome da mãe, nome do pai, escolaridade, ocupação, profissão, procedência, endereço.
- Acompanhar o histórico perinatal: gestação, paridade, aborto, gravidez planejada/desejada ou não, realização de pré-natal, intercorrências, tipo de parto, local do parto, idade gestacional, uso de método contraceptivo e planejamento familiar, acompanhamento de saúde da mulher, primeiros cuidados com o bebê.
- Verificar histórico familiar e ambiente: presença/ausência de apoio familiar ou entorno, doenças na família, irmãos, presença/ausência do pai, condições de moradia, condições ambientais, situação socioeconômica, dificuldades e facilidades.



Compartilhando

Os dados podem ser coletados em mais de um encontro com a família, por meio de visitas domiciliares e nos atendimentos em consultas de enfermagem. A busca por informações deve ser flexível e o mais importante é estabelecer vínculo e boa interação com a família de modo compartilhado. Também podem ser utilizados os instrumentos genograma e ecomapa.

2. Avaliação e Intervenção na saúde da criança:

- Acompanhar o histórico atual: estado geral da criança, percepções da mãe/família/cuidador sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, situação alimentar, higiene, eliminações, sono e repouso, cuidados cotidianos e medidas caseiras com a criança, relacionamento familiar, vacinação, uso de medicações, entre outros.
- Realizar exame físico, antropometria, observação do desenvolvimento, avaliação e intervenção, se necessário.
- Orientações específicas para a continuidade dos cuidados com a saúde da criança e autonomia materna no domicílio, reforço sobre as necessidades e segurança da criança e sobre quando retornar ao serviço de saúde.

A avaliação e as intervenções em saúde da criança precisam ser continuamente atualizadas para que a consulta de enfermagem seja realizada de modo eficaz. Garantindo assim, um bom acolhimento da criança e da sua família; a realização de exame físico detalhado e a avaliação clínica pertinente, atentando para as enfermidades prevalentes na infância e os sinais precoces para detectar complicações; realizar educação em saúde, com promoção do desenvolvimento infantil, boas interações com a família e proteção aos direitos da criança. Também são muito importantes as anotações na caderneta de saúde da criança e o estímulo aos pais e cuidadores para utilizar as informações da caderneta e levá-la sempre em todos os serviços de saúde que a criança utilizar.

3.3 O Crescimento da Criança

Para relembrar o que é crescimento e desenvolvimento, vamos apresentar a seguir uma pequena revisão.

Crescimento é o aumento no número e no tamanho das células à medida que elas se dividem e sintetizam novas proteínas. Resulta em tamanho e peso aumentados da totalidade ou de qualquer uma das partes do corpo (MARCONDES, 2003).

Desenvolvimento é a alteração e a expansão gradual, o avanço a partir de estágios mais inferiores para os mais avançados de complexidade; capacidades emergentes e em expansão do indivíduo por meio do crescimento, da maturação e do aprendizado (MARCONDES, 2003). Trata-se de um processo dinâmico e contínuo, que ocorre desde a concepção até o final da vida. É um dos melhores indicadores da saúde da criança.

O crescimento e o desenvolvimento estão diretamente relacionados a medidas de proteção, como o planejamento familiar, a assistência adequada no pré-natal, parto e puerpério e; a medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2002a).

Alguns fatores interferem diretamente no processo de crescimento e desenvolvimento, como os fatores intrínsecos (genética, metabólicos e malformações) e os fatores extrínsecos (alimentação, infecções, higiene, habitação e os cuidados gerais com a criança).

A **curva de crescimento** é uma ferramenta utilizada para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. A interpretação dela mostra os sinais de alerta relacionados às alterações no crescimento da criança.

A avaliação básica do crescimento envolve a mensuração do peso e da estatura ou altura e a comparação dos resultados obtidos com as curvas de crescimento. Seu objetivo é determinar se a criança está crescendo “normalmente”. A mensuração, a plotagem e a interpretação correta dos dados obtidos são fundamentais para identificar problemas. Caso qualquer desvio seja diagnosticado, é necessária uma abordagem mais aprofundada para que se estabeleça sua causa.

Os novos gráficos mostram que o crescimento pode ser atingido com a alimentação e os cuidados de saúde recomendados. Tais gráficos podem ser utilizados em qualquer parte do mundo (BRASIL, 2010).

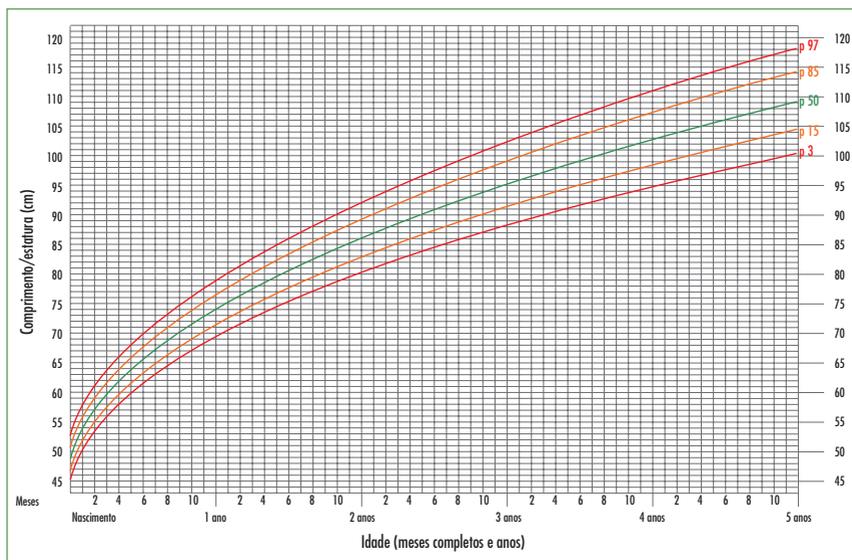


Saiba mais

As curvas de peso e altura são uma importante ferramenta de educação para a saúde para mostrar à família que se o peso acompanha o desenho, a criança está indo bem; se está paralelo ao eixo X, ela está em risco e; se está descendente, a criança está em processo de desnutrição. Assim, tanto a família quanto os profissionais têm uma visão longitudinal do crescimento e do desenvolvimento da criança (ZEFERINO et al., 2003; WHO, 2006). Child growth standards. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/training/en/>>.

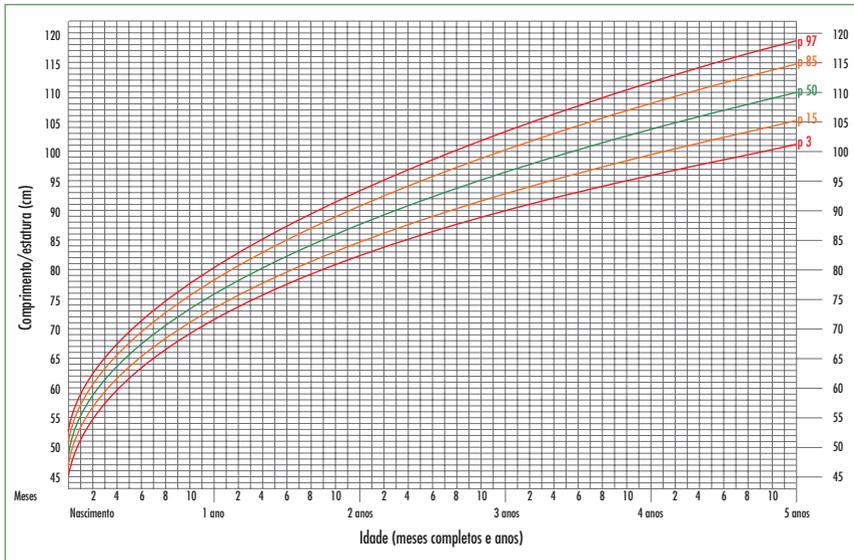
Os gráficos constam na Caderneta de Saúde da Criança e devem ser preenchidos corretamente pelos profissionais nas consultas de avaliação de crescimento e desenvolvimento.

Gráfico 1: Crescimento da Menina - Do nascimento aos 5 anos (percentis)



Fonte: WHO (2006)

Gráfico 2: Crescimento do Menino - Do nascimento aos 5 anos (percentis)



Fonte: WHO (2006)

Para a interpretação das curvas de crescimento no gráfico, temos que salientar:

1. **Estatura/altura para a idade:** a aferição da estatura/altura para a idade reflete o crescimento em comprimento ou a altura da criança de acordo com a idade em uma dada visita. Esse indicador pode ajudar a identificar as crianças que estão baixas devido à desnutrição prolongada ou a repetidos episódios de doença. Crianças que são altas para a sua idade também podem ser identificadas, mas uma altura elevada raramente é um problema, a menos que seja excessiva, podendo refletir desordens endócrinas incomuns.
2. **Peso para a idade:** reflete o peso corporal em relação à idade da criança em um determinado dia. O referido indicador é usado para avaliar se uma criança está com baixo ou muito baixo peso, mas não pode ser utilizado de forma isolada para classificar uma criança como estando com sobrepeso ou obesidade. É relativamente fácil medir o peso, logo, esse indicador é geralmente usado, mas não deve ser invocado em situações em que a idade da criança não pode ser determinada com exatidão. É importante notar também que uma criança pode ter baixo peso, quer por um baixo comprimento/estatura (nanismo), quer por magreza, ou por ambos. O peso como

índice de crescimento é um indicador nutricional que deve ser relacionado com outras variáveis: idade, sexo e altura.

3. **Peso para estatura/comprimento:** reflete a proporção do peso corporal para um dado crescimento em comprimento ou altura. Esse indicador é especialmente útil em situações nas quais a idade da criança é desconhecida. Os gráficos de peso para estatura/comprimento ajudam a identificar crianças com baixo peso para a altura, que podem estar desnutridas ou severamente desnutridas. A desnutrição é normalmente causada por uma doença aguda recente ou restrição alimentar que provoque uma severa perda de peso, embora desnutrição ou doenças crônicas também possam causar essa condição. Tais gráficos também ajudam a identificar crianças com elevado peso para estatura/comprimento que possam estar em risco de adquirirem sobrepeso ou de se tornarem obesas.
4. **Índice de massa corporal para a idade:** o Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade é um indicador especialmente útil para a triagem de sobrepeso e obesidade. Os gráficos de IMC para a idade e de peso para estatura/comprimento mostram resultados muito similares.

Lembre-se de que o **Peso** é o indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal. Pesos, ao nascer, menores que 2.500g podem ser decorrentes de prematuridade ou déficit de crescimento intrauterino. Recém-nascidos com menos de 2.500g são classificados genericamente como de baixo peso ao nascer.

Os bebês de baixo peso ao nascer podem ser bebês prematuros, assim classificados porque não completaram seu tempo normal de gestação e, portanto, de seu crescimento intrauterino, sendo chamados de bebês com peso adequado para a idade gestacional (AIG). No entanto, podem ser também bebês a termo (≥ 37 semanas), que não tiveram bom crescimento no útero, ou seja, apresentam retardo de crescimento, sendo chamados de pequenos para a idade gestacional (PIG). Pode ocorrer que bebês prematuros sejam também pequenos para a idade gestacional.

Outros bebês podem ser grandes para a sua idade gestacional (GIG), como ocorre com bebês filhos de mães diabéticas. O crescimento pós-natal é particularmente elevado até os 2 (dois) primeiros anos de vida, com declínio gradativo e pronunciado até os 5 (cinco) anos de idade. A partir do quinto ano, a velocidade de crescimento é praticamente constante, de 5 a 6 cm/ano, até o início do estirão da adolescência.

Também é importante ressaltar informações sobre o metabolismo, a temperatura, o sono, o repouso e o temperamento, fatores que contribuem para o entendimento e a avaliação da criança.

3.4 O Desenvolvimento da criança

Os estágios de desenvolvimento se definem pelos limites etários e pelas habilidades e competência do desenvolvimento. O desenvolvimento é codependente de diversos fatores.

No âmbito da promoção da saúde, é importante uma compreensão e análise do desenvolvimento da criança com foco em suas necessidades essenciais.

As necessidades essenciais das crianças (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002; VERÍSSIMO et al., 2009) são:

Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: está relacionada à presença do cuidador(a) da criança e ao modo de interação constante com ela, por meio de cuidados físicos, diálogo, olhares, toque, que constituem-se em bases fundamentais para suprir tais necessidades. Para que seja sustentador, deverá estar permeado de amor e atenção, contribuindo para o desenvolvimento da segurança emocional da criança.

Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação: visa garantir condições favoráveis para a manutenção da integridade física e fisiológica da criança, envolvendo cuidados que possibilitem a promoção e a manutenção de aspectos físicos e fisiológicos, alimentação, higiene, sono, abrigo, movimentação, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Bem como apoio à criação de hábitos saudáveis e proteção contra infecções e acidentes, contribuindo para a detecção precoce de agravos e seu adequado tratamento, juntamente com a regulamentação com base em legislação e outras medidas que protejam a criança frente a danos físicos, sociais e ambientais.

Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais: diz respeito ao oferecimento de um cuidado peculiar a cada criança, excluindo toda forma de expectativa padronizada, aceitando as diferenças de comportamento, habilidades físicas e sensoriais e as particularidades de cada criança como uma etapa importante de seu processo de desenvolvimento.

Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento: envolve ações voltadas ao estímulo e acréscimo de novas interações a um processo evolutivo das demandas individuais de cada criança, permitindo que esta adquira confiança em si e se sinta aceita, ouvida, cuidada e amada.

Necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas: refere-se à colocação de limites adequados; ao incentivo e ao reconhecimento de suas realizações, colaborando para que a criança possa desenvolver empatia e a capacidade de olhar o outro como um ser singular, possibilitando, assim, estabelecer objetivos por meio de cuidados afetivos, com segurança e vínculo.

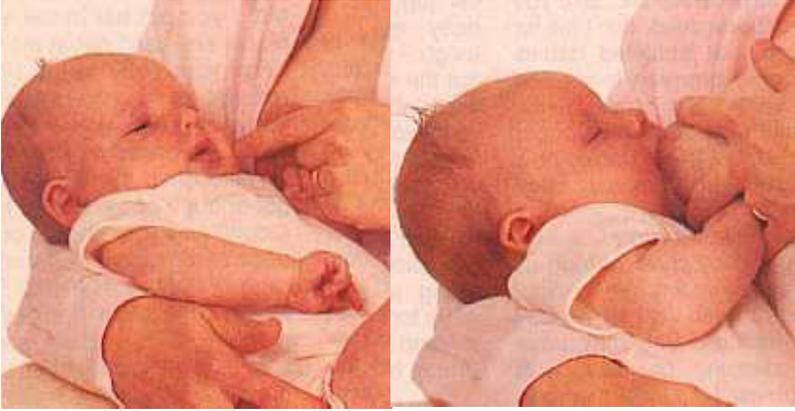
Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural: está ligada ao conceito de que comunidade e cultura são alicerces para o desenvolvimento da criança e da sua família, considerando os aspectos assistenciais, educacionais e de saúde em sua rede social, buscando condições saudáveis e confiantes, com troca entre a família. Os profissionais e a comunidade contribuem para a criança ir adquirindo o sentimento de pertença a sua família e a sua comunidade.

É importante ressaltar que além do gráfico de crescimento, a OMS selecionou seis marcos de desenvolvimento motor que crianças saudáveis devem atingir em uma faixa etária de 4 a 18 meses, são eles: sentar sem apoio, ficar em pé com apoio, engatinhar, andar com apoio, ficar em pé sem apoio e andar sem apoio. O enfermeiro deve saber reconhecer estes marcos para realizar uma correta avaliação do desenvolvimento da criança.

Outro ponto significativo que o profissional de enfermagem necessita saber é a avaliação dos reflexos, que demonstram a vitalidade do sistema nervoso da criança. A seguir, são apresentados alguns reflexos em figuras (WONG, 2011):

- **Reflexo de sucção e procura:** a estimulação se faz com um toque no rosto (região perioral) com o dedo. O comportamento compreende virar a cabeça em direção à fonte do estímulo com movimentos de sucção. A cessação ocorre por volta dos 6 (seis) aos 8 (oito) meses.

Figura 7: Reflexo de sucção e procura



Fonte: Lean Fontain Franco Home Page (2009)

- **Reflexo de Moro:** a estimulação se faz com outro estímulo, uma súbita mudança de equilíbrio e barulho estridente. O comportamento compreende estender os braços, pernas e dedos, curvar-se, jogar a cabeça para trás (é parecido como um abraço; também pode ser interpretado como a criança ter “levado um susto”). A cessação se dá por volta dos 6 (seis) meses.

Figura 8: Reflexo de Moro



Fonte: Cultura Mix (2001a)

Reflexo de preensão palmar: a estimulação se faz com cócegas na palma da mão. Agarra fortemente o dedo. A cessação se dá por volta dos 4 (quatro) meses.

O dedo do examinador ou objeto (um lápis, por exemplo) colocado na palma da mão do RN, faz flexão dos dedos e segura o objeto, podendo até ser levantado pelo examinador, sendo que a cabeça deve ficar na linha média.

Figura 9: Reflexo de preensão palmar



Fonte: Net Bebés (2012)

- **Reflexo de Babinski:** a estimulação se faz por meio de cócegas na planta do pé. Os artelhos se abrem em leque, o pé vira para dentro. A cessação se dá aproximadamente dos 6 aos 9 meses.

Figura 10: Reflexo de Babinski



Fonte: Zero Hora (2009)

- **Reflexo de marcha:** a estimulação se faz segurando a criança sob o braço, com os pés descalços, tocando uma superfície plana. Apresenta um caminhar coordenado. A cessação se dá por volta dos 3 (três) meses.

Figura 11: Reflexo de marcha



Fonte: Cultura Mix (2011b)

- **Reflexo de preensão plantar:** a estimulação se faz tocando a planta do pé, abaixo dos artelhos. Agarra fortemente com os artelhos. A cessação se dá por volta dos 4 (quatro) meses.

Figura 12: Reflexo de preensão plantar



Fonte: Revista Crescer (2006)



Palavra do profissional

É relevante considerar que à medida que a criança cresce, os parâmetros vão se aproximando dos referenciais dos adultos, tais como os valores dos sinais vitais e as habilidades adquiridas.

Toda a equipe de saúde deve estar preparada para o acompanhamento e a vigilância do crescimento e do desenvolvimento em busca da atenção integral à saúde da criança, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças com dificuldades para o seguimento, detectando e abordando adequadamente as alterações no processo de crescimento e desenvolvimento.



Saiba mais

A caderneta de saúde da criança é um documento importante para acompanhar a saúde da criança, disponibilizando para a família e os profissionais de saúde informações sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança (BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_crianca_2007.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2012).

O seguimento da criança deve ser feito visando estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação completa, prevenção de agravos e cuidado em tempo oportuno, lembrando que a abordagem deve ter como eixo a visão global da criança (BRASIL, 2011a).

3.5 Resumo

A consulta de enfermagem em puericultura volta-se para o acompanhamento periódico e sistematizado da criança para a vigilância da saúde em seu processo de crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, aleitamento materno e alimentação complementar saudável, prevenção de acidentes, atenção aos agravos prevalentes na infância e cuidados gerais com a criança no contexto da família.

Cabe ressaltar que a consulta de enfermagem permite que o profissional de enfermagem visualize a criança em seu contexto social, acolhendo-a de forma a estabelecer um vínculo com a família, em corresponsabilidade, avaliando de forma gradativa seu crescimento e desenvolvimento e contribuindo para a promoção de sua saúde.

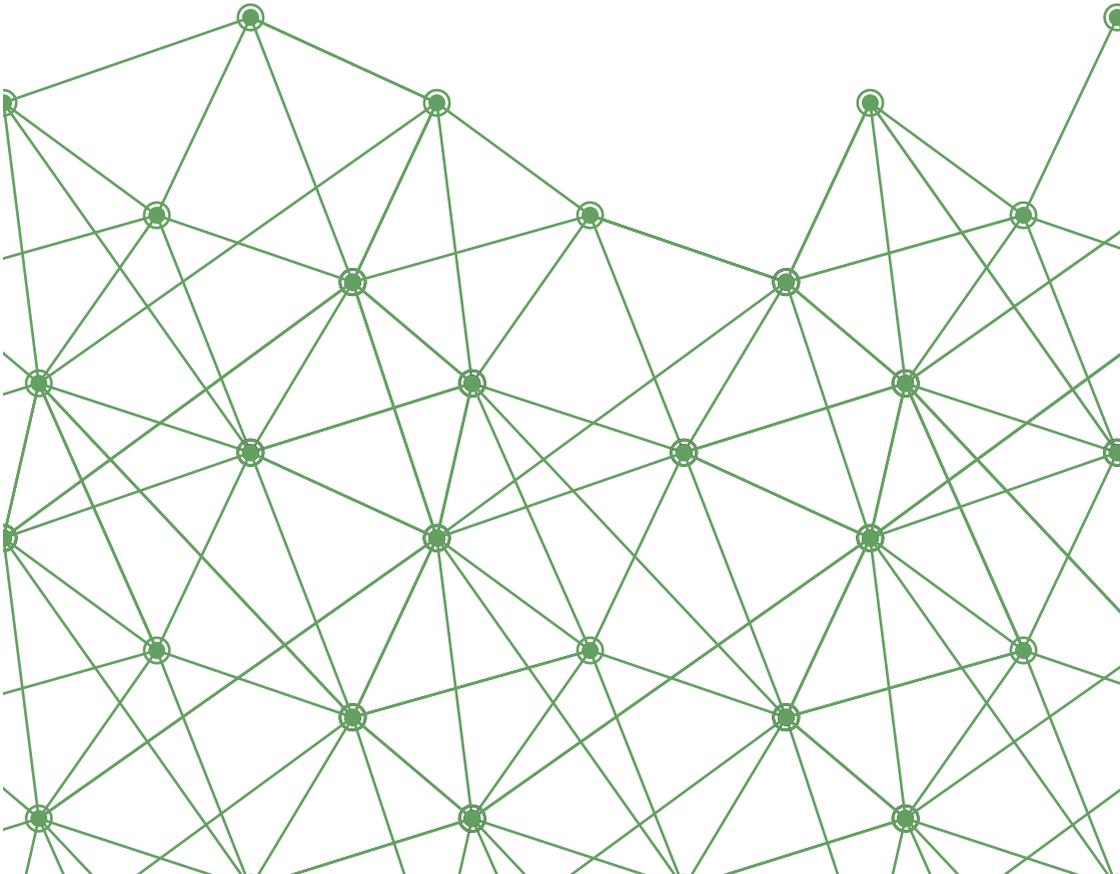
3.6 Fechamento

Nesta unidade de estudo, foi abordada a importância da consulta de enfermagem na saúde da criança, considerando a vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança na puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se de forma saudável.

3.7 Recomendação de leitura complementar

SOUZA, A. I. J. et al. **Saúde da criança**: enfermagem. Florianópolis: [s.n.], 2010. 128 p. Disponível em: <https://unasus.moodle.ufsc.br/file.php/37/EMFERMAGEM_2805/Impresso2805/Enfer_2805_Unidade1.pdf>.

UNIDADE 4



Unidade 4 – Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

Ao final dessa unidade, você deverá ser capaz de compreender a importância da manutenção do aleitamento materno pelo tempo (mínimo) recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro, bem como a introdução da alimentação complementar saudável na dieta da criança quando for necessário.

4.1 Introdução

No módulo anterior, você estudou sobre a importância do aleitamento materno e as ações de enfermagem a serem realizadas para o estabelecimento e a manutenção da lactação. Portanto, você já sabe que as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) são de que todos os bebês recebam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Depois disso, o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos até 2 anos ou mais. Mas, se por um lado, a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada é de extrema relevância para o desenvolvimento e o crescimento saudáveis da criança (BRASIL, 2009a).

Considerando o acompanhamento do puerpério e do crescimento e desenvolvimento da criança, nesta unidade você receberá informações para atuar junto às mulheres e aos seus filhos na manutenção do aleitamento materno pelo tempo recomendado e na orientação adequada para a transição alimentar da criança e alimentação complementar saudável.

4.2 A amamentação

O ato de amamentar vai além da nutrição da criança, pois é um processo que envolve o vínculo entre a mãe e o filho e tem repercussões no estado nutricional da criança, em seu sistema imunológico, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009a).

Você já sabe que, apesar de todos os comprovados benefícios do aleitamento materno, esta prática ainda está aquém do que é recomendado. O desmame precoce e a inadequada transição do desmame aumentam os índices de morbimortalidade infantil.



Saiba mais

Leia sobre as evidências científicas que comprovam a superioridade do aleitamento materno sobre os substitutos do leite humano - Saúde da criança – nutrição infantil. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>>

A Enfermagem tem um papel fundamental para a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável da criança e é por meio da identificação e da compreensão do processo de alimentação da criança, no contexto sociocultural e familiar, que pode prestar uma assistência ao binômio mãe e filho de forma eficaz, solidária, integral e contextualizada, respeitando a individualidade de cada mulher, ajudando esta a superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO; ARAÚJO, 2006; BRASIL, 2009a).

Neste sentido, é importante que a enfermeira conheça e utilize as definições de aleitamento materno recomendadas pela OMS nas suas ações relacionadas à amamentação e à alimentação infantil. De acordo com estas definições, o aleitamento é classificado em (WHO, 2007):

- **Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante:** quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e **fluidos rituais** (o MS, considera a possibilidade do uso de fluidos rituais dentro de um contexto intercultural) (BRASIL, 2009a).

O termo “**fluidos rituais**” é usado para definir poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos, considerando a possibilidade do uso com finalidade de cura dentro de um contexto intercultural e usado moderadamente.

- **Aleitamento materno:** quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado:** quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial:** quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

O oferecimento do leite materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê é suficiente para satisfazer todas as suas necessidades nutricionais e protegê-lo de doenças. Depois deste período é necessário introduzir alimentos complementares, pois o leite materno já não supre todas as necessidades da criança, mas deve ser ofertado até os dois anos de idade ou mais (SILVA; GUBERT, 2010).

Como já informado, os dois primeiros anos de vida são marcados pelo crescimento acelerado e pelo desenvolvimento, que inclui habilidades de mastigação e digestão de outros alimentos, além do leite materno. Portanto, a alimentação é de grande importância nessa fase, já que deficiências nutricionais ou condutas alimentares inadequadas podem prejudicar a saúde da criança e refletir no atraso escolar e no desenvolvimento de doenças crônicas (BRASIL, 2010b).

Ressalta-se que o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes após o primeiro ano de vida da criança e o MS endossa a recomendação de que as crianças sejam amamentadas preferencialmente por dois anos ou mais (BRASIL, 2009a). Os alimentos complementares devem ser oferecidos aos seis meses de vida da criança e não devem ser recomendados antes dos 4 meses de idade, devido aos malefícios que podem acarretar na saúde das crianças (BRASIL, 2009a).

Assim, o apoio dos serviços e profissionais de saúde é necessário não apenas para o início da amamentação, mas também para sua manutenção durante o período recomendado. O enfermeiro, assim como os demais profissionais de saúde, deve estar preparado para acompanhar o processo da amamentação, o crescimento e o desenvolvimento da criança, tanto em atendimentos individuais quanto em visitas domiciliares (BRASIL, 2009a).

A Unidade 5 do Módulo VIII fornece subsídios fundamentais para as ações de enfermagem que favoreçam o estabelecimento e a manutenção da lactação e auxiliem o binômio mãe e filho durante as intercorrências relacionadas ao aleitamento materno.

Os pais e as pessoas que participam do dia a dia das mulheres e das crianças também devem ser envolvidos neste processo, já que estas pessoas podem exercer grande influência na decisão da mulher de amamentar ou não. Com informação adequada e diálogo que permitam às avós, às amigas e aos parentes expor as suas experiências, crenças e sentimentos, elas podem contribuir para uma amamentação bem sucedida (BRASIL, 2009a).

Além disso, para contribuir com ações que favoreçam a manutenção da amamentação pelo tempo recomendado, o profissional de saúde deve conhecer as leis e outros instrumentos de proteção do aleitamento materno, que são fundamentais para a orientação das mulheres.

O profissional de enfermagem e os demais profissionais de saúde devem conhecer, divulgar e respeitar estes instrumentos, para que as mulheres sejam informadas e tenham seus direitos respeitados (BRASIL, 2009a). Alguns destes instrumentos são (BRASIL, 2009a):

- **Licença-maternidade** – Assegura a licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, que pode iniciar no primeiro dia do nono mês de gestação, de acordo com a Constituição Federal de 1988, Artigo 7º, inciso XVIII. Além disso, a Lei Federal n. 11.770/2008 cria o Programa Empresa Cidadã, que visa prorrogar para 180 dias a licença maternidade, mediante incentivo fiscal às empresas.
- **Direito à garantia no emprego** – A trabalhadora não pode ser dispensada de forma arbitrária ou sem justa causa durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Ato das disposições constitucionais transitórias – Artigo 10, Inciso II, Letra b).
- **Direito à creche** – Todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado para assistência aos seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais, mantidas diretamente ou mediante convênios com outras entidades públicas ou privadas, de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho, Artigo 389, parágrafos 1º e 2º.

- **Pausas para amamentar** – Durante a jornada de trabalho, a mulher tem direito a dois descansos, de meia hora cada um, para amamentar seu filho, até que ele complete seis meses de idade. Sendo que este prazo pode ser aumentado se a saúde do filho exigir e a critério da autoridade competente, conforme descrito na Consolidação das Leis do Trabalho, Artigo 396, parágrafo único.
- **Alojamento Conjunto** – a Portaria MS/GM n. 1.016/2003 obriga hospitais e maternidades vinculados ao SUS, próprios e conveniados, a implantarem alojamento conjunto.

Segundo a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL – a Portaria MS/GM n. 2.051/2001, as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC n. 221/2002 e RDC n. 222/2002 e a Lei n. 11.265/2006, que regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (até os 3 anos de idade) e produtos de puericultura correlatos.

Esta regulamentação proíbe as propagandas de fórmulas lácteas infantis; proíbe o uso de termos que lembrem o leite materno em rótulos de alimentos para bebês. Torna obrigatório que as embalagens dos leites destinados às crianças tragam inscrição advertindo que o produto deve ser incluído na alimentação de menores de um ano apenas com indicação médica e; proíbe doações de mamadeiras, bicos e chupetas ou a sua venda em serviços públicos de saúde, exceto em casos de necessidade individual ou coletiva.



Saiba mais

Leia sobre a legislação que, direta ou indiretamente, protege e contribui para o aleitamento materno. Saúde da criança – nutrição infantil – Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/legislacao/index.php>>.

Sabemos que a amamentação é influenciada por inúmeros fatores, que levam a mulher a amamentar até que a criança abandone este processo espontaneamente ou a interromper a amamentação em um determinado momento (BRASIL, 2009a). Você já sabe que deve utilizar as habilidades de aconselhamento para auxiliar o binômio mãe e filho neste processo, ouvindo e respeitando o contexto da família e oferecendo ajuda prática e apoio, de forma a ajudar a mulher a tomar a melhor decisão.

4.3 A alimentação complementar saudável

Vimos na primeira parte desta unidade que a alimentação saudável de uma criança inicia-se com o aleitamento materno, sendo este considerado o melhor começo da vida. Isto porque além de todas as vantagens evidenciadas, o leite materno é capaz de suprir integralmente as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses de vida. Entretanto, vimos também que após este período, é recomendada sua complementação com outros alimentos, nutricionalmente adequados e seguros, para satisfazer a evolução de suas necessidades nutricionais.

Diante desta recomendação faz-se necessário buscar respostas às seguintes questões:

Em que consiste a alimentação complementar e os alimentos complementares?

Quais as desvantagens da alimentação complementar precoce ou tardia?

Quais as características da alimentação complementar adequada?

Quais são as recomendações atuais para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno?

Acreditamos que o estabelecimento de práticas alimentares saudáveis requer a busca de respostas para estas questões. Assim sendo, abordaremos a seguir estes assuntos.

O que é alimentação complementar e alimento complementar?

A alimentação complementar é definida como: a alimentação (alimentos ou líquidos) fornecida à criança além do leite materno. Estes alimentos ou líquidos são designados de alimentos complementares, já que são adicionais ou complementares à amamentação, mas considerados não apropriados como única fonte de alimentação (WHO; UNICEF, 1998). Estas terminologias são utilizadas para dar ênfase à ideia de que estes alimentos complementam o leite materno, mas não o substituem. Programas nacionais e internacionais direcionados para este tipo de alimentação defendem a continuidade da amamentação (WHO; UNICEF, 1998; BRASIL, 2003a; 2005b).

Vejamos no quadro a seguir os pontos-chave e a importância da continuidade da amamentação após os seis meses de idade da criança:

Quadro 1: Pontos importantes da amamentação após o sexto mês de idade

<ul style="list-style-type: none">• Dos seis aos doze meses, o leite materno continua fornecendo mais da metade das necessidades nutricionais da criança, e dos doze aos vinte e quatro meses, no mínimo um terço destas necessidades; também continua fornecendo não só nutrição, mas também proteção a várias doenças, além do contato físico, contribuindo para o desenvolvimento psicológico da criança (WHO, 2004).
<ul style="list-style-type: none">• O leite materno é um alimento de alta qualidade. O leite materno é um alimento nutricionalmente e energeticamente rico e facilmente digerido. O leite materno contém fatores que ajudam na própria absorção de nutrientes.
<ul style="list-style-type: none">• Bebês que continuam sendo amamentados não terão fome. Bebês que mamam no peito regulam seu próprio consumo de alimento; quando eles estão com fome eles procuram o peito, choram para serem amamentados. Quando a amamentação não restrita continua juntamente com a introdução de novos alimentos, os bebês continuam controlando quanto devem comer. Se eles não gostam de uma comida específica, ou se o alimento é oferecido de uma forma insuficiente, eles podem tomar mais leite materno.
<ul style="list-style-type: none">• O leite materno contém fatores de proteção. Os fatores anti-infecciosos do leite materno protegem a criança de várias doenças e reduzem a severidade quando estas acontecem. Esta proteção continua a ser útil depois dos seis meses porque a alimentação com outras comidas e bebidas pode expor bebês maiores a mais infecções e patologias decorrentes da alimentação numa época em que o próprio sistema imunológico da criança está ainda em maturação. Algumas proteções continuam mesmo que a amamentação diminua para poucas mamadas por dia.
<ul style="list-style-type: none">• Amamentação ajuda na recuperação de doenças. Bebês doentes frequentemente não sentem vontade de comer, mas eles geralmente querem mamar. Dessa forma, as mães podem responder, na ocorrência de doenças, confortando e alimentando com o leite materno. Fatores de crescimento do leite materno ajudam a recuperar rapidamente os intestinos depois da diarreia (em caso de bebês amamentados estarem tão doentes que não queiram mamar, eles precisam ser levados imediatamente a uma unidade local de saúde).• O vínculo afetivo entre mãe e bebê continua. Amamentação propicia um envolvimento emocional para mães e bebês que é valioso e prazeroso. Este processo, através da amamentação continuada, se estende depois dos seis meses e trará benefícios para ambos por toda a vida.

Fonte: WHO e UNICEF (1998) e Brasil (2003a, 2005b)

A promoção da alimentação complementar dentro desse contexto foi no Brasil a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) a CGAN - Coord. Geral de Alimentação e Nutrição.

Como regra geral, os alimentos complementares podem ser especificamente preparados para a criança (denominados de alimentos transicionais) ou podem ser os alimentos preparados para consumo da família, adaptados para atender às necessidades da criança de acordo com seu estágio de desenvolvimento (sem designação específica).

Em relação à utilização de outros termos referentes à alimentação infantil, Monte e Giugliani (2004, p. 32) advertem sobre a não recomendação da utilização dos termos “alimentos de desmame” e “alimentação suplementar” “[...] como sinônimos de alimentação complementar, pois sua utilização é errônea [...]”, pois podem passar a ideia de que os alimentos são introduzidos em substituição ao leite materno provocando o desmame ao invés de complementar.



Palavra do profissional

No Brasil, foi criada a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que visa fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação complementar no Sistema Único de Saúde – SUS. Ela propõe o incentivo à orientação alimentar para crianças menores de dois anos como atividade de rotina nos serviços de saúde, contribuindo assim para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância.



Saiba mais

Essa estratégia insere-se num dos eixos estratégicos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e sustenta-se no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Maiores detalhes dessa estratégia você pode obter acessando o link abaixo.

<<http://nutricao.saude.gov.br/sistemas/Enpacs/?enpacs=sobreEnpacsOQueE>>

4.3.1 Alimentação complementar: quando e como introduzir

Todos nós assistimos, nos últimos anos, inquestionavelmente, os grandes movimentos e esforços empreendidos por organismos governamentais, não governamentais e sociedade civil, no sentido de resgatar a cultura da amamentação visando adotar a recomendação mundial, o que tem contribuído para a melhoria do processo de viver humano de crianças (WHAR, 2001).

Entretanto, ao completar seis meses, ou até mesmo antes, quando os bebês começam a receber alimentação complementar, isto nem sempre é feito de maneira adequada, trazendo consequências a sua sobrevivência, ao seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Por isso, faz-se necessário instrumentalizar os profissionais da área da saúde, e em especial os da enfermagem, pois estes mantêm contato com os responsáveis por prover a alimentação e os cuidados necessários e adequados às crianças. Estas ações requerem conhecimentos atualizados e habilidades, cujo ponto de partida tem como desafio responder a seguinte questão:

Quando e como introduzir a alimentação complementar? Em relação ao quando, parece-nos que já está claro, ou seja, a partir do sexto mês. Mas, quais as desvantagens de sua introdução precoce (antes dos seis meses) ou tardia (após os seis meses)? Vejamos a seguir.

- **Desvantagens da alimentação complementar precoce ou tardia.**

Como resultado de vários estudos realizados em diferentes países do mundo, hoje se sabe que introduzir precocemente alimentos complementares, além de desnecessário, contribui para o aumento da morbimortalidade infantil. Pois é verificado que de um lado a ingestão de fatores de proteção presentes no leite materno é diminuída, e do outro, o fato de que os alimentos complementares se constituem em importante fonte de contaminação entre as crianças (DEWEY et al., 2001).

Sob o ponto de vista nutricional, é importante também considerar que a introdução precoce dos alimentos complementares compete com o aleitamento materno, diminuindo sua duração e frequência, e com isso trazendo consequências na absorção de nutrientes importantes como ferro e zinco, bem como interferindo na eficácia do método LAM - Método da Amenorreia Lactacional e, por consequência, no espaçamento intergestacional (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Além destes aspectos, devemos considerar os estudos que evidenciam a associação da introdução dos alimentos complementares antes do 6º mês com a ocorrência de patologias atópicas como a asma e o diabetes mellitus tipo I, pela exposição da criança às proteínas diferentes das encontradas no leite humano (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A introdução precoce de alimentos complementares pode:

- Competir com o aleitamento materno diminuindo sua frequência e duração.
- Resultar numa dieta com déficit de nutrientes.
- Aumentar o risco de doenças.
- Reduzir a produção de anticorpos.
- Dificultar a ingestão de alimentos.
- Provocar transtornos pela utilização de alimentos com higiene precária.
- Aumentar o risco de gravidez.

Do mesmo modo, se a alimentação complementar é introduzida tardiamente (mais de seis meses) é considerada inadequada, pois a criança deixa de receber as fontes extras de alimentos para suprir suas necessidades de crescimento. Desta forma, ela cresce e se desenvolve mais lentamente e aumenta o risco de *déficit* de micronutrientes que previnem a desnutrição, podendo ocasionar anemias e carência de ferro.

Quanto ao “como”, cabe ressaltar inicialmente as condições necessárias estabelecidas para uma alimentação adequada preconizadas na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (OMS, 2003).

Quadro 2: Condições necessárias para a alimentação complementar adequada

Os alimentos complementares devem ser:

Oportunos - Deverão ser introduzidos quando a demanda de energia e nutrientes exceder aquela que pode ser fornecida por meio da amamentação exclusiva e frequente.

Adequados - Devem fornecer energia, proteínas e micronutrientes suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais da criança em fase de crescimento.

Seguros - Devem ser conservados e preparados de forma higiênica; fornecidos à criança com mãos limpas e utilizando utensílios limpos e não mamadeiras e bicos.

Consumidos de forma apropriada - A alimentação deve ser fornecida conforme os sinais de apetite e saciedade da criança e; a frequência das refeições e o método de alimentação utilizado devem ser adequados à idade - encoraje ativamente a criança, mesmo quando ela estiver doente, a consumir alimentos suficientes usando os dedos ou a colher e também a alimentar-se sozinha.

Fonte: OMS (2003)

Portanto, a alimentação complementar deve ser adequada, segura, introduzida no instante certo e administrada com cuidado e responsabilidade.

4.3.2. Características da alimentação complementar adequada

A alimentação complementar adequada inclui alimentos ricos em energia e micronutrientes, isentos de contaminação (seja por microrganismos patogênicos, toxinas ou por produtos químicos nocivos à saúde), com pouca quantidade de sal ou condimentos. Que seja de fácil consumo e tenha boa aceitação pela criança, em quantidade e qualidade apropriadas, fáceis de preparar a partir dos hábitos alimentares da família e economicamente viáveis para esta.

A alimentação complementar deve ser dada, aos seis meses três vezes ao dia, do sétimo ao décimo primeiro, quatro vezes ao dia (duas salgadas e duas de frutas), e a partir dos 12 meses de idade, 5 vezes ao dia. Crianças entre 12 e 24 meses devem receber 3 refeições e mais 2 lanches nutritivos, além do leite materno. A partir dos 2 anos, a criança deve compartilhar da dieta da família e necessita de 3 refeições e dois lanches por dia. (BRASIL, 2010d).

Os alimentos deverão ser variados e coloridos, como folhas verde-escuras, frutas e legumes alaranjados e vermelhos. Em vez de triturar alimentos no liquidificador, deverão ser amassados com o garfo. As frutas a serem oferecidas deverão ser frescas e os sucos, naturais.

É importante dar à criança um alimento de cada vez, para ela ir se acostumando com o alimento e para a mãe poder identificar se algum dos alimentos está provocando alergia ou algum desconforto abdominal na criança.

Os vegetais devem ser bem cozidos com pouco líquido, de preferência com caldo de carne de boi ou galinha. O organismo da criança aproveita melhor a vitamina A quando é colocado um pouco de óleo na sua papa.

A criança já pode comer gema de ovo, mas sem a clara. Vejamos os principais grupos de alimentos no quadro abaixo.

Quadro 3: Grupos de alimentos

<p style="text-align: center;">CEREAIS E TUBÉRCULOS</p> <p>São alimentos ricos em carboidratos, os principais fornecedores de energia.</p> <p>Devem ser a base das refeições. Exemplos: arroz, batata-doce, macarrão, batata cará, farinhas, batata baroa e inhame.</p>	<p style="text-align: center;">ALIMENTOS DE ORIGEM ANIMAL</p> <p>São fontes de proteína e fornecem ferro de alta biodisponibilidade, por isso previnem anemia.</p> <p>Exemplos: Frango, boi, codorna, peixe, vísceras (miúdos), ovo *, entre outros.</p> <p>*Até os 10 meses oferecer apenas a gema cozida, pois a clara tem alto poder alergênico.</p>
<p style="text-align: center;">HORTALIÇAS E FRUTAS</p> <p>Principais fontes de vitaminas, minerais e fibras, que tem como papel regular as funções do organismo.</p> <p>Exemplos: Folhas verdes, banana, abacate, mamão, laranja, beterraba, quiabo, cenoura, melancia, tomate e manga.</p>	<p style="text-align: center;">GRÃOS</p> <p>São ricos em proteínas e quando combinados com cereal, como o arroz, e com um alimento rico em vitamina C, como a laranja, têm os valores proteico e de ferro comparáveis aos das carnes.</p> <p>Exemplos: Feijões, lentilha, soja, ervilha, grão-de-bico, entre outros.</p>

Fonte: Brasil (2010d)

4.3.3 Recomendações atuais para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno

As autoridades internacionais e nacionais, profundamente preocupadas com o grande número de lactentes e crianças de primeira infância que são alimentadas de maneira inadequada, dão passos importantes endossando dois documentos-chave que apontam mudanças significativas nas recomendações sobre a nutrição desta população específica. Promovendo uma melhoria no comprometimento nutricional, para o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e a sobrevivência do bebê e da criança.

O primeiro dos documentos, intitulado **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**, de âmbito mundial (OMS, 2003), e o segundo, intitulado **Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**, de âmbito nacional, abrigam recomendações importantes e atuais à luz de evidências científicas (BRASIL, 2010b). Ambos os documentos devem ser do conhecimento de todos os profissionais que prestam cuidados a lactentes e a crianças de primeira infância. Veja no quadro abaixo os dez passos do segundo documento-chave.

Quadro 4: Dez passos para uma amamentação saudável

Passo 1

Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2

Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3

Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

Passo 4

A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

Passo 5

A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6

Oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7

Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8

Evitar o consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9

Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir seu armazenamento e sua conservação adequadamente.

Passo 10

Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando a sua aceitação.

Fonte: Brasil (2010d)



Saiba mais

Veja os detalhes no documento Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica, disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/enpacs_10passos.pdf>

4.3.4 Alimentação: Cuidados e manuseio

Outros pontos importantes a serem observados e principalmente aplicados dizem respeito aos cuidados com armazenamento e manuseio no preparo de cada alimentação, por isso, apresentamos alguns pontos a serem observados quanto aos cuidados com os alimentos e os líquidos:

Ponto 1: Mãos limpas – Adquirir o hábito de lavar sempre suas mãos:

- Depois de usar o banheiro.
- Após a assepsia (limpeza) das nádegas do bebê, da genitália e das áreas que estejam sujas com fezes, entre outras.
- Sempre que tocar/despejar as fezes do bebê.
- Após manipular alimentos que podem estar contaminados (por exemplo, carne crua e produtos de origem animal/vegetal) e depois de ter contato com qualquer tipo de animal.
- Evite secar as mãos em panos (de cozinha) ou toalhas sujas.
- Antes de preparar ou servir a comida.
- Antes de cada refeição e ao alimentar as crianças.

Recomendamos ainda que:

Lave suas mãos cuidadosamente com sabão, com muita água corrente, esfregando a parte frontal e dorsal das mãos (palma e dorso), entre os dedos e embaixo das unhas.

Deixe as mãos secarem com o ar ou seque-as com um toalha/pano de cozinha limpo e seco. Não é recomendado secá-las em sua roupa ou em toalha compartilhada.

Figura 13: Higienização das mãos

Molhe as mãos



Aplique sabão



Esfregue as mãos juntas e limpe as unhas



Enxágue bem



Seque as mãos



Ponto 2: Utensílios limpos

- Manter sempre limpos, tanto os utensílios domésticos como as superfícies onde são preparados os alimentos.
- Ter uma mesa ou toalha limpa para que possa limpar cada vez que utilize os utensílios.
- Lavar e enxaguar os utensílios (copo, colher, entre outros) com água limpa (filtrada ou fervida) que vão ser utilizados para preparar e oferecer os alimentos à criança. Se for possível, utilize uma escova suave para limpar integralmente os utensílios.
- Até que sejam utilizados, mantenha os utensílios cobertos para evitar os insetos e o pó.

- Usar copinho limpo para dar qualquer bebida ao bebê.
- Usar uma colher limpa para alimentar o bebê com alimentos complementares. Se um cuidador deseja experimentar em sua boca a comida do bebê para provar a temperatura ou gosto, deverá utilizar uma colher diferente da do bebê.

Ponto 3: Água e alimentos seguros são especialmente importantes para os bebês

- Ferver a água até o ponto de ebulição antes de usá-la. Assim, destruirá os microrganismos prejudiciais (O ponto de ebulição é alcançado quando a superfície da água se move com força. Deve “borbulhar” só por um ou dois segundos).
- Colocar a água fervida em um recipiente limpo e tampado que permita o esfriamento. O melhor tipo de recipiente é o que conta com um bico estreito e uma tampa por onde verter a água (chaleira e bule). Isto impede que xícaras ou mãos possam ser introduzidas dentro da água, tornando-a insegura. Se a água tiver sido armazenada durante mais de um dia, volte a fervê-la antes de usar.

Ponto 4: Armazenamento seguro

Armazenar os alimentos em um lugar seguro/arejado é também importante:

- Deve-se armazenar os alimentos bem tampados, para evitar que neles penetrem insetos ou sujeira.
- O alimento pode ser armazenado por mais tempo quando está seco (açúcar, pão e bolachas) - do que quando é líquido ou semilíquido.
- Também é possível conservar as frutas e os vegetais frescos durante vários dias se estiverem tampados, em especial se tiverem uma casca grossa como a banana.
- Observação: Se a família não tiver refrigerador ou este não apresentar condições de temperatura adequada, os alimentos da criança devem ser preparados próximos ao horário de cada refeição.

PONTOS-CHAVE DOS CUIDADOS HIGIÊNICOS NO PREPARO, MANUSEIO E ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS:

- A água oferecida ao bebê deve ser tratada, filtrada ou fervida, bem como a água utilizada para limpar os alimentos e os utensílios envolvidos na alimentação da criança. Lavar bem as hortaliças e frutas, mesmo quando forem ser consumidas sem casca.
 - Lavar bem as mãos com água corrente e sabão antes de preparar e de fornecer alimentação para a criança. Os alimentos devem ser oferecidos em recipientes limpos.
 - Preparar somente a quantidade que a criança come. Não oferecer à criança sobras de alimentos da refeição anterior.
 - Manter os alimentos sempre cobertos.
-

Ao finalizarmos esta Unidade, gostaríamos de deixar claro que não tivemos a pretensão de esgotar todo o saber existente acerca dos temas aleitamento materno e alimentação complementar, uma vez que ambos são amplos e complexos. Procuramos trazer a tona elementos essenciais que pudessem servir de referência para a prática profissional inserida em seus diferentes contextos.

4.4. Resumo

A manutenção do aleitamento materno pelo tempo recomendado é tão importante para a saúde da criança quanto a introdução da dieta de alimentos seguros, acessíveis, em época oportuna e de forma adequada.

O aleitamento materno e a alimentação complementar são de extrema relevância para o desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança.

A Enfermagem tem um papel fundamental para a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável, pois por meio da identificação e compreensão do processo de alimentação da criança no contexto sociocultural e familiar, o profissional de enfermagem pode prestar uma assistência ao binômio mãe e filho de forma eficaz, solidária, integral e contextualizada.

4.5. Fechamento

Esta Unidade apresentou subsídios para a compreensão da importância da manutenção do aleitamento materno pelo tempo recomendado e da introdução da alimentação complementar saudável na dieta da criança, quando necessário e de forma apropriada.

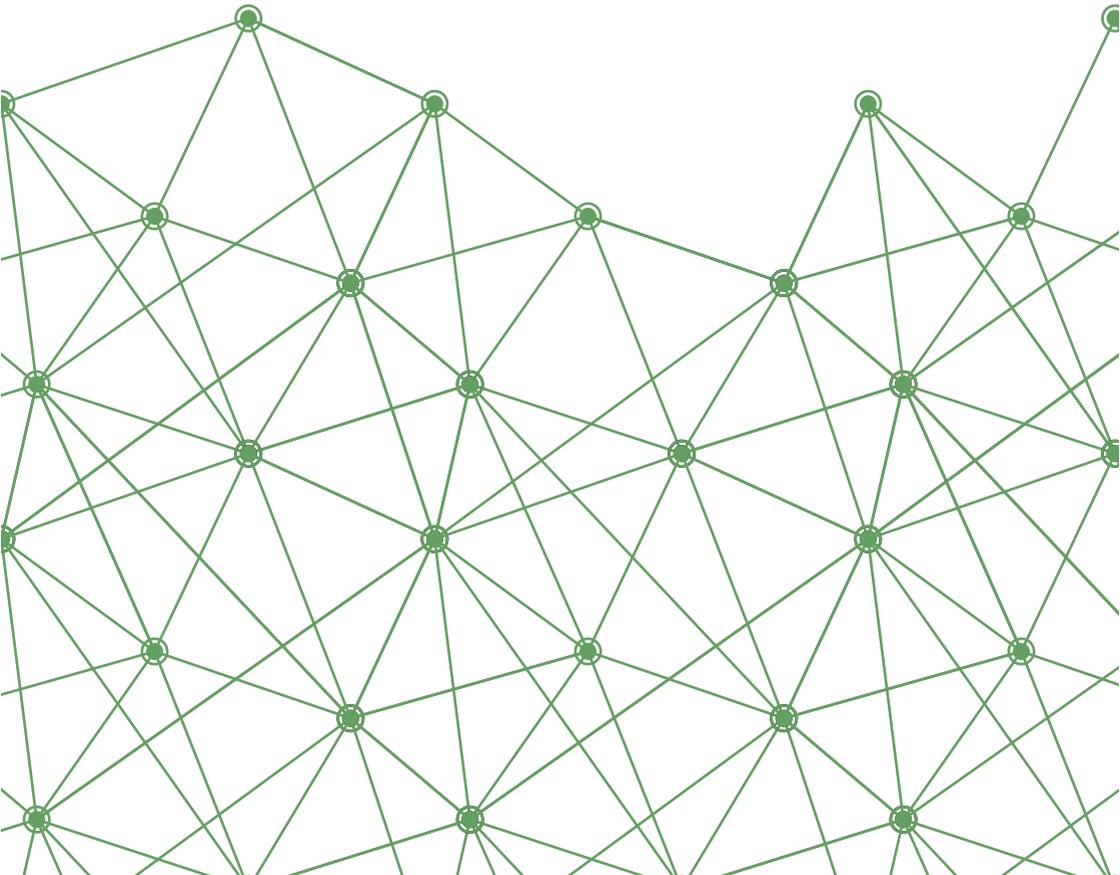
A orientação adequada às mulheres e as suas famílias sobre a amamentação, a transição alimentar da criança e a alimentação complementar saudável possibilita a melhoria da assistência à criança e contribui para a diminuição da morbimortalidade infantil.

4.6. Recomendação de leitura complementar

VITOLLO, M. R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1448-1457, set./out. 2005.

OMS (Organização Mundial da Saúde); UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância). **Estratégia global para a alimentação de crianças de primeira infância**. Genebra, 2005.

UNIDADE 5



Unidade 5 – Imunização em saúde da mulher e da criança

Ao término desta unidade você deverá ser capaz de analisar a situação vacinal de crianças e gestantes, descrever o calendário vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde, compreender e evitar as principais oportunidades perdidas em vacinação.

5.1 Introdução

A imunização em seres humanos tem o objetivo imediato de prevenir uma doença no indivíduo e em grupos de indivíduos, já o seu objetivo final é a erradicação da doença. Quando falamos em imunização, em geral, estamos tratando das doenças evitáveis por vacinas, cabendo destacar que na prevenção de várias doenças infecciosas as vacinas propiciam amplos benefícios.

A vacinação como estratégia de proteção para a população contra as doenças imunopreveníveis é inquestionável e é de extrema relevância o impacto da vacinação na redução da mortalidade e morbidade por doenças transmissíveis, em particular na infância (GRYSCHKEK et al., 2009).

Para o avanço das práticas em saúde, é importante que a Enfermagem se atualize em conhecimentos, atitudes e habilidades para um bom cuidado, como no caso da vacinação. Nossa atuação como profissionais de enfermagem é fundamental para efetivar o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos. Bem como, do adequado preparo e administração, da supervisão dos trabalhadores de enfermagem, das indicações a avaliações do estado vacinal, entre outros aspectos.

Nesta Unidade, você poderá resgatar alguns conhecimentos, veja a seguir.

5.2 Princípios Básicos de Imunização

Quando falamos em imunidade, estamos tratando da resistência e da proteção do organismo. Nosso **Sistema Imunológico** é uma rede de elementos celulares de defesa e, de modo geral, tem que lidar com os **Antígenos** (proteínas estranhas ao corpo - vírus, bactérias, toxinas, entre outros) e preparar os **Anticorpos** (proteínas que conferem proteção).

Uma **Resposta Imune** depende de fatores inerentes aos componentes das vacinas e fatores relacionados ao próprio organismo (idade, doença, tratamento imunodepressor, medicamentos, entre outros).

5.2.1 Os Tipos de Imunidade

Os tipos de imunidade encontrados em nosso organismo são basicamente constituídos de:

Imunidade Natural ou Inespecífica:

Composta por mecanismos que dificultam a implantação, penetração ou multiplicação de agentes agressores e micro-organismos. Não é dirigida a agente agressor específico.

Mecanismos Básicos da Resposta Imune:

- Fluxo constante de líquidos.
- Movimentos peristálticos.
- Renovação celular.
- Flora nasal e gastrointestinal.
- Lágrima, saliva.
- Reação inflamatória.
- Fatores séricos (interferon, complemento, fagocitose).

Imunidade Específica:

É exercida por meio da produção de anticorpos ou imunoglobulinas (Imunidade Humoral), ou pela produção de células dotadas de receptores que reconhecem determinadas estruturas dos antígenos (Imunidade Celular).

É importante lembrar que temos processos Ativos e Passivos:

Ativos

Natural = Infecções clínicas e subclínicas.

Artificial = Vacinação.

Passivos

Natural = Adquirido através da placenta, colostro, leite materno.

Artificial = Com uso de soros e imunoglobulinas.

5.2.2 Agentes Imunizantes

Natureza: Vacina é um produto farmacêutico que contém um ou mais agentes imunizantes (bactéria atenuada, vírus atenuado, bactéria morta, vírus inativado, componentes químicos purificados ou modificados).

Composição:

- Líquido de suspensão (água destilada ou solução salina fisiológica).
- Conservantes, estabilizantes e antibióticos.
- Adjuvantes (em geral: hidróxido de alumínio, fosfato de alumínio).

Origem dos Produtos – Controle Qualidade:

- Laboratórios nacionais e internacionais.
- Cepas iniciais e meios de cultura padronizados pela OMS.
- Controle de Qualidade e Testes padronizados pela OMS e pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) do Ministério da Saúde.

Conservação: em nível local nas unidades de saúde (salas de vacinação), a temperatura deve ficar entre +2° e +8°C, não guardar no congelador.

Rede de Frio ou Cadeia de Frio: é o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunização. Envolve a organização e o fluxo de comunicação entre os níveis federal, estadual, regional e municipal com condições adequadas de refrigeração, desde os laboratórios que produzem as vacinas até elas serem administradas no nível local.



Saiba mais

Para maiores informações sobre este processo de armazenamento e conservação, sugerimos o site:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_rede_frio.pdf>, acesse e confira as informações complementares e úteis sobre este tema.

5.2.3 Imunobiológicos Disponíveis para a Espécie Humana

- BCG (Bacilo Calmette-Guerin - contra a tuberculose).
- DPT (Tríplice Bacteriana - contra Difteria, Coqueluche (*Pertussis*) e Tétano).
- Sabin (contra a Poliomielite).
- HiB (Contra Meningite provocada por *Haemophilus influenzae* B).
- Tetravalente (DPT + HiB).
- SCR (Tríplice Viral – contra Sarampo, Caxumba e Rubéola).
- DT (Dupla Adulto – contra Difteria e Tétano).
- DT (Dupla Infantil – contra Difteria e Tétano).
- Febre Amarela.
- Hepatite B.
- Contra Meningite (vacina meningocócica C).
- Contra Pneumonia (Pneumocócia 10-valente *Streptococcus pneumoniae*).
- Rábica (Contra a Raiva Humana).
- Varicela (Vírus Varicela zoster).
- Hepatite A.
- Contra Gripe (Influenza).
- Contra Cólera.
- Febre Tifoide.
- Malária.

5.3 Programa de Imunização no Brasil

Instituído em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI) é um dos mais bem-sucedidos programas de saúde pública no Brasil, o que é demonstrado por sua alta cobertura e sustentabilidade.

As vacinas são fornecidas ao SUS, sendo o Brasil autossuficiente na produção de várias vacinas, o que garante livre acesso e alta cobertura populacional. No Brasil, o PNI tem sido muito exitoso, alcançando uma das mais altas taxas de cobertura de imunização do mundo, sem o uso de estratégias coercitivas. Todas as vacinas são ofertadas ao público gratuitamente nos pontos de vacinação (BARRETO et al., 2011).

Entre os programas rotineiros de vacinação universal incluem-se as vacinas: BCG; poliomielite; sarampo, caxumba e rubéola (SCR); difteria, coqueluche e tétano (DPT); *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib); hepatite B; febre amarela; rotavírus; pneumocócica 10 valente e; as vacinas conjugadas meningocócicas C.

Essas vacinas são ofertadas em cerca de 30.000 unidades de saúde brasileiras, além dos 100.000 pontos de vacinação temporários adicionais, duas vezes ao ano, nos dias nacionais de vacinação.

A vacina contra o vírus papiloma humano é oferecida exclusivamente por clínicas privadas, mas as recentes parcerias público-privadas levaram a um aumento da oferta por meio de grandes descontos para pacientes de baixa renda e de renda média, em unidades ambulatoriais, com assistência médica oferecida por instituições de caridade que fazem parte da rede Santa Casa da Misericórdia (BRASIL, 2001b).

As ações realizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde, que desempenha um papel proeminente no controle de doenças preveníveis por vacinação na América do Sul, contribuíram muito para o sucesso no controle dessas doenças no Brasil. Entre 1980 e 2007, o número de mortes por tétano caiu 81%, e as mortes por coqueluche tiveram uma redução de 95%, nenhuma morte foi registrada por difteria e sarampo no ano de 2010 (BRASIL, 2001b).



Palavra do profissional

Por mais que, no geral, a cobertura da vacinação no Brasil seja muito alta, ela não é uniforme nos diferentes níveis socioeconômicos, com cobertura menor nos grupos socioeconômicos mais baixos.

Mesmo com os avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis na última década, muito ainda deve ser feito para se atingir a meta do país de vacinar com o esquema básico o mínimo de 95% das crianças que nascem a cada ano. Além de atingir um alto percentual de municípios com cobertura vacinal adequada por Estado, garantindo, assim, a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis.

Portanto, entre as metas para a saúde da criança, o Brasil tem como prioridade desenvolver as seguintes ações:

- Realizar o esquema de vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. Ressalta-se a necessidade de aplicação de imunoglobulina anti-hepatite B nos casos de recém-nascidos de mãe HBs Ag positivo também nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido.
- Realizar vacinação com o BCG ID de preferência na maternidade, atingindo cobertura de 95% das crianças.
- Completar o esquema básico de vacinação da criança, visando atingir 95% da população menor de 1 ano vacinada contra a poliomielite (VOP), contra o tétano, coqueluche, difteria e *Haemophilus influenzae* tipo b (tetravalente) e hepatite B; 95% da população com 1 ano vacinada contra a rubéola, caxumba e sarampo (tríplice viral).
- Vacinar 100% da população menor de 1 ano nos municípios de área endêmica e de área de transição contra a febre amarela. Para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação dessas doenças. Para isso, as doenças preveníveis por meio de imunização, como poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, tétano, coqueluche, difteria, entre outras, devem ser notificadas imediatamente pela equipe de saúde, para serem traçadas medidas de prevenção e controle.

Desse modo, cabe às unidades e às equipes de saúde:

- Garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população.
- Organizar ações para monitorar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão.
- Dar continuidade ao acompanhamento e à vigilância do crescimento e do desenvolvimento da criança nos serviços de saúde para possibilitar a ampliação da cobertura vacinal em uma faixa etária (principalmente a partir dos 5 anos de vida) que não tem sido atingida pela ação dos serviços de saúde.

Outra meta em nosso país é o preparo para a erradicação mundial da pólio. Em 2012, o Brasil amplia o **Calendário Básico de Vacinação da Criança** com a introdução da vacina injetável contra pólio, feita com vírus inativado. Essa nova vacina é recomendada para o calendário de rotina, em paralelo com a campanha nacional de imunização, realizada com as duas gotas da vacina oral. A injetável, no entanto, é indicada para as crianças que estão iniciando o calendário de vacinação.

Outra novidade de 2012 é a vacina pentavalente, que reúne em uma só dose a proteção contra cinco doenças (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo b e hepatite B). Atualmente, a imunização para essas doenças é oferecida em duas vacinas separadas, de acordo com o **Calendário Nacional de Imunização** (Brasil, 2012):

Quadro 5: Calendário Nacional de Imunização

IDADE:	VACINA PRECONIZADA PELO CALENDÁRIO DO MS:	DOSE:
AO NASCER	BCG-ID	Dose Única
	Hepatite B	1ª Dose
2 MESES	Pentavalente (DTP+Hib + HB)	1ª Dose
	Poliomielite	1ª Dose
	Pneumocócica 10	1ª Dose
	Rotavírus	1ª Dose
3 MESES	Meningocócica C	1ª Dose
4 MESES	Pentavalente (DTP+Hib + HB)	2ª Dose
	Pneumocócica 10	2ª Dose
	Rotavírus	2ª Dose
5 MESES	Meningocócica C	2ª Dose
6 MESES	Pentavalente (DTP+Hib + HB)	3ª Dose
	Poliomielite	3ª Dose
	Pneumocócica 10	3ª Dose
9 MESES	Febre Amarela	Dose Inicial
12 MESES	Tríplice Viral	1ª Dose
	Pneumocócica 10	Reforço
15 MESES	Tríplice bacteriana (DTP)	1ª Reforço
	Poliomielite	Reforço
	Pneumocócica 10	Reforço
4 ANOS	Tríplice bacteriana (DTP)	2º reforço
	Tríplice viral	2ª dose
10 ANOS	Febre Amarela	Uma dose a cada dez anos

Fonte: Brasil (2012)

Também são realizadas campanhas nacionais de vacinação e em creches conforme o quadro abaixo:

a) Campanhas Nacionais

IDADE:	VACINA PRECONIZADA PELO CALENDÁRIO DO MS:
Menores de 5 anos	Poliomielite
De 6 meses a menores de 2 anos	Vacina Influenza (gripe)

Fonte: Brasil (2012)

b) Em creches

Considerando que a varicela em crianças que frequentam creches pode ser mais grave, a vacina contra varicela está indicada, a partir da ocorrência do primeiro caso, no período máximo de até 4 semanas do último caso. Serão vacinadas as crianças na faixa etária de 1 a 5 anos de idade, suscetíveis à varicela.

É muito importante ressaltar que a imunização é uma grande ferramenta para a diminuição da mortalidade infantil, aspecto já discutido no Módulo V.

5.3.1 Falsas contraindicações em vacinação

Apresentamos agora, as mais comuns e falsas contraindicações atribuídas às vacinações, portanto, leia com atenção para que você possa identificá-las com mais presteza:

- Doenças comuns (afecções recorrentes infecciosas ou alérgicas do trato respiratório superior, tosse, coriza, diarreia leve, problemas de pele leves).
- História ou diagnóstico clínico pregresso de Sarampo, Coqueluche, Difteria, Tétano, Poliomielite, Tuberculose, Rubéola, Caxumba e Febre Amarela, para aplicação das respectivas vacinas.
- Desnutrição.
- Uso de Antimicrobianos.
- Vacinação Contra a Raiva.
- Doença Neurológica Estável ou Progressiva.
- Antecedente Familiar de Convulsão.
- Tratamento sistêmico com corticosteroides em Doses Baixas e por

curto período.

- Alergias, exceto as de caráter anafilático.
- Prematuridade/Baixo Peso (a não ser se for < 2000g).
- Internação hospitalar (verificar contraindicação formal).
- Amamentação e Puerpério.

5.4 Esquema vacinal nas gestantes

A imunização é de grande importância também para a gestante. Por esta razão, as mulheres deveriam se preocupar em seguir corretamente o calendário de vacinações antes de pensar em engravidar, pois desta forma estariam imunizadas contra as principais doenças e poderiam vivenciar a gravidez de forma tranquila e livre de riscos.



Palavra do profissional

De acordo com o Manual de Imunização do Ministério da Saúde brasileiro, a única vacina de rotina para gestante é a contra o tétano, combinada com a vacinação contra difteria. Outras vacinas podem ser consideradas, dependendo da situação (BRASIL, 2001b).

Assim, o calendário de vacinação para gestantes pode incluir a vacina contra hepatite B, contra a Influenza, contra o tétano e difteria, bem como, a vacina tríplice contra caxumba-sarampo-rubéola que deverá ser administrada em dose única após o parto. Além dessas vacinas, a gestante poderá receber: as vacinas antipneumocócica, antioqueluche, a inativada contra a poliomielite, e contra meningite, visando garantir a saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2001b).

A vacina contra a hepatite B deverá ser administrada em três doses, sendo a primeira na primeira visita do pré-natal, a segunda após um mês da primeira dose e a terceira após seis meses da primeira dose (BRASIL, 2012). A vacina contra Influenza poderá ser administrada em qualquer período da gestação (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2005a).

A vacina contra Influenza encontra-se disponível na rede pública nos meses de outono e no período de inverno, e deve ser tomada anualmente. No caso da gestante apresentar documento com esquema incompleto é suficiente completar o esquema iniciado (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2005a).

No caso da vacina contra tétano e difteria, recomenda-se a utilização da vacina DT (dupla adulto contra tétano e difteria), ou na falta desta, utiliza-se o toxoide tetânico. Se a gestante já foi vacinada há mais de cinco anos, deve-se utilizar uma dose de reforço, objetivando aumento da quantidade de anticorpos que ao passarem para a placenta, protegem o bebê.

Nas gestantes que nunca foram imunizadas ou que desconhecem seu passado vacinal, aplicam-se três doses, com intervalos de dois meses entre estas. A terceira dose deverá ser aplicada até duas semanas antes do parto, visando uma melhor proteção para o neonato. Caso só haja tempo para aplicar duas doses, a segunda deve ser aplicada 20 dias ou mais, antes da data provável do parto (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2005a; ZAMPIERI, 2007).

Recomenda-se que tanto nas gestantes vacinadas como nas não vacinadas, a aplicação da vacina contra tétano e difteria não seja realizada no primeiro trimestre da gestação, para evitar que os problemas que geralmente ocorrem nesta fase sejam atribuídos ao ato vacinal (BRASIL, 2001b).

Em relação à vacina tríplice viral – SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) o ideal é que esta seja administrada em mulheres de 12 a 49 anos, não grávidas e sem comprovação de vacinação anterior.

As mulheres em idade fértil precisam ser imunizadas principalmente contra a Rubéola, haja vista que esta doença quando contraída durante a gestação pode atingir o feto, que poderá apresentar sequelas irreversíveis, tais como glaucoma, catarata, malformação cardíaca, retardo no crescimento, surdez e microcefalia, entre outras. Caso a gestante não tenha sido imunizada anteriormente, esta deverá receber a vacina após o parto. Nos casos de sarampo, as gestantes comunicantes, com condição imunitária desconhecida, devem receber imunoglobulina humana normal, ou seja, imunização passiva (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2005a).

Vacinas vivas (contra sarampo, contra rubéola, contra caxumba, contra febre amarela e BCG) são contraindicadas para gestantes. No entanto, nos casos de surtos, epidemias ou viagens a áreas endêmicas, o risco deve ser avaliado, optando-se pela vacinação nos casos em que o benefício é maior do que o risco. Quando vacinadas com vacinas vivas, as mulheres devem evitar engravidar, pelo menos durante o mês seguinte (BRASIL, 2001a).

Importante salientar que a vacina antipneumocócica deverá ser administrada no terceiro mês de gestação. As vacinas anticoqueluche, a inativada contra a poliomielite, e a contra a meningite devem ser administradas durante o pré-natal, caso a mulher não tenha sido imunizada anteriormente.

Lembre-se e esteja atento para o esquema vacinal da antitetânica, a ser administrada na gestação, conforme apresentado no quadro abaixo para facilitar a sua memorização:

Quadro 6: Esquema vacinal da antitetânica

SITUAÇÃO VACINAL	CONDUTA
Gestante não vacinada	Devem ser aplicadas 3 doses a partir do final do quarto mês, sendo que a segunda dose deve ser administrada 60 dias após a primeira, e a terceira 60 dias após a segunda dose. A terceira dose deverá ser aplicada até duas semanas antes do parto. Caso só haja tempo para aplicar duas doses, a segunda deve ser aplicada 20 dias ou mais, antes da data provável do parto. O intervalo mínimo entre as duas primeiras doses deve ser de 30 dias. Outra indicação é que o esquema vacinal inicie o mais precocemente possível, independente da idade gestacional, ou seja, 3 doses com intervalos de no mínimo 30 dias. O reforço é recomendado a cada dez anos. Caso ocorra gravidez em cinco anos, a dose de reforço deve ser antecipada.
Gestante com vacinação incompleta	O esquema anterior deve ser completado com 3 doses, a partir do final do quarto mês.
Gestante vacinada com esquema completo. Última dose há mais de 5 anos	Dose de reforço.
Gestante com esquema vacinal completo. Última dose há menos de 5 anos	Considera-se imunizada.

Fonte: Brasil (2005b) e Zampieri (2007)

Finalmente, consideramos importante abordar também a imunização de gestantes em relação à gripe suína, que é causada pelo vírus influenza A/H1N1. As gestantes devem ou não receber a vacina? Muitas gestantes têm dúvidas se devem ou não receber a vacina e você deve estar bem informado para orientá-las.

Bem, você deve ter observado que esta gripe já demonstrou provocar complicações e mortes entre as gestantes, por este motivo estas são consideradas como grupo de risco e estão incluídas nas campanhas de vacinação governamentais. Portanto, as gestantes devem ser aconselhadas a receber a vacina. A vacinação de **mulheres grávidas** é segura e indicada pelo Ministério da Saúde e FEBRASGO. Bem, você deve ter observado que esta gripe já demonstrou provocar complicações e mortes entre as gestantes, e por este motivo as mesmas são consideradas como grupo de risco e estão incluídas nas campanhas de vacinação governamentais. Portanto, as gestantes devem ser aconselhadas a receber a vacina. A vacinação de **mulheres grávidas** é segura e indicada pelo Ministério da Saúde e FEBRASGO para a gestante em qualquer idade gestacional. Gestantes com sintomas de gripe devem ser orientadas a procurar o serviço de saúde nas primeiras 24 horas, mesmo que já tenham sido vacinadas, isto porque o medicamento antirretroviral específico para combater o H1N1 age melhor nas primeiras 48 horas da doença (BRASIL, 2011a).

A enfermagem exerce papel fundamental em todas as ações de execução do Programa Nacional de Imunizações e tem como responsabilidades orientar e prestar assistência ao usuário com segurança, responsabilidade e respeito. Provendo periodicamente as necessidades de material e imunobiológicos, mantendo as condições ideais de conservação de imunobiológicos e os equipamentos em boas condições de funcionamento, acompanhando as doses de vacinas administradas de acordo com a meta, buscando faltosos, realizando avaliação e acompanhamento sistemático das coberturas vacinais e buscando periodicamente atualização técnico-científica (PEREIRA; BARBOSA, 2007).

5.5 Imunização e Educação em Saúde

Nos serviços de saúde, é importante estarmos atentos para não causar obstáculos, provocando **oportunidades perdidas em vacinação**, seja por não informar, não orientar devidamente, organizar horários restritos, por não esclarecer sobre falsas contraindicações, entre outros. Assim, é importante proporcionar educação em saúde em todos os atendimentos, conhecer e identificar crenças sobre a vacinação, orientando e conversando sobre as vacinas, sobre as doenças por elas evitáveis e sobre seus efeitos colaterais.



Compartilhando

É preciso um acolhimento cuidadoso às crianças, às famílias e aos cuidadores, pois muitas vezes se o acolhimento não é realizado e se as orientações não são claras e realizadas de modo compartilhado, pode haver desistência para completar o esquema vacinal.

É preciso informar ao responsável/cuidador da criança que vacinas estão sendo aplicadas, contra quais doenças protegem, suas possíveis reações e sobre a necessidade de retorno para completar o número de doses de cada vacina, bem como a respeito da importância da Caderneta de Vacinação e do Cartão da Criança para registro das vacinas aplicadas e avaliação da saúde da criança.

5.6 Resumo

Esta unidade abordou os princípios básicos de imunização, apresentando o Programa de Imunização no Brasil e destacando sua importância e qualidade de serviços no cenário nacional, o que é demonstrado por sua alta cobertura e sustentabilidade; descreveu também o calendário vacinal de crianças e gestantes preconizado pelo Ministério da Saúde, reforçando a importância da imunização e da educação em saúde como forma de evitar as oportunidades perdidas em vacinação.

5.7 Fechamento

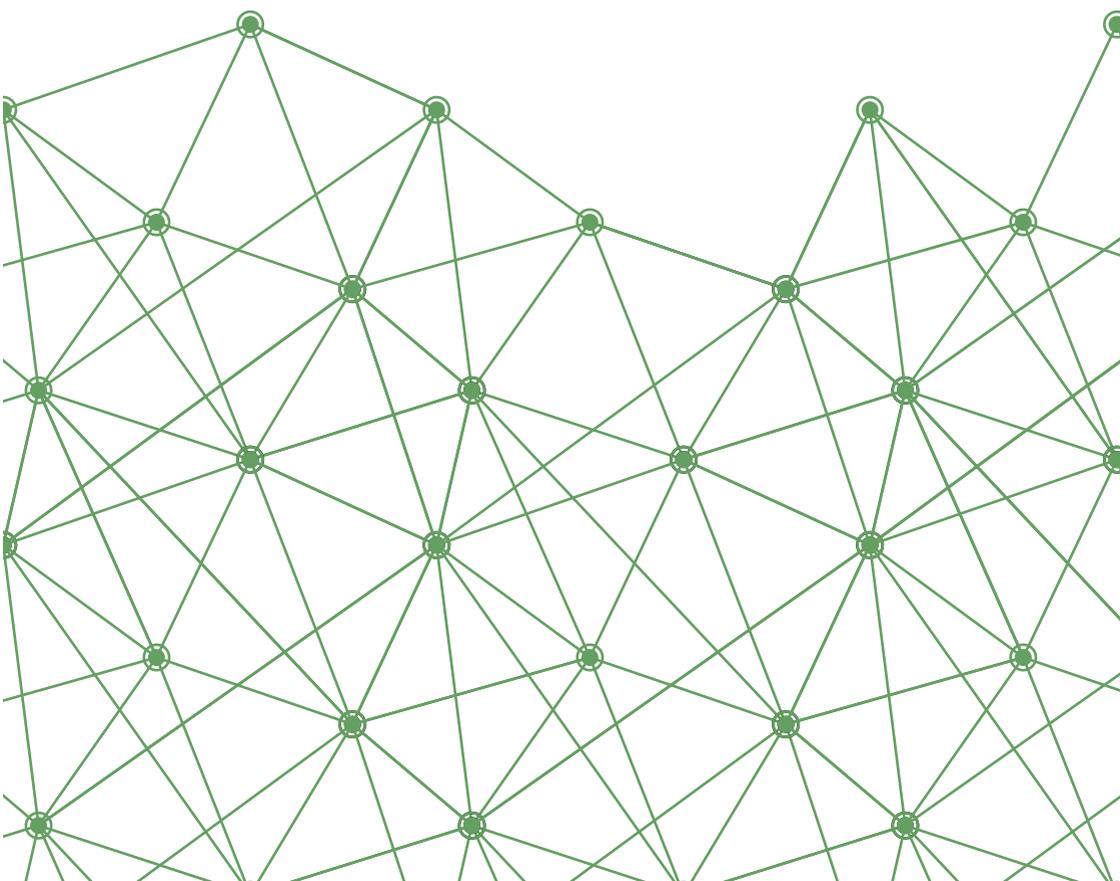
Os conteúdos abordados nesta unidade oferecem subsídios relacionados aos princípios básicos de imunização, como a importância da imunização em crianças e gestantes, das atividades de educação em saúde para otimizar a adesão às recomendações de vacinação em gestantes e crianças, consideradas fundamentais para a prática profissional de enfermagem.

5.8. Recomendação de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PEREIRA, M. A. D.; BARBOSA, S. R. de S. O cuidar em enfermagem na imunização: os mitos e a verdade. **Rev. Meio Amb. Saúde**, v. 2, n. 1, p. 76-88, 2007.

UNIDADE 6



Unidade 6 – Avaliação e classificação de riscos em saúde da mulher

Ao término da unidade você será capaz de reconhecer e refletir criticamente sobre os elementos básicos acerca da avaliação e da classificação de risco em saúde da mulher.

6.1 Introdução

Avaliar os riscos a que estão expostos os indivíduos e os grupos familiares e igualmente a qualidade da assistência da saúde são aspectos essenciais para a prática assistencial do profissional de enfermagem na atenção à saúde da mulher. Fundamental ainda é o planejamento de cuidados pautado na integralidade da atenção, visando intervir sobre os determinantes de saúde nas múltiplas dimensões do cuidado e na melhoria da qualidade da assistência, de forma a minimizar os aspectos de vulnerabilidade detectados.

Como já foi enfatizado nos módulos anteriores, o profissional de enfermagem ao planejar e prestar o cuidado à mulher deve adotar critérios com vistas ao fortalecimento e à concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Isso traz implicações diretas no cotidiano das práticas assistenciais e também da organização dos serviços.

No caso da saúde da mulher, é preciso lembrar que as competências requeridas para o provimento de um cuidado de qualidade e seguro são múltiplas e complexas; que as ações devem garantir que o acesso à atenção e ao cuidado seja ampliado e seguro e; que estas estejam fundamentadas na integralidade, na equidade, na resolubilidade e na humanização da atenção à saúde.

Nesta unidade, discutiremos elementos básicos acerca da avaliação e da classificação de risco em saúde da mulher.

6.2 Classificação de risco

A classificação de risco vem sendo utilizada em diferentes países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos, que objetivam, antes de mais nada, agilizar o atendimento aos que necessitam de uma atenção imediata. Por isso, todos estes protocolos são baseados na avaliação primária das pessoas, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência.

Considerando que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo profissional médico, a classificação de risco é realizada pelo profissional de enfermagem. É baseada em consensos estabelecidos conjuntamente entre a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação – que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem.

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém considerada insuficiente, uma vez que não visa apreender os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa (BRASIL, 2009b).

A construção de um protocolo de classificação de risco a partir dos disponíveis na literatura, adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência. É também importante que os serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção de linhas de cuidado e redes locais de atendimento.

Um exemplo que contempla essa linha de pensamento é a Rede Cegonha. Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como permite à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

Esta rede deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território. Mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde, em consonância com a Portaria n. 4.279/GM/MS, de 2010 (BRASIL, 2010c), a partir das seguintes diretrizes:

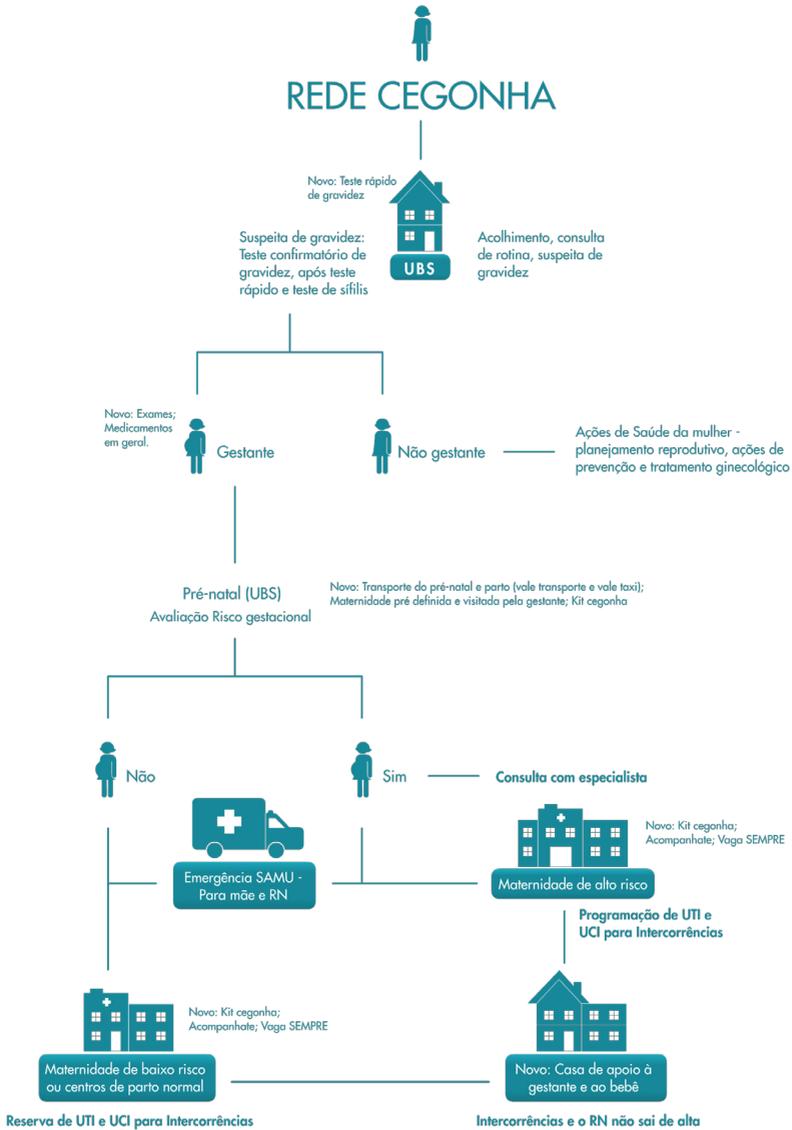
- I - Garantia do acolhimento com avaliação e **classificação de risco e vulnerabilidade**; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.
- II - Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
- III - Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.
- IV - Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolubilidade.
- V - Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A Rede Cegonha possui 4 componentes, sendo que o 4º refere-se ao Componente Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação, que contempla as seguintes propostas de ação:

- a) Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.
- b) Implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto.
- c) Implantação e implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

A linha de cuidado da gestante e do recém-nascido proposta, e que integra a Rede Cegonha, pode ser ilustrada por meio do Fluxograma da figura abaixo.

Figura 14: Linha de cuidado da Rede Cegonha



Fonte: Brasil (2011b)

6.3 Critérios e Indicadores da Qualidade da Atenção à Saúde da Mulher

No que se refere à atenção básica, embora os instrumentos da Avaliação para Melhoria da Qualidade - AMQ utilizados na Estratégia da Saúde da Família não contemplem especificamente a saúde da mulher, é possível identificar alguns elementos inseridos no contexto de pessoas adultas que podem ser estendidos para essa população específica. O primeiro deles diz respeito ao amplo acesso da população de baixo risco, considerando o atendimento pré-natal às gestantes de baixo risco, sabemos que este cuidado reduz consideravelmente os riscos inerentes ao processo gestacional e conseqüentemente os indicadores de mortalidade materna e infantil.

Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) é um instrumento utilizado na Estratégia da Saúde da Família para a identificação e o acompanhamento dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população.

O cadastramento precoce e o acompanhamento de todas as gestantes da área de abrangência da unidade são fundamentais, mesmo para aquelas que, por alguma razão, não estejam em acompanhamento na unidade local.

O enfermeiro deverá estar atento às gestantes que estiverem fazendo acompanhamento em uma unidade de referência ou em consultório privado. Deve conferir pelo cartão da gestante se ela está realizando o pré-natal regularmente, conforme preconizado pelas políticas e evidenciado pelos estudos, independentemente de as gestantes estarem fazendo acompanhamento em uma unidade de referência ou em consultório privado. Caso contrário, é papel da equipe efetuar uma busca ativa persistente, utilizando-se, se for necessário, até do apoio de outras pessoas. Cabe ressaltar que todos os meios possíveis devem ser esgotados, pois a persistência na busca ativa deve ser feita, com o objetivo de prevenir muitos danos de maneira simples. Por exemplo, suponhamos que uma das gestantes que não esteja fazendo acompanhamento pré-natal seja HIV-positivo e que essa doença seja transmitida ao bebê. A corresponsabilidade por este fato é da sua equipe e indica necessariamente uma assistência pré-natal de baixa qualidade, mesmo que esta gestante esteja sendo acompanhada fora da sua unidade.

6.4 Avaliação de Padrões de Risco e de Vulnerabilidade na Atenção à Saúde da Mulher

Quando discutimos aspectos que envolvem a avaliação de padrões de risco e vulnerabilidade, necessitamos ter em mente que, no caso da saúde da mulher, estes são inúmeros e alguns merecem uma atenção especial, tais como: as situações de violência de gênero, gravidez na adolescência, aborto inseguro, baixa escolaridade e pobreza, redes sociais precárias, uso de álcool e outras drogas na família e vizinhança, doenças prevalentes na família, padrões comportamentais, uso indiscriminado de anticoncepcionais orais, entre outros. É importante, entretanto, discernir fatores que possuem abordagens diversas e complementares, a saber:

- **Fatores de risco constitucionais:** não passíveis de modificação – sexo, idade, raça e fatores hereditários.
- **Fatores de risco comportamentais:** formas de comportamento e hábitos determinados pelo ambiente psicossocial e econômico, tais como dieta, tabagismo, uso de álcool e outras drogas na família e na vizinhança, sedentarismo - passíveis de modificação por meio da adoção de ações de promoção da saúde.
- **Fatores de risco psicossociais:** tais como classe social, ocupação, grau de escolaridade e de renda, cultura, aspectos parentais, redes sociais, pois interferem na pré-patogênese de muitas doenças.

Todos esses fatores devem ser levados em conta na avaliação e classificação de riscos no cuidado de enfermagem direcionado à saúde da mulher. O enfermeiro se depara, na sua prática assistencial, com um quadro de saúde que envolve grande complexidade na saúde da mulher. Devem ser levados em conta os vários determinantes sociais implicados na saúde. E quando falamos em determinantes sociais em saúde, precisamos deixar claro o significado deste conceito. Os determinantes sociais de saúde (SDH) são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou, conforme no dizer de Tarlov (1996, p. 73), “são as características sociais dentro das quais a vida transcorre”.

Não temos aqui a pretensão de aprofundar as reflexões relacionadas aos determinantes sociais em saúde, mesmo porque já foram discutidas em módulos anteriores, mas consideramos de fundamental importância resgatar alguns de seus elementos, devido as suas implicações na avaliação e classificação de riscos em saúde da mulher. Portanto, a atenção integral à saúde da mulher e os riscos a sua saúde são compreendidos a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, mas também considerando

sua singularidade e suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas. É sob essa perspectiva que estaremos abordando a Saúde da Mulher e seus determinantes podem ser representados graficamente como podemos ver na figura abaixo:

Figura 15: Determinantes Sociais de Saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

Deste modo, a avaliação dos riscos à saúde da mulher inclui uma multiplicidade de fatores, tais como: econômicos, sociais, políticos, culturais e simbólicos, que traduzem as maneiras como cada sociedade e grupo social compreendem as condições de saúde e doença e as modalidades de cuidado socialmente legitimadas (FLEURY, 2009).

Considerando as transformações nos determinantes sociais das doenças no Brasil nas três últimas décadas, algumas doenças emergentes como a AIDS, o problema da violência e as doenças cardiovasculares coexistem com doenças com forte impacto sobre o perfil de mortalidade. Temos como exemplo o carcinoma de colo de útero e de mama e, ainda, morbimortalidade devida a complicações da gravidez, parto e puerpério, decorrentes de intervenções, ou omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Estas complicações são de causas denominadas obstétricas diretas e na sua maioria são evitáveis, desde que haja uma assistência adequada, segura e de qualidade, e que sejam observadas as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde.

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos com atenção à saúde precoce e de qualidade (BRASIL, 2009b; VICTORA et al., 2011).



Saiba mais

Para maiores informações sobre este tema, leia o Manual dos comitês de mortalidade materna/Ministério da Saúde, 2007. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

6.5 A implicação da qualidade da assistência e da gestão sobre os fatores de risco e vulnerabilidade na saúde da mulher

A garantia da integralidade na atenção à saúde da mulher implica uma rede de atenção efetiva, desse modo, a partir dos indicadores de saúde nacionais, regionais e locais, é possível planejar as ações, dando prioridade aos aspectos que implicam maior risco e vulnerabilidade nas várias etapas do ciclo vital das mulheres e de suas famílias. Exemplo disso, como apontam Serruya, Cecatti e Lago (2004, p. 273), é a “falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, sendo este um período onde há uma maior probabilidade de intercorrências obstétricas. A continuidade da atenção é um dos principais fatores na determinação dos resultados maternos e perinatais”.

Embora as políticas e diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro tenham avançado consideravelmente, assim como um conjunto de normas técnicas editadas e disponibilizadas aos serviços, ainda há uma carência de qualidade em muitos aspectos. Os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) evidenciam um aumento no acompanhamento e avaliação da saúde da mulher. Porém, de acordo com Serruya, Cecatti e Lago (2004, p. 273) [...] apesar dos dados disponíveis apontarem um aumento considerável nos últimos anos no número de consultas por mulher, esse incremento não resultou em impacto considerável nos óbitos maternos declarados, mesmo nas regiões Sudeste e Centro-Oeste que têm média maior que quatro consultas há quatro anos.

Sendo assim, dentre as competências principais dos profissionais que atuam na rede de atenção básica, merece destaque a importância do olhar de vigilância em saúde sobre alguns elementos de morbimortalidade que têm sido quase que sistematicamente negligenciados e que necessitam de uma maior atenção. Dentre estes, salienta-se ainda a importância de serem investigadas e detectadas comorbidades, como por exemplo, a intercorrência de vários agravos associados a situações de violência de gênero e, ainda, a evidência de certos indicadores quanto à violência associada à conjugalidade e à vida reprodutiva.

Relacionamos a seguir os pré-requisitos necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco,
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança),
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos,
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e dos horários de pico,
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico: Área de Emergência e Área de Pronto Atendimento.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- **Cor vermelha - prioridade zero** - Emergência, casos que necessitam de atendimento imediato.
- **Cor amarela - prioridade 1** - Urgência, atendimento em no máximo 15 minutos.
- **Cor verde - prioridade 2** - Atendimento em até 30 minutos, prioridade não urgente.
- **Cor azul - prioridade 3** – Casos de consultas de baixa complexidade - Atendimento de acordo com o horário de chegada, tempo de espera pode variar em até 3 horas, de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

A avaliação de risco e vulnerabilidade da mulher não pode ser considerada prerrogativa exclusiva do enfermeiro ou de qualquer outro profissional de saúde. A mulher usuária e sua rede social devem também ser consideradas neste processo.

Avaliar riscos e vulnerabilidades em saúde da mulher implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes a mulher que chega deambulando, sem sinais de problemas físicos, mas visivelmente tensa e angustiada, pode estar mais necessitada de atendimento por apresentar maior grau de risco e vulnerabilidade (ABBES; MASSARO, 2004).

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, de acordo com Abbes e Massaro (2004), pressupõe a agilidade no atendimento a partir da análise da situação, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, que no caso em questão é a mulher, proporcionando atenção focalizada no grau de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira é exercida uma avaliação e classificação da necessidade, distanciando-se do conceito clássico de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Nesta perspectiva, o acolhimento com avaliação e classificação de risco apresenta-se como uma das intervenções altamente decisivas na reorganização do modelo de atenção à saúde, com ênfase na promoção da saúde em sistema de rede, uma vez que parte da análise, acompanhada da problematização e proposição da própria equipe, que atua como sujeito ativo do seu processo de trabalho (ABBES; MASSARO, 2004).

6.6 Resumo

Nesta unidade, discutimos conteúdos relacionados à avaliação e à classificação de risco à saúde da mulher, destacando a importância de os profissionais de enfermagem refletirem criticamente sobre o cotidiano das práticas dos serviços e sobre o modo como estão se dando o monitoramento, a avaliação e o impacto das ações, na perspectiva do conceito de integralidade.

Vimos que avaliar os padrões de risco a que estão expostas as mulheres e seus grupos familiares, e igualmente a qualidade da assistência da saúde e da gestão direcionadas a esta população específica, constituem-se em elementos essenciais para a prática dos enfermeiros na atenção integral à saúde da mulher.

6.7 Fechamento

Os conteúdos abordados nesta Unidade oferecem subsídios para o profissional de enfermagem reconhecer e refletir criticamente sobre os elementos básicos acerca da avaliação e classificação de risco em saúde da mulher.

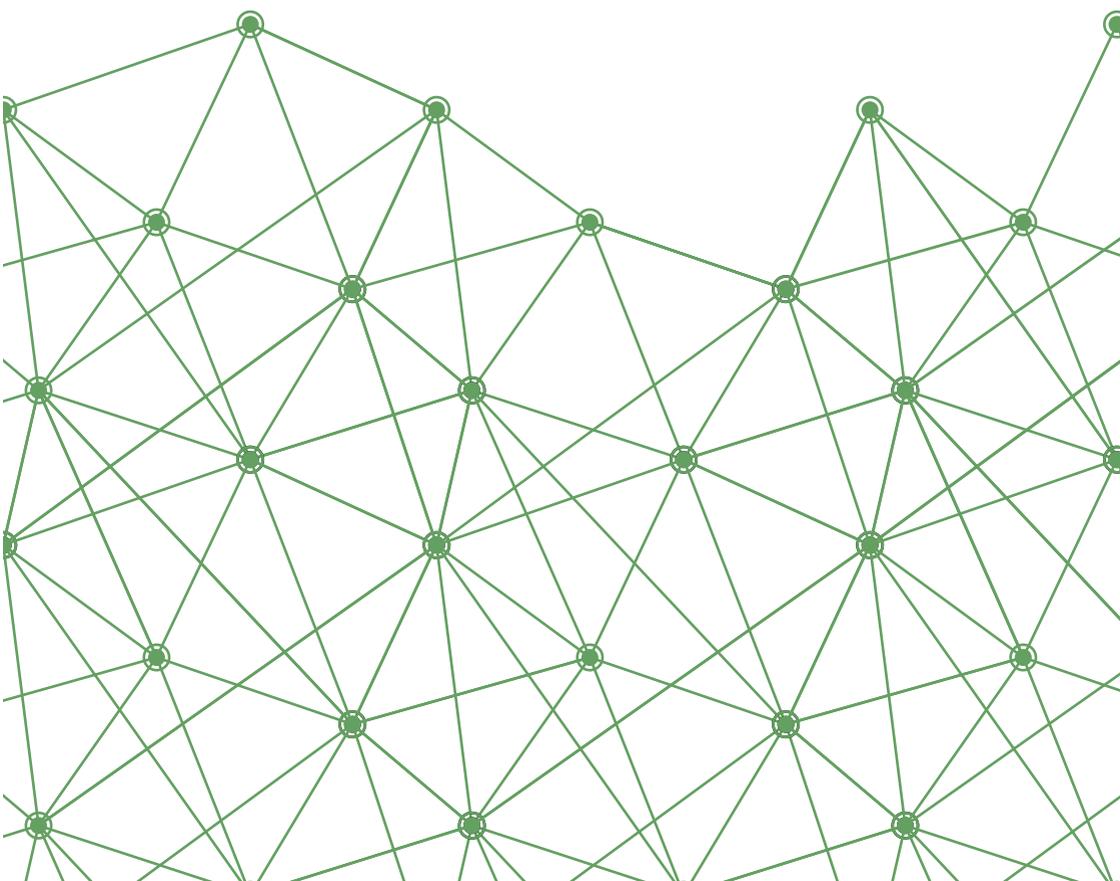
6.8 Recomendação de leitura complementar:

LAGO, T. D. G., LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde; CEBRAP (ed.). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde;CEBRAP, 2009. p. 151–170.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafio. Séries. Saúde no Brasil 2. **The Lancet**, p. 32-46, 2011.

UNIFEM (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a mulher); UNICEF (Fundo das Nações Unidas da Infância). **Desigualdades Raciais e de Gênero entre Crianças, Adolescentes e Mulheres no Brasil, no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Brasília: UNIFEM; UNICEF, 2010.

UNIDADE 7



Unidade 7 – Agravos prevalentes em saúde da criança

Ao final desta unidade, o aluno deverá identificar os princípios da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, os sinais gerais de perigo e principais sinais e sintomas para avaliação da criança nos agravos prevalentes, bem como ser capaz de analisar a importância das intervenções de enfermagem no contexto da família.

7.1 Introdução

Os agravos prevalentes em saúde da criança serão abordados aqui com foco nos princípios da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), já apresentada no Módulo V, na unidade sobre as políticas de saúde da criança.

Para relembrar, a AIDPI tem como objetivos:

- Reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.
- Diminuir a incidência e a gravidade dos casos de doenças infecciosas e dos distúrbios nutricionais.
- Garantir a adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, nos serviços de saúde, nos domicílios e na comunidade.
- Fortalecer a promoção da saúde e as ações preventivas na infância.

A enfermagem precisa organizar e sistematizar suas ações para contribuir com o alcance desses objetivos. E igualmente destacar as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização e também o controle dos agravos à saúde - desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros (BRASIL, 2002c).

7.2 Atenção aos agravos prevalentes na infância

As crianças menores de 2 meses de idade são consideradas com maior vulnerabilidade aos agravos, em função da imaturidade de alguns sistemas e órgãos e de um intenso processo de crescimento.

De modo geral, as Infecções Bacterianas Graves, entre elas Meningite, Septicemia e Pneumonia, constituem situações severas para crianças menores de 2 meses de idade. Nas crianças menores de 5 anos de idade, os agravos prevalentes são as doenças infecciosas e os distúrbios nutricionais (BRASIL, 2003b). Na população infantil brasileira também temos como desafio atual a atenção em situações de violência na infância. Todos esses agravos requerem dos profissionais de saúde conhecimentos atualizados para intervir prontamente.

7.2.1 Agravos Respiratórios

Os agravos respiratórios constituem o principal motivo de consulta e de hospitalização de crianças menores de cinco anos, chegando a cerca de 40% das causas de busca por atendimento nos serviços de saúde.

Várias situações estão relacionadas à maior ocorrência e gravidade dos problemas respiratórios em crianças nos primeiros anos de vida e para avaliar a criança são importantes as informações sobre o episódio atual da doença e o exame físico (SIGAUD; VERÍSSIMO, 2009).

Na avaliação de todas as crianças deve-se:

Atentar para os Sinais Gerais de Perigo:

- A criança não consegue beber nem mamar.
- A criança vomita tudo o que ingere.
- A criança apresenta ou apresentou convulsões.
- A criança está letárgica ou inconsciente.

Verificar e Observar:

- **Tosse:** É um sinal característico importante, é preciso investigar surgimento, frequência, duração, recorrência, evolução, se é produtiva ou seca. A tosse crônica é aquela que ocorre por mais de 30 dias (investigar tuberculose, asma, coqueluche, sinusopatia ou outros problemas). Em menores de 2 meses de idade a tosse pode estar ausente ou muito débil.
- **Frequência respiratória:** A taquipneia é o sinal mais evidente de comprometimento das vias aéreas inferiores na infância. A frequência respiratória alta deve ser avaliada de acordo com a idade: para menores de 2 meses: 60 movimentos respiratórios/minuto ou mais; de 2 meses até 12 meses: 50 movimentos respiratórios/minuto ou mais; de 1 ano até 5 anos: 40 movimentos respiratórios/minuto ou mais.
- **Retrações torácicas:** Quando há esforço respiratório intenso podem surgir retrações, sendo a subcostal a de maior gravidade, também chamada de tiragem subcostal.
- **Batimento de asa do nariz:** Decorrem de esforço respiratório e presença de obstrução nasal, é muito importante verificar nos recém-nascidos e em menores de 2 meses de idade.
- **Ruídos respiratórios:** Avaliar a presença de estridor, sibilância, gemido e rouquidão, associados a esforço respiratório, estreitamento das vias aéreas e falta de ventilação. Estridor é o som áspero, produzido quando a criança inspira, em geral, pode haver inflamação da laringe, da traqueia ou da epiglote. Essa inflamação dificulta a entrada de ar nos pulmões. É grave quando a criança tem estridor em repouso e quando causa obstrução das vias aéreas. O som sibilante é aquele produzido quando a criança expira, é uma manifestação clínica que ocorre por obstrução ao fluxo.
- **Dispneia:** Apresenta dificuldade para respirar, cansaço. Avaliar em conjunto a presença de taquipneia, retrações ou tiragens (em especial a subcostal), ruídos, obstrução nasal, batimento de asa de nariz, intolerância a exercícios, alteração na coloração da pele, verificando a intensidade e a evolução dos sinais. Em desconforto respiratório severo pode ocorrer sudorese na criança.

- **Febre:** Perguntar sobre a presença e a evolução da febre, se foi medida ou percebida ao toque. Medir a Temperatura Axilar e considerar febre acima de 37,5°C. Em menores de 2 meses de idade é comum a ausência de febre, costumam apresentar hipotermia, considerar a temperatura axilar igual ou menor a 35,9°C. Atentar para se a criança recebeu algum medicamento para febre ou se utiliza medicamentos habitualmente. Verificar se a criança está em região de Malária ou de Dengue.
- **Presença de secreção:** Verificar a presença de secreções das vias aéreas e avaliar suas características de fluidez, coloração, volume e odor.
- **Dor de Ouvido:** Crianças conseguem relatar dor de ouvido, mas os bebês não, porém suas mães ou cuidadores sabem relatar sinais de dor, como choro intenso, irritabilidade e recusa alimentar. É fundamental verificar se há tumefação dolorosa à palpação atrás da orelha, sugestivo de mastoidite (a infecção se estende do ouvido médio ao osso mastoide). A infecção também pode se estender do ouvido médio para o sistema nervoso central, causando meningite. São situações graves e a criança tem que ser referida a local para atendimento de urgência/emergência. A infecção de ouvido é a principal causa de surdez nos países em desenvolvimento, acarretando problemas de aprendizagem na escola.
- **Dor de garganta:** É sinal mais frequente em crianças após os 2 ou 3 anos de idade, com manifestação verbal expressando dificuldade ou recusa para deglutir.
- **Dor abdominal:** Crianças maiores também podem referir dor abdominal, podendo estar relatada como dor muscular por tosse intensa, inflamação pleural ou linfadenites. É importante investigar distensão abdominal, ocorrência de vômitos, náuseas, diarreia como respostas generalizadas às infecções, à deglutição de secreções e à tosse.

No exame da criança, é importante avaliá-la sem roupa para observar sinais respiratórios adequadamente. Também é relevante estar atento a mudanças de comportamento da criança, podem ser pouco específicas, mas que denotam sinal de adoecimento, assim como inapetência, estado de hidratação, evolução do peso/gráfico de crescimento, situação vacinal, problemas respiratórios recorrentes, exposição a agentes irritantes ou infecciosos (SIGAUD; VERÍSSIMO, 2009).

Na atenção básica à saúde da criança, a enfermagem precisa estar atenta a todos esses aspectos por meio de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupos educativos e a gestão do cuidado de enfermagem também pode intensificar as ações em prol da saúde da criança.

A metodologia proposta no manual de normas para a Assistência e Controle das IRAS prevê o seguimento das seguintes etapas:

- **Avaliar a criança:** Observar o estado clínico, procurando obter subsídios para identificar ou afastar as situações de risco de vida e para a tomada das medidas adequadas.
- **Classificar a criança em uma das seguintes categorias:**
 - Menor de 2 meses: com tosse ou dificuldade para respirar.
 - De 2 meses a 4 anos: com tosse ou dificuldade para respirar.
 - Com outros problemas respiratórios: dor de garganta, dor de ouvido, estridor ou sibilância.

De acordo com a estratégia AIDPI, nos agravos respiratórios há algumas perguntas-chave e intervenções para a avaliação da criança, são elas:

- a) **Avaliar Febre**, questionar sobre:
 - Se o bebê/criança tem febre e há quanto tempo?
 - Se for mais de sete dias, se está tendo febre todos esses dias?
 - Verificar temperatura.
 - Indagar de que área vem o bebê/criança: Vem de área com Malária? Dengue?
 - Observar/verificar (também) se há rigidez na nuca.
 - Observar se o bebê/criança esta inquieta ou irritada.
- b) **Ao Avaliar problemas de ouvido**, questione sobre:
 - Há dor de ouvido?
 - No caso de secreção, há quanto tempo esta ocorrendo?
 - Se há tumefação dolorosa ao toque na parte posterior do pavilhão auricular?

- Existe secreção do ouvido?
 - Se estiver presente por duas semanas ou mais, indica Infecção crônica no ouvido.
 - Se estiver presente por menos de duas semanas, indica infecção aguda do ouvido.
- c) **Avaliar tosse e dificuldade para respirar**
- Há quanto tempo o bebê/criança está com tosse ou dificuldade para respirar?
 - Contar a frequência respiratória por um minuto.
 - Verificar se há tiragem subcostal.
 - Verificar e escutar se há estridor e sibilância.

7.2.2 Diarreia Aguda

Historicamente, a diarreia aguda e a consequente desidratação têm se revelado como um dos maiores problemas de saúde pública, particularmente em países em desenvolvimento. Constituindo-se em uma das principais causas de morbimortalidade precoce das populações desses países, assim como em um determinante importante do retardo do crescimento na infância, muitas vezes associando-se nitidamente com o desencadeamento ou piora da desnutrição (BENICIO; MONTEIRO, 2000).

A diarreia é caracterizada por perda de água e eletrólitos nas fezes maior do que o normal, com aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes.

Deve-se observar a ocorrência de 3 ou mais defecações amolecidas ou líquidas em 24 horas. Atentar para o número de evacuações por dia, considerando que estas variam com a dieta e a idade da criança.

O quadro diarreico caracteriza-se, em geral, por fezes líquidas, com grande quantidade de água e sódio e que pode ser acompanhada por vômito, sendo a desidratação a repercussão clínica imediata mais séria da diarreia aguda na infância. Algumas vezes, como resultante de processos infecciosos, também existe a possibilidade da presença de muco ou de sangue (disenteria) nas fezes diarreicas (MELLO; LIMA; TONETE, 2009).



Palavra do profissional

Na avaliação de todas as crianças deve-se: Avaliá-las quanto ao estado de hidratação: se há Desidratação Grave, Desidratação ou há Diarreia Sem Desidratação.

Classificação da Diarreia por Evolução e Tempo de Duração (DOUEK; BRICKS, 2002):

- **Diarreia aguda:** diarreia por menos de duas semanas (até 14 dias), principalmente determinada por processos infecciosos.
- **Diarreia persistente ou protraída:** diarreia aguda que se prolonga por mais de duas semanas (de 15 dias) até um mês (até 30 dias), devido a alterações secundárias funcionais ou morfológicas do trato gastrointestinal.
- **Diarreia crônica:** diarreia por mais de um mês (mais de 30 dias), que constitui a situação mais frequente de má absorção intestinal.

De acordo com a estratégia AIDPI, na ocorrência de diarreia há algumas perguntas-chave e intervenções para a avaliação da criança, como no caso em questão: O bebê/criança está com diarreia? Acompanhe no Quadro abaixo:

Quadro 7: Avaliação do quadro de diarreia na criança

SE A RESPOSTA FOR SIM, PERGUNTAR:	OBSERVAR E PALPAR
1. Há quanto tempo?	Examinar a condição geral da criança. <ul style="list-style-type: none"> • Encontra-se letárgica? Inconsciente? Inquieta? Irritada? • Observar se os olhos estão fundos. • Oferecer líquido ao bebê/criança: A mesma não consegue beber, ou bebe mal? Ou bebe avidamente com sede?
2. Há sangue nas fezes?	Sinal da prega: A pele volta ao estado anterior/normal? De que forma: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Ou lentamente?

Fonte: Douek e Bricks (2002)

A diarreia torna-se grave e perigosa quando ocorre a desidratação pela perda aguda de líquidos e eletrólitos pelas fezes, vômitos e suor causado pela febre. Destacamos no quadro abaixo a classificação da Desidratação por Intensidade dos Sinais (DOUEK; BRICKS, 2002):

Quadro 8: Classificação da Desidratação por Intensidade dos Sinais

SINAIS DE DESIDRATAÇÃO			
PARÂMETROS	AUSENTES OU POUCO EVIDENTES	PRESENTES	PRESENTES E COM SINAIS DE CHOQUE
História de perdas hidroeletrolíticas	Sim	Sim	Sim
Estado geral	Preservado	Irritado, intranquilo	Alterações do sensorio, prostração, agitação, topor e coma.
Peso	Mantido	Perda aguda de peso de pequena a moderada intensidade	Perda de peso aguda e evidente
Sede	Normal ou pouco aumentada	Aumentada a sedento, bebe rápido com avidez.	Dificuldade para ingerir líquidos
Pele e mucosas	Normais	Secas, turgor da pele pastoso e elasticidade diminuída.	Frias e pálidas ou cianóticas, elasticidade da pele muito diminuída (prega cutânea desfaz-se em mais de 2 segundos), turgor pastoso.
Olhos e fontanelas	Redução do lacrimejamento e fontanelas normais	Choro sem lágrimas, tensão ocular diminuída, enoftalmia e fontanelas deprimidas.	Choro sem lágrimas, tensão ocular diminuída, enoftalmia acentuada e fontanelas muito deprimidas.
Pulso	Cheio e rítmico	Fino e rápido	Muito fino, quase imperceptível.
Enchimento capilar *	Normal (até 3 segundos)	Lento (de 3 a 5 segundos)	Muito lento (acima de 5 segundos)
Frequência cardíaca	Normal	Aumentada	Aumentada e nos casos muito graves diminuída. Arritmias
Diurese	Normal	Diminuída com urina concentrada	Oligúria
Respiração	Normal	Aumento da frequência respiratória	Respiração irregular e hiperpneia quando há acidose

Fonte: Douek e Bricks (2002)

Para pesquisar este sinal, (enchimento capilar) comprima a mão fechada da criança durante cerca de 15 segundos e observe o tempo para a volta da coloração normal da palma da mão da criança. Esse sinal é muito útil na avaliação, especialmente de crianças desnutridas em que outros sinais (elasticidade de pele, olhos) são de difícil apreciação.

As estratégias para o diagnóstico, o tratamento e o controle das doenças diarreicas estão bastante difundidas no Brasil, algumas delas, inclusive, baseadas em tecnologias de baixo custo e de fácil manejo, como a Terapia de Reidratação Oral (TRO), incorporada pelo Ministério da Saúde no Brasil, a partir de 1982, como medida de controle das doenças diarreicas. Essa tecnologia é considerada, por esse órgão, como a principal estratégia para a redução da mortalidade por diarreia aguda e desidratação na infância (MELLO; LIMA; TONETE, 2009).

A TRO faz parte do programa de Controle de Doenças Diarreicas da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, além da administração da solução de sais necessários à manutenção do equilíbrio orgânico, enquanto a doença segue seu curso natural (autolimitado), inclui basicamente orientações e intervenções quanto à prevenção da desidratação; ao tratamento da desidratação; à manutenção da alimentação da criança durante e após o episódio diarreico; ao uso racional de medicamentos e; a medidas de higiene pessoal e ambiental (MELLO; LIMA; TONETE, 2009).



Palavra do profissional

Lembre-se de que na AIDIPI encontram-se importantes condutas para o manejo da diarreia e da desidratação. De igual forma, o profissional de enfermagem precisa saber identificar os sinais de desidratação, apresentados nesta unidade, quando da presença de diarreia.

Além disso, atente para o fato de que uma criança desnutrida sofrerá de maneira mais grave o reflexo de uma diarreia com desidratação subsequente. A imunodepressão própria do estado de nutrição deficiente propicia o aparecimento de infecções intercorrentes, dentre elas a diarreia.



Palavra do profissional

É importante verificar a carteira de saúde das crianças com o intuito de identificar falhas no esquema de imunização e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

7.3 Agravos Nutricionais

Os agravos nutricionais também têm sido preocupantes atualmente, cabendo ressaltar que maus hábitos alimentares têm aumentado a possibilidade de obesidade e de desnutrição, tanto a oculta quanto a evidente (FUJIMORI; REZENDE, 2009).

Chamam-se doenças carenciais aquelas em que há falta de nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo ou, ainda, no caso de crianças e adolescentes, adequados também para manter o processo de crescimento e desenvolvimento.

Os profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde precisam atuar efetivamente na promoção da alimentação infantil. Na Unidade 4 deste Módulo, já foram apresentados os benefícios do Aleitamento Materno e você pode lembrar que eles são fundamentais para a prevenção de agravos na criança. Muitas situações com relação à introdução precoce ou tardia da alimentação complementar podem criar vulnerabilidades para a criança.

7.3.1 Introdução Precoce de Alimentos

A introdução precoce de alimentos complementares aumenta o risco de diarreia e outras infecções. Em curto prazo, pode resultar em diminuição da frequência e intensidade da sucção da criança e pode levar à redução da produção de leite materno, contribuindo para o desmame parcial ou total. Assim, os alimentos introduzidos não complementam o leite materno e sim o substituem, ocasionando prejuízo na absorção de nutrientes importantes, particularmente do ferro (FUJIMORI; REZENDE, 2009).

A introdução complementar de líquidos e alimentos também pode ser uma fonte de contaminação a depender das condições de preparo e armazenamento, levando a riscos de infecções (BRASIL, 2002d). A preocupação é que a criança possa apresentar deficiências nutricionais que comprometam seu crescimento e desenvolvimento.

A introdução precoce de alimentos complementares também tem sido associada ao desenvolvimento de outras doenças, tais como a asma, a hipertensão, a obesidade e o diabetes mellitus tipo 1 (FUJIMORI; REZENDE, 2009).

7.3.2 Introdução Tardia de Alimentos

A introdução tardia da alimentação complementar também é prejudicial à saúde da criança. Ela está associada ao retardo do crescimento e à deficiência de micronutrientes, a criança continua a crescer, mas a velocidade do seu crescimento diminui e há risco de desnutrição, particularmente risco para a anemia ferropriva (FUJIMORI; REZENDE, 2009).

Cabe ressaltar que alguns alimentos podem causar alergias e é recomendada que sua introdução seja postergada, como é o caso de alergias ao leite de vaca. Também o uso de mel deve ser evitado para crianças menores de 12 meses, em função da prevenção de botulismo.

Desse modo, temos que cuidar para:

- Evitar a introdução precoce de alimentos.
- Incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo.
- Auxiliar para que a alimentação da criança não seja monótona.
- Orientar para não oferecer alimentos de baixa densidade energética e pobres em micronutrientes.
- Atentar para as anemias.
- Promover a educação em saúde.

Estes cuidados podem evitar graves problemas de saúde. Portanto, o aconselhamento nutricional tem significativo impacto no crescimento e no desenvolvimento da criança, nas práticas maternas de cuidado das crianças e contribui para a diminuição da anemia (VALLE; SANTOS; GIGANTE, 2004).

De acordo com os princípios da estratégia AIDPI, algumas perguntas-chave são importantes na investigação da anemia e desnutrição:

- Verificar se há edema visível.
- Há edema nos pés?
- Há palidez palmar? É leve ou intensa?
- Avaliar o peso em relação à idade. É muito baixo?
- Verificar se houve crescimento. Como está a curva do gráfico?

A partir deste momento, abordaremos um tema que também merece cuidado especial, como a alimentação, que é a violência na infância.

7.4 Violência na Infância

Atualmente a violência é um importante problema de saúde pública, pois dentre as causas externas de mortalidade, ela está junto com os acidentes como a primeira causa de morte na população com faixa etária entre 1 e 19 anos (BRASIL, 2010d).

Para a violência que acomete crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde define como quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2001b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência é classificada em três grandes categorias, dividida em tipos de violência mais específica e identificada como: a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada); por indivíduos ou grupos (interpessoal) e; por organizações maiores (coletiva). Esses tipos são relacionados à sua natureza física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono (BRASIL, 2010d).

Conhecer e saber identificar as formas de manifestação da violência que mais afetam as crianças é fundamental para oferecer cuidado e proteção social, especialmente na rede pública de saúde (BRASIL, 2010d).

A **violência autoprovocada** ou contra si mesmo envolve o comportamento suicida, é o suicídio propriamente dito (BRASIL, 2010d).

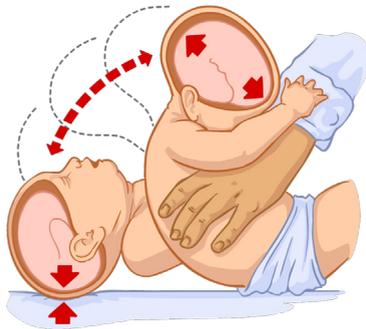
Já a **violência interpessoal** ocorre na interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa, como também nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre outras, nas quais estão caracterizadas as relações de poder (MINAYO, 2009). É dividida em violência **intrafamiliar** e **comunitária**.

E a **violência coletiva** é em geral cometida por grandes grupos ou pelo estado, grupos armados, milícias ou grupos terroristas.

A seguir, são apresentadas as violências segundo sua natureza:

- **Violência física:** Caracterizada como ato violento com uso de força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas no corpo, podendo provocar inclusive a morte:
- **A Síndrome do bebê sacudido:** É causada por violenta movimentação do tronco e cabeça da criança, fazendo com que ocorra choque do cérebro contra a calota craniana. Esse ato provoca microlesões e microhemorragias, até hemorragia maciça e rompimento de fibras do tecido nervoso.

Figura 16: Síndrome do bebê sacudido.



Fonte: Observatório da Infância (2012)

- **Síndrome de Munchausen por procuração:** É caracterizada pela simulação ou criação, por um dos responsáveis ou cuidador, de sinais ou sintomas que caracterizam doenças em seus filhos. É considerado um tipo de violência física por exigir dos profissionais de saúde a investigação e a execução de exames penosos para a criança.

- **Violência psicológica:** É a ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento normal da criança ou adolescente. É manifestada por atitudes de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (Brasil, 2010d).



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a temática, indicamos o vídeo Não sacuda seu bebê (Síndrome do Bebê Sacudido), disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=o0vASBX8CQ0>>.

Outras formas de violência psicológica: síndrome de alienação parietal, que é um termo jurídico que diz respeito às sequelas emocionais e comportamentais sofridas pela criança vítima da conduta do pai ou da mãe, após a separação, que age para que a criança rejeite o ex-cônjuge; o assédio moral ou a violência moral refere-se a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, durante jornada de trabalho e o *bullying* que ocorre frequentemente nas escolas e é caracterizado por agressões, dominação e prepotência. No *bullying*, a violência física pode estar presente (BRASIL, 2010d).

- **Violência sexual:** É todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando satisfação sexual do agressor.



Saiba mais

Para entender mais sobre o assunto e principalmente sobre a diferenciação entre violência sexual dos jogos sexuais infantis. Acessando o site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf>.

- **Negligência:** Caracteriza-se por omissões dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, ao deixarem de atender as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social. Inclui a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à

educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo; de proteção de condições climáticas (frio, calor); de condições para a frequência à escola e; a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual (BRASIL, 2010d). O abandono é uma forma mais grave de negligência.



Palavra do profissional

É importante saber que a criança pode ser afetada por mais de um tipo de violência, principalmente quando em situações crônicas.

É importante que os profissionais de saúde estejam alerta aos sinais e sintomas de violência. Estes se traduzem em consequências que podem ser distintas de acordo com cada etapa do desenvolvimento. Quanto mais precoce, intensa ou prolongada é a situação de violência, maiores e mais permanentes serão os danos para a criança.

A idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a frequência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima. Bem como a representação do ato violento pela criança ou pelo adolescente, ou ainda as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras determinam o impacto da violência à saúde para esse grupo etário (BRASIL, 2010d).

Existem diversos momentos em que os profissionais interagem com a criança e sua família e que são oportunos para identificação destes sinais e sintomas. O que nos leva a questionar/refletir sobre quais são estes momentos de interação que nos referimos?

Obtemos como resposta, que são todas as situações em que entramos em contato com a criança e a família e conseguimos observar a interação entre mãe, pai ou cuidador e aquela, ou seja, na recepção do serviço de saúde, vacina, curativo, farmácia, grupos de educação em saúde, consulta médica, de enfermagem, odontológica, psicólogo, nas visitas domiciliares, dentre outras, como na escola.

Destacamos a seguir algumas das alterações comportamentais apresentadas por crianças de até 11 meses e de 1 a 4 anos em situação de violência, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d):

Quadro 9: Alterações comportamentais da criança em situações de violência

SINAIS DE VIOLÊNCIA	ATÉ 11 MESES	1 A 4 ANOS
Choro sem motivo aparente		
Irritabilidade frequente, sem causas aparente		
Olhar indiferente e apatia		
Tristeza constante		
Demonstrações de desconforto no colo		
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites		
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressões de etapas atingidas		
Dificuldades na amamentação, podendo chegar a recusar alimentar; vômitos persistentes		
Distúrbios de alimentação		
Atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala		
Distúrbios do sono		
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento		
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico.		
Afecção de pele frequente sem causas aparente		
Comportamentos extremos de agressividade até o fracasso na escola		
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações		
Pesadelos frequentes, terror noturno		
Tique ou manias		
Baixa autoestima e autoconfiança		
Sintomas de hiperatividade		

Fonte: Brasil (2010d)

Como podemos observar: Os espaços coloridos indicam a presença do sinal da violência na respectiva faixa etária.

A violência psicológica na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, vir a interferir no curso normal do desenvolvimento, num processo crônico que deixará sequelas em vários níveis e gravidade. Surgem como sinais de angústia e ansiedade que acabam por determinar problemas comportamentais, que fogem ao padrão

habitual e motivam a procura dos serviços de saúde. Dentre os problemas de saúde mental decorrentes da violência, destaca-se também o transtorno de estresse pós-traumático, o qual comumente é desencadeado por uma situação violenta (BRASIL, 2010d)

Além dos sinais gerais de danos emocionais citados anteriormente, também se suspeita de violência quando a criança apresentar os seguintes sinais:

Sinais Gerais Físicos

- Presença de lesões ditas como “acidentais” não compatíveis com a idade da criança ou com desenvolvimento psicomotor da criança.
- Lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado.
- Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura.
- Lesões bilaterais e simétricas.
- Lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo.

Sinais indicativos de negligência

- Comportamento dos pais ou responsáveis: descaso com a higiene corporal e aspecto da criança; descuido na guarda, no preparo ou oferta dos alimentos à criança; descuido com a segurança da criança e descaso com a prevenção de acidentes domésticos; descuido com o acompanhamento e seguimento do esquema vacinal; demora inexplicável para procura dos recursos de saúde diante de sinais de doença, descuido com o tratamento e orientações recomendadas pela equipe de saúde (BRASIL, 2010d).

Sinais de ausência de cuidado com a criança:

- Doenças parasitárias ou infecciosas frequentes; lesões de pele frequentes ou dermatite de fralda de repetição sem tentativas eficientes de tratamento; déficit do desenvolvimento e crescimento sem outros problemas que justifiquem o fato; desnutrição sem doença de base; obesidade por descuido com a nutrição da criança; uso de roupas inadequadas à idade ou ao clima (BRASIL, 2010d).

Sinais de violência sexual em crianças

- Edema e lesões na área genital sem doenças que possam justificar as características da lesão; lesões no palato, decorrentes de sexo oral; sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação e ou flacidez do esfíncter anal sem presença de doenças que justifiquem os fatos; laceração do introito vaginal.

As medidas protetivas contra a violência à criança são uma necessidade que deve ser atendida por todos os membros da sociedade. Os profissionais de saúde têm o dever de conscientizar e sensibilizar a população sobre o tema e a necessidade de reconhecer a criança como um ser de direitos, que precisa da família, da proteção e do atendimento das suas necessidades básicas para que se desenvolva de forma saudável.

7.5 Enfoque na Comunicação

Em todos os momentos de atendimento às crianças devemos estabelecer boa comunicação com as mães e cuidadores:

- Escutar atentamente o que dizem.
- Utilizar palavras que eles possam entender.
- Dar tempo para eles responderem.
- Fazer perguntas adicionais, estabelecendo diálogo e interação.



Palavra do profissional

A enfermagem deve construir um cuidado visando contribuir para solucionar os problemas que afetam a saúde das crianças; mudar o enfoque da atenção à doença para a atenção global à criança; utilizar tecnologias adequadas para avaliação, assistência e tratamento das enfermidades mais frequentes e; enfatizar a importância da participação da família e da comunidade.

7.6 Resumo

As ações básicas de saúde têm se constituído em um dos alicerces para a diminuição da morbimortalidade das crianças menores de cinco anos, em decorrência dos agravos prevalentes.

A equipe de saúde, especificamente a enfermagem, precisa saber avaliar a criança de acordo com a sua idade e identificar os sinais de risco, para planejar e implementar uma assistência de forma adequada. Buscando a promoção, a prevenção e o tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como o controle dos agravos à saúde, infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, desidratação, doenças carenciais, violência, entre outros.

7.7 Fechamento

Relembramos nesta unidade de estudo a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI) e suas características. Nesse sentido, revisamos os sinais gerais de perigo e principais sinais e sintomas para avaliação da criança nos agravos prevalentes, reforçando a importância das intervenções de enfermagem no contexto da família. A partir dos conhecimentos adquiridos nesta unidade, esperamos que você desenvolva ações qualificadas para atender a crianças diante dos principais agravos à saúde e à interação com a família.

7.8 Recomendação de leitura complementar

SOUZA, A. I. J. et al. **Saúde da criança: enfermagem**. Florianópolis: [s.n.], 2010. 128 p. Disponível em: <https://unasus.moodle.ufsc.br/file.php/37/EMFERMAGEM_2805/Impresso2805/Enfer_2805_Unidade1.pdf>.

Série Violência e Saúde Mental Infante-Juvenil, que contempla os seguintes livros:

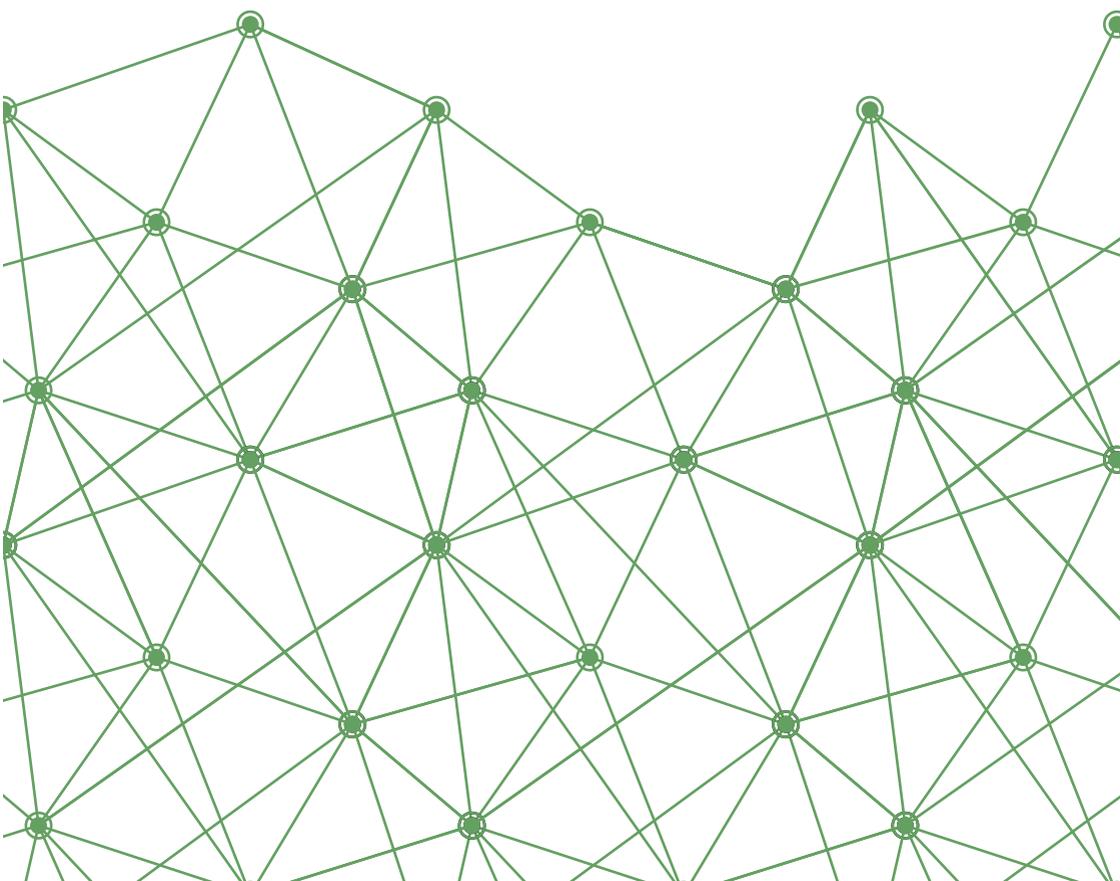
AVANCI, J.; ASSIS, S.; PESCE, R. **Depressão em Crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência**. Rio de Janeiro: Ensp; Claves; Fiocruz; CNPQ, 2008.

ASSIS, S. et al. **Ansiedade em Crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância**. Rio de Janeiro: Ensp; Claves; Fiocruz; CNPQ, 2007.

PESCE, R.; ASSIS, S.; AVANCI, J. **Agressividade em Crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância**. Rio de Janeiro: Ensp; Claves; Fiocruz; CNPQ, 2008.

Esses livros podem ser acessados na Biblioteca Virtual Violência e Saúde, disponível em: <<http://www.bvsvs.icict.fiocruz.br>>

UNIDADE 8



Unidade 8 – Medidas terapêuticas relacionados ao neonato e lactente

O estudo desta Unidade objetiva reconhecer e relacionar o papel do profissional de enfermagem no manejo dos agravos comuns da infância, identificar as intervenções de enfermagem específicas para cada criança acometida por uma doença, enfatizando o tratamento, as medidas preventivas e a educação em saúde no contexto da família.

8.1 Introdução

Na Unidade 7, abordamos os agravos prevalentes à saúde da criança, sendo que foram enfatizadas as doenças mais comuns na infância e que estão relacionadas aos índices de morbimortalidade das crianças menores de cinco anos.

As medidas terapêuticas relacionadas aos agravos prevalentes em saúde da infância também terão como foco os princípios da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), já abordados na unidade sobre as políticas de saúde da criança do Módulo V e na unidade de agravos prevalentes em saúde da criança deste módulo.

Assim, passaremos a discorrer sobre medidas terapêuticas separadamente para cada uma das doenças prevalentes na infância. Lembre-se que a criança pode ser acometida de uma ou mais doenças e, portanto, os cuidados devem ser integrais.

8.2 Agravos Respiratórios

Em qualquer situação que leva a criança ao serviço de saúde, é importante identificar os quadros mais graves, nos quais existe risco de vida. Assim, como vimos na Unidade 7, a criança com Infecção Respiratória Aguda (IRA) pode apresentar vários e diferentes sinais e sintomas e sua identificação é prioritária, assim como a avaliação e a conduta de acordo com a idade.

Para fixarmos bem este estudo, é importante que tenhamos estas e outras informações sempre presentes, a fim de agilizarmos e prestarmos um atendimento de qualidade e seguro. Vamos recordar alguns passos da AIDPI (BRASIL, 2002e):

Passos para o atendimento da criança doente:

1. Avaliar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade ou a criança de 1 semana a 2 meses de idade.
2. Classificar a doença.
3. Identificar o tratamento.
4. Tratar a criança.
5. Aconselhar a mãe ou o acompanhante.
6. Atenção à criança de 1 semana a 2 meses de idade.
7. Consulta de retorno (agendar).

Nessa estratégia, os itens acima têm as seguintes significações:

- **Avaliar a criança:** Histórico de saúde da criança, exame físico completo.
- **Classificar a doença** e identificar sua gravidade para selecionar o tratamento nos quadros de conduta.
- **Identificar o tratamento da criança.**
- **Tratar** significa proporcionar atendimento no serviço de saúde, incluindo a prescrição de medicamentos e outros tratamentos a serem dispensados no domicílio, bem como as recomendações às mães para realizá-los bem.
- **Aconselhar a mãe ou o acompanhante** implica avaliar a forma pela qual a criança está sendo alimentada e proceder às recomendações a serem feitas à mãe sobre os alimentos e líquidos que deve dar à criança, assim como instruí-la quanto ao retorno ao serviço de saúde.

A atenção integrada às crianças doentes de 2 meses a 5 anos de idade é apresentada em três quadros intitulados:

1. Avaliar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade.
2. Tratar a criança.
3. Aconselhar a mãe ou o acompanhante.



Palavra do profissional

A atenção à criança de 1 semana a 2 meses de idade é um pouco diferente daquela que é dada a crianças de mais idade e é descrita em um quadro intitulado avaliar, classificar e tratar a criança de 1 semana a 2 meses de idade.

O profissional de enfermagem deve avaliar os sinais e os sintomas e lembrar que tosse, dispneia, chiado, coriza, dor de garganta com duração média de sete dias caracteriza-se como um caso de IRA. Lembramos que os sinais mais importantes no que se refere à probabilidade da criança estar com pneumonia são a tosse e a dificuldade para respirar.

Algumas ações de enfermagem:

- Verificar a frequência respiratória em 1 minuto com a criança calma e sem choro.
- Observar a presença de tiragem, estridor, sibilância, gemência (sobretudo em menores de 2 anos), períodos de apneia, cianose, exantema, distensão abdominal, inapetência.
- Verificar a temperatura.

É importante saber o que fazer quando ocorre agravamento do quadro clínico da criança. Lembre-se de que a faixa etária mais vulnerável e que apresenta sintomatologias, muitas vezes, inespecíficas é a dos lactentes menores de 2 meses.

Muitos dos sintomas já apresentados podem ser confundidos com várias outras doenças. Dentre os sintomas inespecíficos, destacam-se a distensão abdominal, a anorexia, a febre e tiragem subcostal comum ao processo respiratório dessa faixa etária.



Palavra do profissional

Fique atento se a respiração for rápida e maior que 60 mpm e se a tiragem subcostal for mais acentuada.

Além das medidas de avaliação, é necessário que o profissional de enfermagem realize também as medidas de promoção da saúde, prevenção e recuperação dos agravos respiratórios, levando em consideração a participação da família em tal processo.

Sugerimos algumas ações aos responsáveis para durante e após o período de doença respiratória, que favoreçam o pronto restabelecimento da criança, bem como a manutenção de seu processo saudável de crescimento e desenvolvimento, a saber:

- Estabelecer medidas de controle de disseminação de doenças respiratórias, tais como: manter o ambiente da casa limpo e arejado; lavar as mãos com frequência, principalmente antes e após o manuseio da criança; dormir de preferência em camas e quartos separados; tossir ou espirrar utilizando lenço de papel para proteger o rosto ou usando a parte anterior do braço para esta proteção. Explicar que tal medida evita a disseminação de gotículas no ambiente.
- Prevenir perda de peso e desnutrição. Toda criança doente apresenta em maior ou menor grau inapetência que se for prolongada pode causar perda de peso e nas crianças baixo peso pode causar desnutrição. É importante orientar a família quanto à oferta dos alimentos, tais como:
 - Crianças amamentadas devem manter o aleitamento materno.
 - Oferecer alimentos líquidos em menor quantidade e com maior frequência.
- Prevenir a Desidratação (DHE). As crianças quando doentes podem apresentar febre, taquipneia, vômitos e anorexia. Estes sinais e sintomas nas crianças menores causam perda de líquido corpóreo, levando ao risco de DHE. Algumas medidas preventivas: manter amamentação e estimular ingestão de líquidos (água, chás, sucos) em pequenas quantidades e mais frequentemente.



Compartilhando

Lembre-se de que o aumento da frequência respiratória, a febre, o vômito e a anorexia podem evoluir muito rapidamente para uma desidratação, portanto, estimule a família a ser criativa no que se refere ao oferecimento de alimentos e líquidos.

- Fluidificar as secreções: Através da ingesta hídrica aumentada ou da vaporização. A vaporização pode ser feita com nebulização com soro fisiológico 0,9 % ou mantendo o ambiente do banheiro com vapor do chuveiro quente.
- Desobstruir as vias aéreas favorece conforto à respiração diminuindo o cansaço e esforço respiratório.

Instilar em cada narina meio conta-gotas (0,5 ml) de soro fisiológico. Repetir esta medida sempre que necessário.

- Orientar a família para ficar atenta aos sinais de gravidade respiratória, tais como: piora do estado geral, início do quadro de febre, dificuldade para mamar ou comer, frequência respiratória aumentada, dificuldade respiratória, “cansaço” mesmo após medidas de desobstrução das vias aéreas, cianose e gemência.

Orientar a mãe que procure o Serviço de Saúde caso a criança não apresente melhora do quadro dentro de 48 a 72h para reavaliação da equipe de saúde.

- Evitar alérgenos, tais como fumaça de cigarro ou queima de madeira ou carvão, umidade, mofo, pelo de animais, bichinhos de pelúcia, aglomeração e extremos de temperatura.

- De acordo com Hockenberry e Wilson (2011), na redução da exposição à fumaça de cigarro no ambiente, dentre entre outras medidas, destacam-se:
 - Manter o ambiente da casa livre de fumaça.
 - Evitar a exposição da criança à fumaça ambiental.
 - Encorajar amamentação exclusiva nos primeiros seis meses; se a mãe que amamenta estiver em tratamento para parar de fumar.
 - Sugerir que a mãe troque as roupas de cima após fumar e antes de amamentar o lactente.
 - Não fumar próximo de crianças; restringir o hábito de fumar a uma área isolada da casa onde as crianças não brinquem nem durmam e não permitir que os visitantes fumem na casa.
- Administrar antibiótico e antitérmico conforme prescrição médica; orientar a importância da administração do medicamento na dose (ml) certa e nos horários certos. Orientar que a mãe retorne à unidade de saúde caso a criança não aceite a dose do medicamento via oral ou tenha episódios de vômitos. Certificar-se de que a mãe compreendeu a maneira de diluir o medicamento e as demais orientações.



Saiba mais

Você encontra orientações de como ensinar a mãe a dar medicamentos por via oral em casa, consultando as normas do AIDIPI, módulo 4, p 26, 2008. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4.

8.3 Diarreia

As doenças diarreicas configuram um dos principais problemas que afetam a faixa etária infantil, em especial nas crianças menores de 5 anos. Como já foi visto na Unidade 7. Os aspectos importantes no manejo das crianças com diarreia aguda são: a prevenção da desidratação, o tratamento da desidratação (quando for o caso), a manutenção da alimentação da criança durante e após o episódio diarreico e o uso racional de medicamentos.

Os lactentes e as crianças com diarreia aguda e desidratação devem receber principalmente **terapia de reidratação oral – TRO**, pois esta solução aumenta e promove a reabsorção do sódio e de água (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).



Palavra do profissional

Lembre-se que o profissional de enfermagem precisa saber identificar os sinais de desidratação diarreica, classificar a desidratação e selecionar o tratamento correto.

Agora, vamos abordar as medidas terapêuticas frente à criança com diarreia de acordo com os três planos preconizados pela AIDUPI (BRASIL, 2003c)

Plano A - Tratar a Diarreia em Casa.

Plano B - Tratar a Desidratação com SRO.

Plano C - Tratar Rapidamente a Desidratação Grave.

No caso do Plano A, destina-se à criança com diarreia e sem desidratação.

As três regras de tratamento em casa são:

1. Dar mais líquido do que o habitual para prevenir a desidratação.

- O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.

2. Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição.

- Continuar o aleitamento materno.
- Se a criança não mamar, continuar com o leite habitual.
- Manter a dieta normal para as crianças maiores de 4 meses, que comem alimentos sólidos, e também para os adultos.

3. Se o paciente não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo, deve ser levado ao serviço de saúde:

Os Sinais de perigo apresentam os seguintes sintomas: Piora da diarreia, vômitos repetidos, muita sede, febre, a criança recusa alimentos e apresenta sangue nas fezes.

Os pacientes devem receber soro oral (SRO) no domicílio se:

- Estiverem desidratados e receberem alta.
- Não puderem voltar ao serviço de saúde.
- Vierem de áreas afetadas por cólera.



Compartilhando

Compartilhando: Lembre-se que a Terapia de Reidratação Oral (TRO) é o mesmo que Soro de reidratação Oral (SRO).

Acompanhe a dosagem abaixo:

Quadro 10: Medidas de sais para reidratação

IDADE	QUANTIDADE DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL QUE SE DEVE TOMAR APÓS EVACUAÇÃO DIARREICA	QUANTIDADE DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL PARA LEVAR AO DOMICÍLIO
Menores de 1 ano	50 – 100 ml 1 envelope por dia	1 envelope por dia
1-10 anos	100 – 200 ml	2 envelopes por dia

Lembramos que no caso do Plano A – Tratamento Caseiro, podemos preparar para a criança doente um prático e eficaz soro caseiro, acompanhe a receita.



Compartilhando

Preparo do soro caseiro: Um copo (200 ml) de água potável (filtrada, fervida) com 1 colher de chá rasa de sal e 2 colheres de sopa rasa de açúcar. Modo de oferecer: em colheradas ou pequenos goles. Modo de conservação: em geladeira, por um período de 24 horas.

PLANO B - Destina-se à criança com diarreia e com sinais de desidratação: **Tratar a desidratação por Via oral:**

1. Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO).
 - A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
 - O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
 - Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.
2. Observar o paciente continuamente, durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral.
3. Durante a reidratação reavaliar o paciente:
 - Se não apresentar sinais de desidratação, use o Plano A.
 - Se continuar desidratado, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar.
 - Se o paciente evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C.
4. Aproveitar a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde para ensinar a:
 - Reconhecer os sinais de desidratação.
 - Preparar e administrar o Soro de Reidratação Oral.
 - Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar.

Os pacientes desidratados deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa.

Vale ressaltar que as quantidades de SRO apresentadas nos planos A e B servem como orientação do profissional de saúde para o atendimento, porém a idade ou o peso da criança, o grau de desidratação e o número de dejeções durante a reidratação afetarão a quantidade necessária de solução. De uma maneira geral, a criança deverá beber tanto quanto tenha necessidade. Caso a criança queira mais ou menos que o estimado, dê-lhe o quanto ela quiser.

Outra forma de calcular a quantidade necessária de solução de SRO (em ml), multiplique o peso da criança (em quilogramas) por 75.

- Por exemplo, uma criança que pesa 8 kg necessitaria de: $8 \text{ kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml}$ de solução de SRO em 4 horas. A administração da solução de SRO não deve interferir com a alimentação normal de um lactente alimentado no peito. A mãe deve fazer pausas para deixar que a criança mame sempre que o desejar, para a seguir dar a solução de SRO para o filho (BRASIL, 2003b).

Lembre-se que o Plano C destina-se a pacientes com diarreia e desidratação grave.

Lembre-se que esta é uma conduta a ser realizada no ambiente hospitalar. Muitas vezes, até a chegada da criança ao hospital, deverá ser oferecida a ela a SRO, na tentativa de diminuir o risco de choque hipovolêmico. Porém, vale lembrar que esta é uma situação de grande gravidade, não se podendo ser perdido tempo.

O plano C compõe-se de duas fases, a de expansão (fase rápida) e a de manutenção e reposição (realizadas em conjunto), conforme evidenciado a seguir:

Quadro 11: Fase de expansão

FASE RÁPIDA		
Solução (1:1)	Volume total	Tempo de administração
Metade de soro glicosado a 5% e metade de soro fisiológico	100 ml/kg	2 horas

É necessário avaliar a criança com atenção e continuamente. Assim que esta puder beber, iniciar o SRO, mantendo hidratação por via venosa.

Quadro 12: Fase de manutenção e reposição

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO	
Volume para manutenção	(SG a 5%) 4:1 (SF) 100 ml/kg / 24 horas
Volume para reposição	(SG a 5%) 4:1 (SF) 100 ml/kg / 24 horas
KCL a 10%	2 ml/100 ml

Avaliar a criança com atenção e continuamente. Se não estiver melhorando, aumentar a velocidade da infusão. Observando que:

- Quando a criança puder beber (geralmente em 2-3 horas), iniciar o soro oral, mantendo-se a hidratação por via endovenosa com 20 ml/kg/dia.
- Observar a criança por pelo menos 6 horas.
- Retirar a via endovenosa somente quando a criança puder ingerir SRO suficiente para manter-se hidratada. A quantidade de SRO necessária varia de uma a criança para outra, dependendo do volume de evacuações.

- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida é maior nas primeiras 24 horas do tratamento, especialmente nos pacientes que tiveram desidratação grave. Como orientação, considerar a quantidade média de SRO necessária para estas crianças: entre 250-500 ml (SRO/kg de peso/24 horas).

O tratamento de reidratação mediante líquidos por via endovenosa (EV) ou usando uma sonda nasogástrica é recomendado apenas para as crianças com desidratação grave.

As crianças que estiverem desidratadas deverão permanecer no serviço de saúde até não haver perigo de voltar a se desidratar.

No contexto da prevenção, salientamos a importância de algumas medidas para o manejo e controle das doenças diarreicas, tendo destaque especial ao processo de educação em saúde para as famílias. Destacamos alguns pontos importantes, tais como:

- Acompanhamento do desenvolvimento e crescimento e desenvolvimento da criança.
- Esquema de imunização de acordo com o calendário vacinal.
- Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.
- Saneamento básico, água potável, rede de esgoto, condicionamento adequado e coleta regular do lixo.
- Orientação da família sobre os sinais de desidratação e piora do estado geral da criança.
- Manter sempre a prática de higiene pessoal (especialmente das mãos), do ambiente, dos alimentos (incluindo acondicionamento, conservação e manuseio), nas trocas de fraldas.



Palavra do profissional

Lembre-se que a conservação dos alimentos é igualmente um fator preponderante na prevenção das doenças diarreicas.

Na avaliação de enfermagem a uma criança com diarreia, a família deve ser orientada sobre a situação de saúde da criança e quais os cuidados necessários frente a essa situação. Por outro lado, os conhecimentos da família também devem ser valorizados, buscando alternativas que sejam significativas para o profissional e, também, para a família na prevenção e tratamento da criança com diarreia (BOEHS, 2005).

8.4 Febre

Outra intercorrência, embora representativa de uma série de problemas comuns na infância, é a febre. A criança, de maneira geral, está mais sujeita às oscilações de temperatura dos que os demais. Habitualmente é uma das queixas mais comuns que levam os pais a procurarem os serviços de saúde. Neste sentido, o profissional de enfermagem deve estar atento à história da febre relatada pelos pais ou responsáveis.

Na investigação da febre, é importante considerarmos alguns aspectos, tais como (BOEHS, 2005):

- Idade: atenção para a faixa de risco (RN e o lactente nos primeiros dois a três meses de vida).
- Intensidade da febre: procurar saber se ela chegou a 39,5 °C, e se ocorreu hipotermia (abaixo de 36 °C).
- Associação de febre com tremores de frios (diferenciar de simples calafrios ou abalos musculares).
- Apetite: diminuição evidente.
- Alterações do comportamento: Irritabilidade acentuada, sonolência exagerada, apatia, choro inconsolável, choramingação, alucinações, gemência.
- Outros sintomas: Coriza, secreção nasal, espirros, tosse (vias aéreas), chiado e falta de ar (brônquios), vômitos e diarreia (tubo digestivo).
- Duração do episódio febril: Procurar determinar, com a precisão possível, o momento presumido do início da febre. Investigar se a febre foi aferida? Foi medicada? Que outras medidas a mãe adotou para baixar a febre?

Ao realizar o exame físico, o enfermeiro deve estar atento às condições da pele (manchas, vesículas, lesões), à presença de sinais meníngeos, ao estado de hidratação, ao padrão respiratório, ao nível de consciência (reatividade, estado de alerta, sonolência, irritabilidade).

Ainda de acordo com Boehs (2005), devemos ter atenção para alguns sinais de alerta:

- Faixa etária de risco: RN e lactente até 3º mês de vida.
- Febre de mais de 39,4 °C, especialmente se acompanhada de tremores de frio, sugere infecção bacteriana/bacteriemia. Suspeitar também em casos de temperatura abaixo de 36 °C em criança abatida.
- Estado infeccioso/toxêmico acentuado: má impressão geral, aspecto abatido, inapetência, irritabilidade alternada com sonolência, letargia, apatia, fácies de sofrimento, choro inconsolável ou choramingas, gemência (sinal de alarme) e observe ainda a disposição da criança.
- Duração da febre maior que três dias (mais de 72 horas), contados com a maior precisão possível a partir do momento presumido do início da febre.

A febre pode ser combatida através de medidas medicamentosas e ambientais (ou não farmacológicas). Os antitérmicos devem ser utilizados conforme orientação médica e as famílias devem ser orientadas quanto à dosagem correta e o intervalo entre as doses.

As medidas ambientais para reduzir a febre podem ser usadas se toleradas pela criança. Algumas medidas não farmacológicas no manejo da febre:

- Resfriamento externo (compressas ou espojamento), fricção da pele com esponja de água morna, uso mínimo de roupas, expor a pele ao ar, reduzir a temperatura ambiente e aumentar a circulação do ar.
- Hidratação.
- Repouso.
- Roupas frescas e ambiente fresco.

Segundo as recomendações do AIDIP (BRASIL, 2003c) é importante ressaltar que toda criança que venha à unidade de saúde com febre e reside em área com alto risco de malária deve ter uma amostra de sangue colhida para exame. Para as áreas de baixo risco, colher sangue para exame se não houver outra causa para febre ou houver outros indicativos para suspeitar-se de malária.



Palavra do profissional

Na prática, não tratamos a febre, mas sim seus sintomas. É importante explicar isso aos pais.

No dia a dia, o profissional de enfermagem precisa compartilhar com a família algumas informações que podem ajudá-la no manejo da febre. Essas informações podem ser medidas para diminuir a temperatura além do uso de medicamentos, bem como reconhecer os sinais e os sintomas de agravamento da condição da criança.

É importante orientar a família de que a febre em crianças maiores de 2 meses bem nutridas e saudáveis deve ser tratada inicialmente através de medidas para diminuir a temperatura, deixando a criança confortável e observando sua resposta ao tratamento. Isso ajuda a família a não sair correndo ao primeiro sinal de elevação da temperatura (BOEHS, 2005).

8.5 Agravos Nutricionais

Em relação às doenças carenciais, junto com a desnutrição estão as anemias nutricionais, em especial na realidade brasileira. Diante desse cenário, é importante que o profissional de enfermagem considere em sua avaliação qual tem sido o padrão alimentar da criança e que tipo de alimentos ela tem recebido em quantidade e qualidade (ALONSO; CARTANA, 2005).

Nesse sentido, a avaliação do profissional de enfermagem é de suma importância. Assim vejamos algumas ações de promoção da saúde e de prevenção que devem ser o foco da enfermagem diante dos agravos nutricionais:

- Estimular o aleitamento materno até pelo menos os seis meses de vida.
- Orientar a mãe sobre uma nutrição adequada durante o período gestacional.
- Orientar sobre a alimentação complementar da criança, pois esta deve receber uma dieta rica em ferro, nutriente presente em carnes, peixes, aves, frutas cítricas, hortaliças cruas.
- Recomendar evitar o uso de refrigerantes, chá preto e café, pois eles reduzem a absorção do ferro.
- Contribuir com campanhas que ajudem a melhorar o saneamento básico e a prevenção de infestações parasitárias.
- Realizar atividades educativas explicando a função correta dos alimentos e as formas adequadas para sua conservação e utilização.

8.6 Violência

Os profissionais de saúde, no desenvolvimento das suas atividades, devem estar atentos aos sinais de risco ou vulnerabilidade aos quais as crianças podem estar expostas. Desde o período gestacional ocorrem indícios de risco à violência e as características do ambiente familiar são decisivas para favorecer ou dificultar o desenvolvimento da criança. Cientes da importância dos vínculos entre família e bebê, os profissionais de enfermagem devem implementar ações de promoção de saúde e prevenção da violência familiar.

Por outro lado, o serviço de saúde deve estar preparado para acolher e oferecer espaço para que a gestante expresse seus sentimentos e esclareça suas dúvidas. Nas atividades em grupo ou individuais, o profissional de saúde deve orientar as famílias sobre outras formas de educar e de se comunicar com seus filhos, reconhecendo e respeitando seus direitos.

As ações profissionais desenvolvidas com sensibilidade, dedicação e respeito ajudam as famílias a identificar os seus recursos para lidarem com as suas dificuldades e modificarem padrões muitas vezes introjetados e considerados corretos. A violência gera violência e este ciclo precisa ser interrompido.

Linha de cuidado é uma estratégia de ação, um caminho para o alcance da atenção integral (integralidade) que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até os mais complexos níveis de atenção, exigindo ainda a interação com os demais para garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010d).

O atendimento às crianças e às famílias em situação de violência familiar deve seguir alguns passos que são: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidado e de proteção social. Em cada uma destas etapas, os profissionais de saúde têm papel importante a ser executado.



Acolhimento: Não é um espaço ou local, mas um posicionamento ético que implica em compartilhamento de saberes, angústias e criatividade nos modos de fazer. É o momento em que o profissional acolhe, abriga, aconchega a criança em suas demandas.

Os profissionais de saúde devem: receber a criança e a família de forma empática e respeitosa, com objetivo de proteção à criança. Devem também acompanhar os casos e proceder aos encaminhamentos necessários desde a entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de proteção social. Igualmente deve adotar atitudes positivas e de proteção à criança: evitar julgamentos, indignação, censura ou acusações e comentários e atuar de forma conjunta com a equipe.

O Atendimento nunca deve ser uma ação solitária do profissional, é uma ação multiprofissional e articulada com a rede de cuidado e de proteção social. Nesta etapa ocorre o exame físico com descrição das lesões e o preenchimento do prontuário único pelos diferentes profissionais envolvidos no atendimento. A atitude dos profissionais deve ser de abertura e honestidade. A rede de cuidado e de proteção social no território deve sempre ser acionada a fim de apoiar as medidas tomadas pelo profissional de saúde na garantia de direitos e de proteção da criança.

- **Notificação:** deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição. A notificação é uma das dimensões da linha de cuidado, cabendo ao serviço de saúde, por meio da equipe, avaliar qual o melhor momento de registro na ficha de notificação, bem como do encaminhamento ao Conselho Tutelar.
- **Seguimento na rede de cuidado e de proteção social:** acompanhar a criança e sua família até a alta, com planejamento individualizado de cada caso; acionar a rede de cuidado e de proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção, tanto na rede de saúde quanto na rede de proteção social e defesa.

Portanto, além de seguir as premissas da rede de cuidado à vítima de violência, estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010d), os profissionais de saúde devem manter ações constantes de prevenção no ambiente da atuação, trazendo a discussão do tema aos grupos de famílias atendidas nas unidades de saúde.

8.7 Medidas de promoção de segurança da criança

A criança precisa permanecer em ambientes seguros e confortáveis e para isso depende dos cuidados de adultos. Destacamos a atenção que deve ser dada aos acidentes como intoxicações com medicamentos, sufocação, engasgos, queimaduras e traumas, entre outros. Confira alguns pontos:

- Orientar a mãe a não passar pomadas sobre a mama, pois podem ser sugadas durante a amamentação. Incentivar o aleitamento materno (você já estudou em relação à amamentação em unidades anteriores).
- Quando administrar medicamento, posicione adequadamente a criança em posição diferente da amamentação e utilize seringa.
- Manter o recém-nascido no berço em tórax elevado e lateralizado após as mamadas.
- Manter proteção na lateral do berço ou no local onde o recém-nascido dorme.
- Estar atento à temperatura da água do banho para que não seja nem fria nem quente demais. Recomenda-se que, ao encher a banheira, coloque-se primeiro a água fria e depois a água quente.
- Manter o recém-nascido longe de cigarros, fogão ou ambiente que possa causar danos a ele.
- Evitar extremos de temperatura e aquecimento desnecessário pelo acúmulo de roupas.
- Estar atento ao local onde será realizada a troca de fraldas e à higienização da criança para evitar quedas. Não deixar o recém-nascido sozinho no móvel onde será trocado.

A regurgitação e cólica abdominal também são situações comuns em relação ao lactente. Chamamos atenção para algumas ações importantes:

- Recomendar medidas posturais: manter o lactente em berço elevado.
- Incentivar a eructação após as mamadas.
- Movimentar o menos possível a criança após as mamadas.
- Evitar deitar o recém-nascido logo após as mamadas, manter a boca da criança higienizada.
- Utilizar babadores ou proteção da roupa para evitar outros desconfortos.
- Não se recomenda mais decúbito lateral nos lactentes, devido ao risco maior de morte súbita.

8.8 Resumo

Nesta Unidade, abordamos as medidas terapêuticas diante dos principais agravos à saúde da criança e a interação com a família da criança doente. Também conferimos ações de promoção da saúde e prevenção dos principais agravos à saúde da criança, ressaltando a importância do processo educativo para um ambiente favorável ao crescimento saudável.

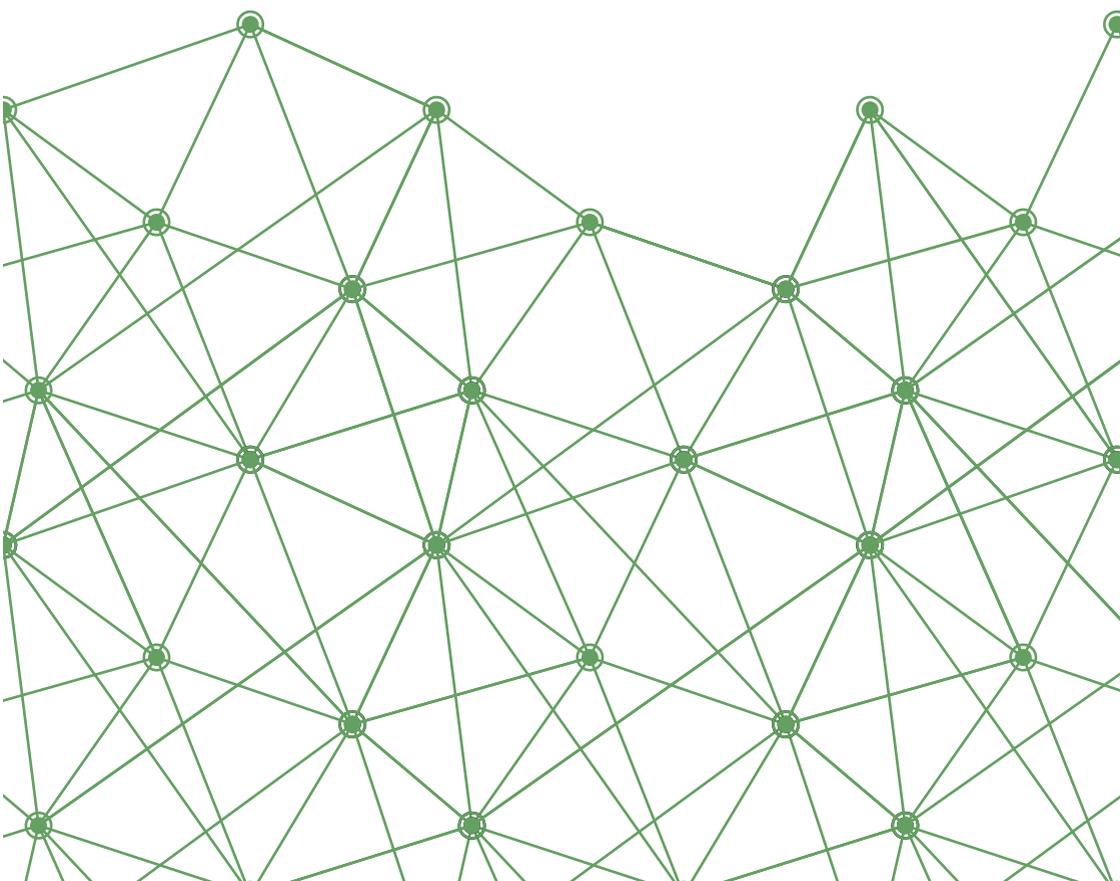
8.9 Fechamento

Chegamos ao final desta Unidade, que abordou as medidas terapêuticas aos agravos comuns na infância, enfocando ações de promoção e prevenção, que devem contribuir para a continuidade e a integralidade da atenção à saúde da criança e da família.

8.10 Recomendação de leitura complementar

SOUZA, A. I. J. et al. **Saúde da criança: enfermagem**. Florianópolis: [s.n.], 2010. 128 p. Disponível em: <https://unasus.moodle.ufsc.br/file.php/37/EMFERMAGEM_2805/Impresso2805/Enfer_2805_Unidade1.pdf>.

UNIDADE 9



Unidade 9 – Visita domiciliar e práticas educativas em saúde da mulher, da criança e sua família

Ao final desta Unidade, você estará apto para compreender a importância da visita domiciliar e das práticas educativas para a mulher, seu filho e sua família, e descrever as intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado da puérpera e do cuidado da criança.

9.1 Introdução

A visita domiciliar é uma prática assistencial relevante para as intervenções em saúde, constituindo um importante instrumento para a identificação das necessidades de saúde e das características sociais e epidemiológicas.

O cuidado domiciliar e as práticas educativas são componentes importantes para a continuidade da assistência perinatal. A necessidade deste cuidado pode ocorrer em qualquer ocasião e não apenas após a hospitalização. No entanto, após a hospitalização, a mulher e o bebê apresentam condições que requerem atenção e, quando não tem um suporte profissional adequado, esse binômio pode apresentar dificuldades em domicílio que, consequentemente, podem prejudicar a saúde materno-infantil (STETSON, 2002).

Embora vários profissionais e serviços de saúde possam oferecer os cuidados domiciliares, o profissional de enfermagem geralmente está presente na realização destas ações, com o intuito de garantir que a mulher, seu filho e sua família tenham oportunidade para prepararem-se para a realização de um cuidado pós-natal seguro e completo (STETSON, 2002).

Assim, nesta unidade, apresentaremos aspectos fundamentais para que o profissional de enfermagem possa realizar o acompanhamento domiciliar da mulher, do seu filho e da sua família e a realização de práticas educativas em saúde.

9.2. A visita domiciliar

Em visitas domiciliares (VD) é importante caracterizar as condições de vida das pessoas e famílias, possibilitando compor os perfis e grupos, reconhecer o território, o contexto de vida das famílias, o ambiente e as relações familiares e na comunidade, contribuindo para o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Na organização dessa prática, alguns aspectos devem ser pensados (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001):

- Considerar que a VD é uma atividade que envolve um conjunto de ações sistematizadas. Não são todas as idas ao domicílio que podem ser consideradas visitas domiciliares.
- A execução de uma VD pressupõe o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada.
- Os objetivos de uma VD devem ser elaborados previamente, considerando o contexto, os limites e as possibilidades do saber específico do profissional/técnico que a realizará.
- As relações entre profissional e sujeitos/família devem ser pautadas pelos princípios da participação, acolhimento, responsabilidade, respeito e construção compartilhada das intervenções no processo saúde-doença.
- O respeito às diferenças socioculturais e educacionais devem fazer parte do planejamento e da execução de uma VD.

O cuidado no domicílio exige competências voltadas às pessoas, à família e à comunidade, cabendo à construção de capacidades para estabelecer parcerias, ou seja, tornar os membros familiares parceiros do cuidado, o que demanda escuta, respeito e capacitação para exercerem funções de cuidadores com qualidade e humanização (MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011).

Atualmente tem sido abordado o conceito de atenção domiciliar à saúde, que se constitui em uma modalidade da atenção à saúde prestada no domicílio, englobando o atendimento, a visita e a internação domiciliares. A atenção domiciliar é considerada um componente de continuidade dos cuidados à saúde, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, de forma a maximizar o nível de independência das pessoas e minimizar os efeitos das incapacidades ou doenças dos indivíduos em seus domicílios (MARRELLI, 1997; GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Nesse contexto, a visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que visa o diagnóstico da realidade do indivíduo e a realização de ações educativas e assistenciais. Trata-se de um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência, sendo realizada para subsidiar o planejamento e a implementação das ações para a promoção da saúde, após o reconhecimento dos recursos que a família dispõe (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001; GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A VD também é uma ação intersetorial, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território. Isso implica o desenvolvimento de ações com base territorial, a integração com diversas instituições e organizações sociais, assim como a construção de parcerias para garantir a cidadania. Tais aspectos fazem parte dos princípios gerais da atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2011c).

9.3 A visita domiciliar à mulher, à criança e à família

Sabemos que o puerpério é uma fase que gera insegurança para a mulher, mesmo que ela já tenha a experiência de ser mãe. O profissional de enfermagem deve ter sensibilidade para identificar quais são as reais necessidades desta mulher, de seu filho e de sua família, principalmente em ambiente domiciliar (BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011). Conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço permite uma maior aproximação com a realidade de cada família e da comunidade e pode contribuir para a qualidade do cuidado.

Assim, a visita domiciliar é um importante instrumento para o autocuidado e para a educação em saúde, pois se constitui em um conjunto de saberes e práticas orientadas tanto para a prevenção de doenças quanto para a promoção da saúde (SOSSAI; PINTO, 2010).

Lembramos que, como já visto no Módulo 8, muitas vezes a assistência ao período puerperal é negligenciada, estando muitos dos cuidados do puerpério totalmente direcionados ao recém-nascido, o que torna a puérpera mais vulnerável, favorecendo assim a incidência de intercorrências patológicas no período (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008). Portanto, a visita domiciliar favorece o planejamento da assistência junto com a puérpera, de modo compartilhado, respeitando sua individualidade e seu contexto de vida (RODRIGUES et al., 2006).

Você jê estudou que, durante a Assistência Puerperal (BRASIL, 2006), as ações do profissional de saúde visam:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do bebê.
- Orientar e apoiar o aleitamento materno.
- Orientar os cuidados com o bebê.
- Orientar o planejamento familiar.
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido e complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal.

Para tanto, a puérpera e seu filho devem ter acesso a uma assistência qualificada, em que ela possa compartilhar suas ansiedades e esclarecer as dúvidas sobre esta nova etapa de sua vida (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Assim, como parte da assistência puerperal, o Ministério da Saúde recomenda uma visita domiciliar na primeira semana após alta do binômio mãe e filho, sem excluir o retorno puerperal precoce no serviço de saúde (veja maiores informações sobre o retorno puerperal no Módulo 8); se o recém-nascido estiver classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta (BRASIL, 2006).

Para a visita domiciliar puerperal, é importante que o profissional de enfermagem tenha uma amplitude de conhecimentos acerca das alterações relativas ao ciclo gravídico-puerperal, devido a sua complexidade, com o intuito de planejar a assistência de qualidade à mulher, ao seu filho e à família (RODRIGUES et al., 2006). Você pode consultar o conteúdo do Módulo 8 e também das unidades anteriores deste Módulo 9 para subsidiar suas intervenções durante a visita domiciliar.



Palavra do profissional

O planejamento da VD pode ser feito a partir da notificação das maternidades pela Declaração dos Nascidos Vivos (DNV) ou por aviso do nascimento pela própria família, atentando para os dados do nascimento e condições socioculturais.

Lembre-se que profissional de enfermagem, na visita domiciliar puerperal, deve fazer a avaliação da puérpera enfocando as modificações biológicas do período e atentando-se para as especificidades obstétricas, como: mamas e lactação, consistência e involução uterina, eliminações dos lóquios, condições do períneo, condições dos membros inferiores. Além das modificações biológicas, neste período a mulher também apresenta alterações psicoemocionais e necessita do apoio do enfermeiro para auxiliar e orientar sobre suas dúvidas, seus medos e ansios (RAVELLI, 2008).

Para a visita domiciliar puerperal (com relação ao recém-nascido e crianças), o profissional de enfermagem deve estar preparado para:

- Avaliar o estado geral de saúde do recém-nascido e das crianças; realizar avaliação física, dos reflexos esperados para a idade, das condições de higiene e da pele e eliminações. Verificar as condições do aleitamento materno e da alimentação e orientar ajustes, caso seja necessário.
- Verificar as condições do ambiente onde a criança fica, observando riscos e possibilidades de acidentes, orientando a família nos cuidados de acordo com as fases do desenvolvimento e habilidades da criança.
- Proporcionar à puérpera a realização de cuidados com o bebê e outras crianças (se houver); avaliar as condições dos relacionamentos familiares, incentivando o vínculo afetivo filho-família.

- Recomendar a vacinação completa para a idade, adesão ao seguimento na unidade de saúde e sobre os sinais e sintomas a que deve estar atenta a mãe quando levar o bebê ao serviço de saúde; utilizar a caderneta de saúde da criança para orientar a mãe e família, estimulando-os a lê-la, a mantê-la guardada como um documento e a sempre levá-la aos serviços de saúde.
- Além disso, o profissional de enfermagem deve averiguar a necessidade de comunicação com outros setores sociais, tais como escola, creche, serviço social, organizações não governamentais, entre outros, discutindo com a equipe as possíveis intervenções.

Sempre que a puérpera se encontrar em boas condições de saúde, os cuidados ao recém-nascido deverão ser realizados por ela e poderão ser compartilhados com seus familiares (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

É importante salientar que o atendimento de enfermagem domiciliar visa trabalhar conhecimentos, hábitos e relações familiares, para favorecer o autocuidado da mulher e o cuidado da criança (MELLO; ANDRADE, 2006).

Assim, na realização da visita domiciliar, o profissional de enfermagem deve considerar as crenças e os valores das famílias, respeitando suas diversidades. Para isso, o companheiro e outros familiares devem ser inseridos nos cuidados à mulher e à criança, de forma que também recebam informações e esclarecimentos para apoiar a mulher neste período (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

A visita domiciliar deve ser realizada de forma sistematizada e para que isso ocorra o profissional de enfermagem e os outros profissionais de saúde devem ter disponíveis instrumentos de registro, processamento e análise dos dados referentes às famílias, para que seja garantido o fluxo de informações entre os serviços de saúde e entre os profissionais. Para tanto, podem ser utilizados (BRASIL, 2006):

- Cartão da gestante: Onde deve conter os dados de acompanhamento da gestação, parto e puerpério.
- Ficha perinatal: Utilizada pelos profissionais nas unidades de saúde e que deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério.
- Mapa de registro diário: Que deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta realizada.

- Cartão do recém-nascido/caderneta de saúde da criança: que deve conter as informações para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Qualquer alteração identificada deverá ser anotada e informada aos profissionais de saúde que fazem o acompanhamento da família, para que em equipe sejam avaliadas as intervenções necessárias e a necessidade de mudança no esquema de consultas e visitas preestabelecido (BRASIL, 2006).

A excelência da assistência no período puerperal pode ser alcançada se for efetiva, envolvendo a mulher e sua família, com orientações relativas aos aspectos técnicos e interpessoais, oferecidas por um profissional que tenha empatia, tolerância e disponibilidade, ampliando, assim, a participação e a autonomia de todos os envolvidos (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2006).

9.4 Práticas educativas em saúde da mulher e da criança

As práticas educativas visam o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a própria saúde. Para tanto, a estratégia valorizada é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).



Palavra do profissional

No que tange à saúde da mulher e da criança, as mulheres, suas famílias e a comunidade são reconhecidas como portadoras de um saber que embora seja diferente do saber técnico-científico não deve ser desvalorizado pelos serviços de saúde.

Assim, as ações educativas, quando perpassam todas as fases da assistência em saúde, propiciam às mulheres o melhor conhecimento do seu corpo e dos seus direitos. Além de promover a troca de informações que permite a identificação de suas reais necessidades de saúde e melhores escolhas. Contribuindo, com isso, para sua autonomia, superação de preconceitos e medos infundados que podem acarretar prejuízos à saúde. O profissional de enfermagem, portanto, precisa estar preparado para a realização das

práticas educativas, a fim de otimizar as políticas públicas e os programas e oferecer as informações adequadas às mulheres e as suas famílias.

Assim, o desenvolvimento de processos educativos para a saúde da mulher e da criança, visando acompanhamento do puerpério e do desenvolvimento infantil, deve reconhecer a mulher e sua família como portadoras de interesses diversos e deve incluir aspectos como o que você já estudou neste Módulo e nos Módulos anteriores e que relembramos agora:

- Verificar mudanças fisiológicas e emocionais durante no puerpério.
- Instruir sobre cuidados com o recém-nascido e a saúde do bebê, se necessário.
- Avaliar as necessidades nutricionais da mãe e do bebê; amamentação e alimentação da criança.
- Recomendar/indicar: repouso, exercícios e medidas para aliviar os desconfortos comuns.
- Orientar sobre autocuidado (depressão pós-parto), autoestima da mulher; sexualidade (mitos e tabus) e planejamento familiar. Além de outras necessidades que a mulher, a criança e a sua família possam apresentar, para que as ações realizadas tenham resultados efetivos.



Compartilhando

As práticas educativas devem favorecer o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os saberes formais e informais, contribuindo para a integralidade da assistência e favorecendo a promoção à saúde das mulheres, das crianças, de suas famílias e da comunidade.

A educação em saúde destaca-se no processo de conscientização da responsabilidade e de direitos, estimulando as ações que atendam aos princípios do SUS. As estratégias de ensino devem favorecer a transformação dos indivíduos, ampliando a capacidade de compreensão da sua realidade (MACHADO et al., 2007).

A experiência de um grupo de apoio pós-parto é procurada, muitas vezes, pelas mães e pais que estão se adaptando à maternidade/paternidade. Considerando o valor deste apoio, as enfermeiras podem tornar os grupos de apoio disponíveis nas unidades de saúde como uma estratégia para vincular a experiência hospitalar e a domiciliar (STETSON, 2002).

Para a realização das práticas educativas, é importante que o profissional de enfermagem proporcione oportunidades para as mães e pais discutirem sobre o papel materno e paterno. A transição para a maternidade/paternidade é frequentemente descrita como um processo de desordem e desequilíbrio, porém de satisfação para os envolvidos. O profissional de enfermagem deve estimular os pais a tentarem novas estratégias de enfrentamento, a fim de entender este processo de transição e de dominar seus novos papéis (STETSON, 2002).

É importante destacar que cada ser humano possui sua história, suas experiências de vida, resultantes do seu convívio familiar e social, de seus hábitos e de sua cultura, que pode se assemelhar ou não à cultura dos profissionais de saúde. A enfermeira, portanto, precisa se aproximar da realidade das mulheres e de suas famílias, no intuito de conhecer e de utilizar estratégias que realmente atendam às necessidades daquelas, respeitando suas peculiaridades (QUEIROZ; JORGE, 2004).

9.5 Resumo

A unidade abordou a importância da VD e das práticas educativas em saúde para o acompanhamento do puerpério e do crescimento e desenvolvimento infantil. Destaca-se que a VD é um importante instrumento para a identificação das necessidades de saúde, considerando o contexto de vida das famílias, o ambiente, as relações familiares e na comunidade.

As práticas educativas visam o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos, devendo favorecer o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os saberes formais e informais, contribuindo para a integralidade da assistência e favorecendo a promoção à saúde das mulheres, das crianças, de suas famílias e da comunidade.

9.6 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para a realização da visita domiciliar e das práticas educativas em saúde da mulher, da criança e sua família, favorecendo a promoção do autocuidado da puérpera e do cuidado da criança.

Ao refletir sobre a visita domiciliar e as práticas educativas é possível identificar o grande potencial dessas estratégias para a assistência de saúde à mulher e à criança no espaço de atenção primária de saúde, possibilitando o vínculo entre equipe de saúde e família.

É importante ressaltar que estas estratégias possibilitam ao profissional de enfermagem um caminho para a promoção da saúde, no sentido de conhecer a realidade dos sujeitos envolvidos e também de avaliá-los periodicamente. Isso talvez permita ao profissional voltar-se para ações, focadas também na prevenção e detecção precoce dos problemas.

9.7 Recomendação de leitura complementar

VERDI, M.; SANTANA, M. Assistência domiciliar. In: VERDI, M; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. **Enfermagem na atenção primária de saúde**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, 2005. p. 166 – 181.

Encerramento do módulo

Caro estudante, chegamos ao final do Módulo 9, que teve como objetivo analisar e descrever o cuidado de enfermagem à mulher, à criança e a sua família no contexto da atenção básica de saúde, reconhecendo e relacionando a atuação do enfermeiro no planejamento das ações na avaliação e na classificação de risco e vulnerabilidade materna neonatal e do lactente. Entre os conteúdos abordados e distribuídos em 9 unidades, discutimos sobre o planejamento reprodutivo; a consulta de enfermagem em saúde da criança; o aleitamento e a alimentação complementar saudável; a imunização em saúde da mulher e da criança; a avaliação e a classificação de risco à saúde da mulher; os agravos prevalentes à saúde da criança e as medidas terapêuticas relacionadas ao neonato e lactente e, por último, a visita domiciliar e as práticas educativas em saúde da mulher e da criança.

Esperamos que os conteúdos aqui apresentados e discutidos tenham contribuído para a sua qualificação profissional. Ao finalizarmos, desejamos a vocês o mesmo empenho e dedicação nas próximas etapas do curso. Foi um prazer estarmos com você nesta trajetória.

Sucesso e boa sorte!

REFERÊNCIAS

ABBES, C.; MASSARO, A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos básicos em Saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ALONSO, I. K.; CARTANA, M. do H. F. Doenças e intercorrências. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. **Enfermagem na atenção primária de saúde**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. p. 352-380.

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Lancet**, v. 377, maio 2011.

BENÍCIO, M. H. A.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 83-90, 2000.

BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E.; SEBOLD, L. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 1074-80, 2011.

BOEHS, A. E. Recém-nascido. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. **Enfermagem na atenção primária de saúde**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC; NFR; SBP, 2005. p. 215-267.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da saúde. 2009b. 56 p.

_____. _____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. _____. **AIDPI Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação: aconselhar a mãe ou o acompanhante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

_____. _____. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002f. 150 p.

_____. _____. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade. Brasília: OMS; OPAS; Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. _____. **AIDPI Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação: tratar a criança. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. _____. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 150 p.

_____. _____. **Atenção integrada às doenças prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução. 2. ed. Brasília: OMS; OPAS, 2002c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica n. 26**: saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 299 p.

_____. _____. **Calendário vacinal**. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/18/calendario_180112.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

_____. _____. **Campanha nacional de vacinação contra a influenza**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_campanha_influenza_2011.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2012.

_____. _____. Decit. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008a.

_____. _____. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 72 p.

_____. _____. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 24p.

_____. _____. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002d. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/guiaio.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. _____. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. _____. **Mais Saúde:** direito de todos: 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 106p.

_____. _____. **Manual de normas de vacinação.** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001b.

_____. _____. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. _____. **Política Nacional de Alimentação e nutrição.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 82 p.

_____. _____. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 13 nov. 2012.

_____. _____. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 20 dez. 2012.

_____. _____. Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. _____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010c.

_____. _____. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento:** informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000.

_____. _____. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Presidência da República. Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. **As necessidades essenciais das crianças:** o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAMPOS et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. Aspectos socioculturais da amamentação. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. (org.). **Aleitamento materno:** manual prático. 2. ed. Londrina: PML, 2006. p. 41-49.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 34-42.

COFEN. (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução n. 159**, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 1993. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>>. Acesso em: 24 out. 2012.

CULTURA MIX. **Reflexo de Apoio e Marcha**. 2011b. Disponível em: <<http://saude.culturamix.com/comportamento/reflexo-de-apoio-e-marcha>>. Acesso em: 26 out. 2012.

CULTURA MIX. **Reflexo de Moro**. 2011a. Disponível em: <<http://saude.culturamix.com/comportamento/reflexo-de-moro>>. Acesso em: 30 out. 2012.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockolm: Institute for Future Studies, 1991.

DEWEY K. G. et al. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials Honduras. **J. Nutr.** v. 131, p. 262-7, 2001.

DOUEK, P. C.; BRICKS, L. F. Diarreia. In: ISLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. (coord.). **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 355-68.

FLEURY, S. Doença: uma determinação complexa. In: Curso de Gestão para Resultados em Saúde com enfoque em Direito Sanitário. **A construção da reforma sanitária no Brasil e os desafios para os gestores**. São Paulo: [s.n], 2009.

FUJIMORI, E.; REZENDE, M. A. Alimentação complementar e nos primeiros anos de vida. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p. 174-199.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out./dez. 2006.

GRYSCHKEK, A. L. F. P. L. et al. Bases teóricas da imunização. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2009. p. 248-265.

HATCHER, R. A. et al. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore: [s.n], 2001. 174p.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG**: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LEAN FONTAIN FRANCO HOME PAGE. **Reflexos orais**. 2009. Disponível em: <<http://www.oocities.org/hotsprings/villa/9279/orais.html>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. J.; FREITAS, C. H. A. Assistência domiciliar em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 365-369, mar./abr. 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARCONDES, E. **Pediatria Geral e Neonatal**. 9. ed., São Paulo: Sarvier, 2003. p. 355.

MARRELLI, T. M. Welcome to home care: the health setting of the future. In: MARRELLI, T. M. (org.). **Handbook of home health orientation**. Mosby: Sant Louis, 1997.

MELLO, D. F.; ANDRADE, R. D. Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 32, p. 88-93, 2006.

MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G.; TONETE, V. L. P. A criança com diarreia aguda e desidratação. In: FUGIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p. 369-392.

MINAYO, M. C. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violencia faz mal à saúde. In: NJAINE, K. ; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 21-42.

MONTE, C. M. G; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 5, p. 131-141, 2004.

NET BEBES. **Tipos de reflexos num bebê**. 2012. Disponível em: <<http://www.net-bebes.com/bebes/tipos-de-reflexos-num-bebe>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev. Rene**. v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. ed. esp. Cingapura: OMS, 2003.

OMS (Organização Mundial da Saúde); JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS. **Planejamento Familiar**: um manual global para profissionais e serviços de saúde. [s.l.]: [s.n], 2007. 388 p. Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL195.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2012

PEREIRA, M. A. D.; BARBOSA, S. R. de S. O cuidar em enfermagem na imunização: os mitos e a verdade. **Rev. Meio Amb. Saúde**, v. 2, n. 1, p.76-88, 2007.

QUEIROZ, M. V. O; JORGE, M. S. B. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 71-81, 2004.

RAVELLI, A. P. X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 54-59, 2008.

REVISTA CRESCER. **Os reflexos do recém nascido**. 2006. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI3349-15591,00.html>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

RIBEIRO, C. A.; OHARA, C. V. S.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p. 223-247.

RODRIGUES, D. P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto & Contexto Enferm.** v. 15, n. 2, p. 277-286, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. O cuidado oferecido à criança portadora de infecção respiratória. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p.393-416.

SILVA, R. Q.; GUBERT, M. B. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 331-340, jul./set., 2010.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciênc. Cuidado Saúde**. v. 9, n. 3, p. 569-76, 2010.

SOUZA, K. V. et al. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 175-181, jun. 2008.

STEFANELLO, J., NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paul. Enferm.** v. 21, n. 2, p. 275-81, 2008.

STETSON, B. Avaliação e cuidado no quarto trimestre. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da saúde; 2001. p. 43-46.

TARLOV, A. R. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (eds.). **Health and social organization**. New York: Routledge, 1996. p. 71-93

VALLE, N. J.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Intervenções nutricionais e crescimento infantil em crianças de até 2 anos de idade: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Públ.** v. 20, n. 6, p. 1458-67, 2004.

VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. et al. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p.91-120.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafio. **The Lancet**, p. 32-46, 2011.

WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E (org.) **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

WHAR (World Health Assembly Resolution). **Infant and young child nutrition**. Geneva: WHO; WHAR, 2001. Disponível em: <www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_en.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2012.

WHO (World Health Organization). **Aconselhamento em alimentação complementar**: curso de treinamento. Manual do Treinador. Genebra: WHO, 2004.

WHO (World Health Organization). **Child Growth Standards**. 2006. Disponível em: <www.who.int/childgrowth/standards/en/>. Acesso em: 10 set. 2012.

WHO (World Health Organization). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: Conclusions of consensus meeting held. Washington: WHO, 2007.

WHO (World Health Organization); UNICEF (Fundo das Nações Unidas da Infância). **Complementary feeding of young children in developing countries**: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO, 1998.

WHO (World Health Organization); UNICEF (Fundo das Nações Unidas da Infância). **Breastfeeding counselling**: a training course. Geneva: WHO/UNICEF, 1993.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. Tradução de Claudia Lúcia Caetano de Araújo et al. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: WESTPHALEN, M. E. A; CARRARO, T. E (org.).

Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 41-56.

ZAMPIERI, M. F. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. et al.

Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, 2007.

ZEFERINO, A. M. et al. Acompanhamento do Crescimento. **Jornal de Pediatria**, v. 3, n. 1, p.23-32, 2003.

ZERO HORA. **Atenção aos reflexos dos recém-nascidos**. 2009. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/noticia/2009/08/atencao-aos-reflexos-dos-recem-nascidos-2620766.html>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

Minicurriculo das autoras

Débora Falleiros de Mello

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Pós-Doutorada em Saúde Coletiva e Livre Docência pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Tem experiência na área de Enfermagem em Saúde da Criança, atuando e desenvolvendo estudos principalmente nos seguintes temas: enfermagem e atenção primária em saúde da criança, atenção integral à saúde da criança, atenção integrada às doenças prevalentes na infância, o cuidado da criança no contexto da família, seguimento da saúde de crianças a termo, pré-termo e baixo peso ao nascer.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6223736915475183>>.

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), Especialista em Enfermagem em Saúde do Adulto pela Universidade Federal de Santa Catarina (1981) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, MEC/FIOCRUZ (2006). Mestre em Assistência de Enfermagem (1991) e Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2004). Professora Associada III, DE, do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido - GRUPESMUR PEN/UFSC. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança, atuando principalmente nas seguintes subáreas: aleitamento materno, alimentação infantil, hospital amigo da criança, iniciativa unidade básica amiga da amamentação, mulher e trabalho, HIV/AIDS e amamentação, gestão em saúde, educação em enfermagem, filosofia em enfermagem.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2011865930547809>>.

Jane Cristina Anders

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na Área de Saúde da Criança e do Adolescente e do Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Líder do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/UFSC). Desenvolve estudos na Enfermagem Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: criança e adolescente hospitalizado, enfermagem oncológica pediátrica e família, transplante de medula óssea.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9159712062803014>>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde. Membro do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA). Tem experiência na área de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Saúde Pública com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem obstétrica, saúde da mulher e amamentação.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0237957008631144>>

Alessandra F. S. Viduedo

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (1995), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de São Paulo (1996), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2007). Atualmente é aluna de doutorado do Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, membro do grupo de pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (cadastrado no diretório do CNPq), Membro da Sociedade Honorífica de Enfermagem *Sigma Theta Tau* (STTI) capítulo *Rho Upsilon*.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4500120U3>>

Cinara Porto Pierezan

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1986) e Mestrado pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Trabalha no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina desde 1990, atualmente exerce função de enfermeira do Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica do Hospital Universitário. Exerceu função de professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 2002 a 2004 e de 2006 a 2008, e de professora titular no Curso de Enfermagem da Faculdade de Ensino Superior Estácio de Sá, no período de 2010 a 2011.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1923662035833665>>.

Danielle Monteiro Vilela Dias

Graduada em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. É Mestre em ciências e aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, tecnologia, insuficiência cardíaca em pediatria, hipertensão arterial em adolescentes e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Enfermeira do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2730782223430977>>.

Maria Emilia de Oliveira

Enfermeira Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem Neonatal em *Cretéil* (França). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido – GRUPESMUR do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Neonatológica e Pediátrica.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9297030914268422>>.



Ministério da
Saúde

