

Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 5: Saúde da Criança:
Enfermagem



SAÚDE DA CRIANÇA: ENFERMAGEM

MÓDULO 5

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

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

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

Revisão Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Alvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-Graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

AUTORES

Ana Izabel Jatobá de Souza

Marcela Döhms

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Astrid Eggert Boehs

Jane Cristina Anders

ORGANIZADORES

Heitor Tognoli

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Calvino Reibnitz Júnior

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DA CRIANÇA: ENFERMAGEM

Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 2010. 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
88040-90
Trindade – Florianópolis - SC
Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância
Saúde da criança: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Heitor Tognoli... [et al.]. – Florianópolis, 2010.
126 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte I Ações integradas na saúde da criança. Programas, políticas e pactos de saúde para a infância no Brasil e no mundo – A equipe de saúde da família e o planejamento de ações voltadas a saúde da criança – A criança, o meio ambiente, e a família – Parte II Ações específicas: enfermagem. Promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil – Ações relacionadas ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento no âmbito da atenção básica – Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde da criança.

ISBN: 978-85-61682-42-2

1. Saúde da criança. 2. Política de saúde. 3. Criança. 4. Enfermagem. 5. Desenvolvimento infantil. I. UFSC. II. Tognoli, Heitor. III. Título. IV. Série.

CDU: 616-053.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Soraya Falqueiro

Revisão Textual Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

Revisão textual para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Ariana Schlosser, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DA CRIANÇA

UNIDADE 1 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA NO BRASIL E NO MUNDO 17

- 1.1 Desafios Contemporâneos nas Ações de Cuidado da Saúde da Criança..... 17
- 1.2 Bases Legais de Proteção à Infância 18
- 1.3 Pactos e Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança no Brasil e os seus Principais Eixos 19

REFERÊNCIAS 25

UNIDADE 2 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO DE AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA 27

- 2.1 Cadastramento..... 27
- 2.2 Planejamento das Ações em Equipe 29
- 2.3 Qualidade da Atenção..... 31
- 2.4 A Estratégia de Saúde de Família e o Matriciamento de Pediatria..... 34
- 2.5 Ações Educativas e Intersetoriais de Prevenção dos Principais Agravos na Saúde da Criança..... 35

REFERÊNCIAS 37

UNIDADE 3 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA 39

- 3.1 A Comunicação com a Criança e a Família 39
- 3.2 A Criança e a Escola 40
 - 3.2.1 A Escola Promotora de Saúde: Maximizando o Desempenho Educacional..... 42
 - 3.2.2 Alterações na Aprendizagem..... 43
- 3.3 A família e os limites para a criança 45
- 3.4 Orientações Importantes de Prevenção para a Família..... 46
 - 3.4.1 Fumo 46
 - 3.4.2 Atividade Física..... 47
 - 3.4.3 Televisão 48
 - 3.4.4 Proteção Contra Raios Ultravioletas (UV) 49
 - 3.4.5 Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS) 49
 - 3.4.6 Posição para dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS) 50
 - 3.4.7 A Chupeta 50
 - 3.4.8 Leitura para Pré-escolares 50
 - 3.4.9 Prevenção de Acidentes 51

REFERÊNCIAS 53

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - ENFERMAGEM

UNIDADE 4	PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	59
4.1	Noções Gerais de Crescimento e Desenvolvimento.....	59
4.1.1	A Curva de Crescimento.....	62
4.1.2	A Avaliação do Crescimento.....	63
4.2	Desenvolvimento Neuropsicomotor	70
REFERÊNCIAS	75
UNIDADE 5	AÇÕES RELACIONADAS AO ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA	77
REFERÊNCIAS	97
UNIDADE 6	AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE DA CRIANÇA.....	99
6.1	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Fatores de Risco Relacionados aos Agravos à Saúde Infantil.....	99
6.2	Promovendo a Saúde	115
6.3	A Família e os Limites para a Criança.....	123
REFERÊNCIAS	126
AUTORES	127

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Ao darmos início aos estudos referentes ao Módulo 5, é importante lembrarmos que a **Atenção à Saúde da Criança – Medicina**, a ser abordada nesse módulo, representa uma área prioritária no âmbito dos cuidados à saúde das populações. Para que essa se desenvolva de forma adequada, além do conhecimento sobre as características relacionadas aos indicadores de morbimortalidade, incluindo aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, e demais determinantes sociais no processo de saúde-doença, é importante destacar o papel relevante que desempenham os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Inúmeros têm sido os problemas encontrados que são, de forma evidente, impeditivos para uma adequada atenção à saúde.

Nesse contexto, a Atenção Primária da Saúde apresenta grande relevância como uma real possibilidade para o enfrentamento dos problemas, podendo reduzir significativamente a ocorrência de diversas situações indicativas de cuidados insatisfatórios. Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), incorporada à política pública brasileira, constata-se um maior acesso aos cuidados básicos de saúde, tornando o sistema mais resolutivo no âmbito da Atenção Primária.

Este módulo está dividido em duas partes: a primeira, comum a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, onde discutimos os programas, políticas e pactos de saúde para infância no Brasil e no mundo, a Equipe de Saúde da Família e o planejamento das ações voltadas à Saúde da Criança e por último, a criança o meio ambiente e a família. Neste particular, veremos que a Saúde da Criança é prioridade, se faz presente e é expressa no contexto da gestão federal do SUS, através de políticas e programas, e é reafirmada em vários pactos firmados pelos gestores das três esferas governamentais. Tal política visa fundamentalmente a implementação dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção da saúde, ampliando o espectro de ações até então propostas

Na segunda parte, algumas questões serão retomadas nas especificidades de cada profissional. Agora, com a base conceitual e geral já construída no estudo anterior, vamos aprofundar o conteúdo relacionado à Atenção à Saúde da Criança dentro da especificidade de sua área, a Enfermagem, sendo discutidos os seguintes temas: alimentação saudável e crescimento infantil, evidências para o acompanhamento clínico de puericultura, ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos no que se refere às ações e políticas que integram a Atenção à Saúde da Criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família e do SUS no contexto brasileiro e mundial.

Ementa

Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde da criança. Pactos, políticas e programas de saúde para a infância no Brasil e no mundo. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança. A criança, o meio ambiente, e a família. Promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

Objetivos

- a) Compreender as implicações dos pactos, políticas e programas de saúde da criança no âmbito da Atenção Básica;
- b) Perceber a importância do planejamento em equipe para as ações integradas voltadas à saúde da criança;
- c) Analisar as inter-relações da criança com o meio ambiente e com a família e a influência destas relações no processo saúde e doença.
- d) Revisar as noções gerais de crescimento e desenvolvimento, maturação e diferenciação;
- e) Destacar ações relacionadas ao acompanhamento no nível da atenção básica e ações da enfermagem na promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento;
- f) Relembrar noções sobre Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e suas características.

Carga horária: 45 horas.

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Programas, Políticas e Pactos, e de saúde para a infância no Brasil e no mundo.

Unidade 2: A Equipe de Saúde da Família e o planejamento de ações voltadas à saúde da criança.

Unidade 3: A criança, o meio ambiente e a família.

Unidade 4: Promoção e Proteção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil.

Unidade 5: Ações Relacionadas ao Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento no Âmbito da Atenção Básica.

Unidade 6: Ações da Clínica e do Cuidado nos Principais Agravos à Saúde da Criança.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Prezados profissionais!

O cotidiano de trabalho em uma unidade de saúde possui baixa densidade tecnológica, com altíssima complexidade. Só quem já trabalhou em uma unidade, percebe o desafio de se trabalhar em equipe, de se realizar planejamento de ações. Ao encerrar a primeira etapa, comum a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), ressaltamos a necessidade de habilidades e atitudes especiais de toda a equipe com relação ao atendimento de crianças.

Trabalhar com elas exige postura diferenciada e uma atenção especial, incluindo a abordagem psicológica, social e biológica.

Lembre sempre: você faz parte de uma equipe multidisciplinar e sua atuação só poderá atingir um alto grau de qualidade se suas ações forem integradas às ações de outros profissionais. Interaja com seus colegas de trabalho e de curso. Juntos, todos poderão conferir ações de promoção da saúde e prevenção dos principais agravos à saúde da criança, desde o processo educativo até a criação de um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento de crianças saudáveis.

É nessa perspectiva que preparamos este estudo para você.

Bons estudos!

Ana Izabel Jatobá de Souza
Marcela Ceci Döhms
Daniela Lemos Carcereri
Heitor Tognoli
Astrid Eggert Boehs
Jane Cristina Anders

PARTE I

MÓDULO 5

UNIDADE 1

MÓDULO 5

1 PACTOS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA NO BRASIL E NO MUNDO

Você sabe como se estruturam as políticas e programas em favor da infância no Brasil e no mundo? Já se perguntou sobre a importância deste tema? As preocupações teóricas e práticas sobre a problemática da infância e da adolescência são mais recentes do que imaginamos.

Desde os tempos bíblicos e ao longo da história, a criança nunca teve valor para os adultos. Ao longo dos anos, aconteceram mudanças com consequências legais e institucionais que desembocaram nos movimentos atuais em prol da proteção e assistência à criança.

O profissional de saúde necessita conhecer os aspectos históricos, sociais e legais que se referem ao período infanto-juvenil, a fim de se situar diante dos importantes desdobramentos ocorridos, e ainda por fazer, na construção da cidadania de crianças, em suas mais variadas dimensões. E em virtude da vulnerabilidade própria do período da infância, esta necessita de profissionais que lhe oportunizem crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Diante de tal organização de conteúdos, desejamos que, ao final deste estudo, você: consiga identificar os desafios contemporâneos nas ações de cuidado da saúde da criança; conheça as bases legais de proteção à infância; reconheça os principais eixos de atenção integral à saúde da criança; e, também, reflita sobre os pactos e programas de atenção à saúde da criança no Brasil e no mundo.

Preparado? Vamos iniciar.

1.1 Desafios Contemporâneos nas Ações de Cuidado da Saúde da Criança

Ao analisarmos os aspectos históricos e sociais da construção das políticas e programas de assistência à criança, não podemos nos esquecer dos desafios contemporâneos que permeiam tais ações. Dentre estes, se destacam:

- a) os atuais problemas familiares e sociais;
- b) os problemas escolares e de comportamento;
- c) a violência e os maus-tratos;
- d) as injúrias físicas;
- e) o risco de suicídio;

- f) obesidade e anorexia por conta de hábitos alimentares inadequados;
- g) a influência da mídia;
- h) o uso e abuso de drogas ilícitas;
- i) o consumo de álcool de forma precoce e abusiva;
- j) o risco da atividade sexual cada vez mais cedo e sem proteção.

Provavelmente, você, em sua atividade profissional e em contato direto com as crianças e suas famílias, deve ter se deparado com alguns destes desafios. Estes, muitas vezes, exigem a construção de uma rede de apoio e de atendimento que ultrapassa os protocolos e os fluxos de encaminhamento e resolução.

1.2 Bases Legais de Proteção à Infância

Promulgado em julho de 1990, o ECA já está transitando pela adolescência, contudo muito de seu conteúdo ainda continua em implementação.

As bases legais de proteção à infância estão alicerçadas na Constituição Federal de 1988 que garante a proteção integral à criança e ao adolescente, Lei nº 8069¹, de 13 de julho de 1990. Este documento trata do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No ECA, encontram-se as bases fundamentais que garantem o direito à saúde e à educação, dentre outros (BRASIL, 1990).



Saiba Mais

É importante que você, profissional da saúde, saiba o conteúdo deste material:

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 fev. 2010.

PRÓMENINO. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

PRÓMENINO. A turma da Mônica em: o estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: <http://www.fundacaofia.com.br/ceats/eca_gibi/capa.htm>. Acesso em: 21 jan. 2010.

Para alguns autores, como Santana (2000, p. 28), o ECA é fruto de movimentos organizados que objetivavam enfatizar a falência de modelos anteriores, que tinham como base a correção e a repressão.

Além disto, a referida autora reforça que o ECA surge, de igual forma, para preservar crianças e adolescentes de exploração por adultos e como meio para reivindicar uma sociedade mais igualitária e menos excludente. O que o ECA pretende, dentre outros aspectos, é estabelecer:

[...] redirecionamento da atenção à criança e ao adolescente no país, considerando a humanização dos procedimentos, a capacitação dos agentes, a modernização das estratégias, a maior alocação de recursos, a compreensão da infância e da adolescência como momentos singulares no desenvolvimento desses sujeitos e a proteção integral necessária à construção da cidadania (SANTANA, 2000, p. 28).



Na Prática

Você já se perguntou o que sabe a respeito do ECA e quais as suas implicações sobre a saúde das crianças de sua comunidade? Quais as relações contidas neste documento com os pactos e programas de saúde voltados para esta faixa etária?

1.3 Pactos e Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança no Brasil e os seus Principais Eixos

Dentre as ações programáticas direcionadas para a criança, daremos ênfase especial aos aspectos correlacionados ao ano de 2004, quando se estabeleceram alguns compromissos, tais como: Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Figura 1), gerados, principalmente, em função dos altos índices de indicadores de mortalidade infantil e de internação por pneumonia e diarreia.

Tal agenda tinha como princípios norteadores os textos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Direitos da Criança e do Adolescente e, como estratégias, preconizavam: a vigilância à saúde pela equipe de atenção básica; vigilância à saúde materna e infantil; educação continuada das equipes de atenção à criança e organização de linhas de cuidado (BRASIL, 2004), valorizando-se as ações intersetoriais, educativas e de atenção primária.

Nestes eixos, as diretrizes básicas são:

- a) crescimento e desenvolvimento;
- b) programa de saúde bucal;

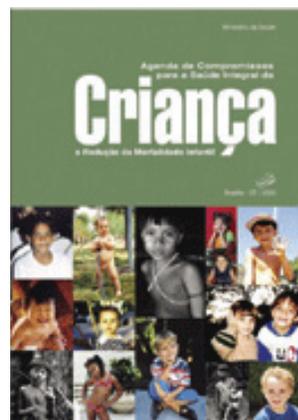


Figura 1: Agenda de compromisso para saúde integral da criança.

Fonte: Brasil, 2004.

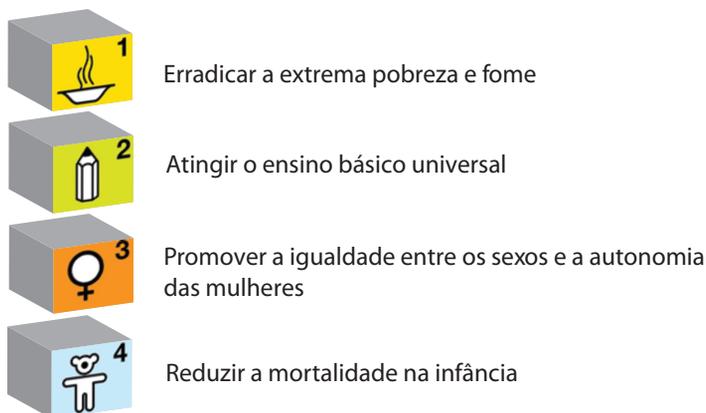
- c) saúde mental;
- d) erradicação do trabalho infantil;
- e) inclusão do portador de deficiência;
- f) programas de imunização;
- g) prevenção de acidentes;
- h) prevenção à violência;
- i) alimentação saudável.

Muitos destes conteúdos serão desenvolvidos nas unidades subsequentes.

É importante destacar que, segundo a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, estes eixos são consoantes com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Vale lembrar que os ODM é um compromisso assumido por todos os 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), para ser implementado até 2015 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Os objetivos são (ver figura 2):



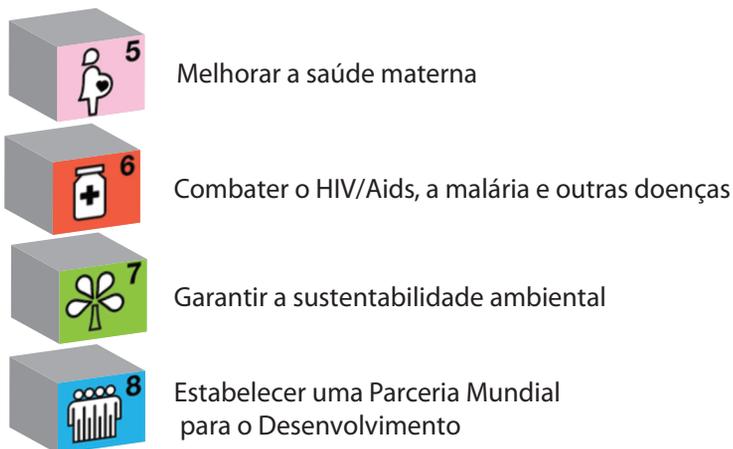


Figura 2: Objetivos do desenvolvimento do milênio.

Fonte: Organização das Nações Unidas, 2010.



Saiba Mais

Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), você encontra mais informações em:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm/index.php>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

Em nosso país, muitas crianças morrem antes de completar o primeiro ano de vida, mas, nos últimos anos, essa situação está se alterando. A mortalidade infantil no Brasil caiu para menos da metade entre 1990 e 2007, conforme estatísticas divulgadas em maio de 2009, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

As mortes entre crianças de até um ano de idade diminuíram de 49 para 20, por mil nascidos vivos, enquanto as mortes de crianças até cinco anos de idade recuaram de 58 para 22, por mil nascidos vivos.

Os dados constantes no relatório Estatísticas Sanitárias Mundiais, de 2009, confirmam a tendência já indicada pela Organização das Nações Unidas no começo deste ano. Para que estes índices continuem diminuindo, a ação da Equipe de Saúde da Família é fundamental. Veja a seguir, na figura 3, a sistematização das diretrizes para a redução da mortalidade infantil:

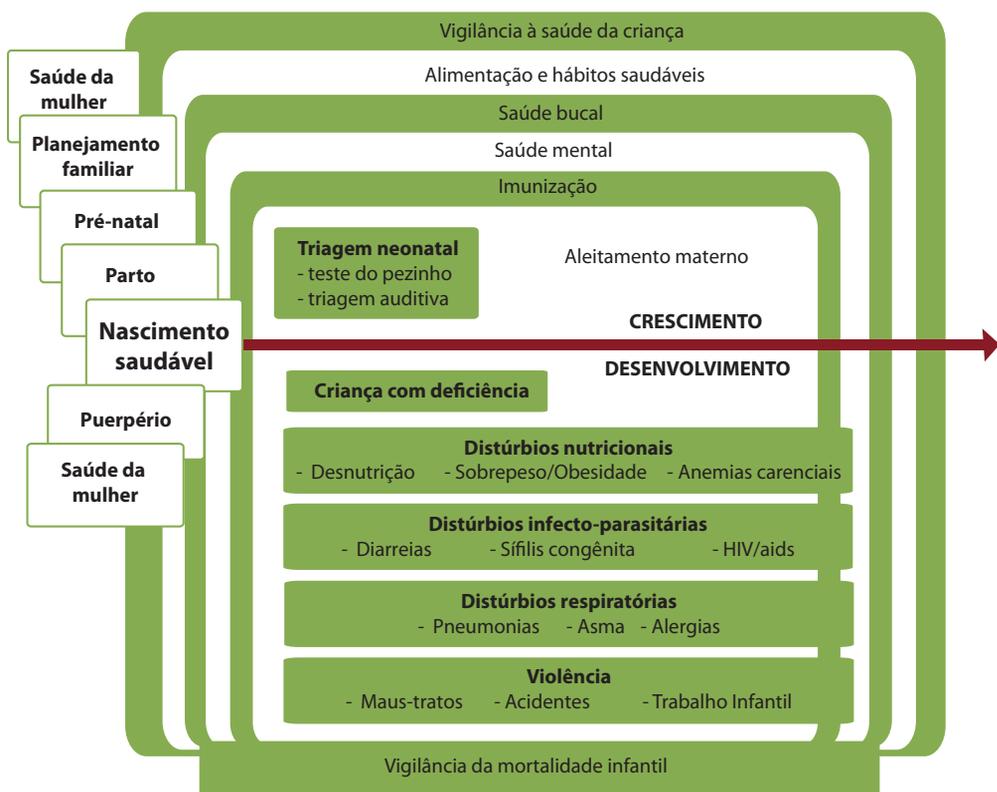


Figura 3: Sistematização das diretrizes para a redução da mortalidade infantil.

Fonte: Brasil. 2004. p. 34.

Os pactos, políticas e programas apresentados são frutos de todo um movimento social que aconteceu, e segue acontecendo, ao longo da história de diversos países, e que todos desenvolvem, com maior ou menor ênfase, em suas próprias políticas e diretrizes.

É importante que você, profissional da saúde, conheça as ações desenvolvidas por entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas (ONU) e outras organizações nacionais e internacionais que trabalham em prol da saúde da criança. Estas entidades têm grande influência na reflexão e na construção de políticas voltadas para a infância.



Saúde Virtual

Informações sobre medicamentos genéricos, banco de dados de empresas e produtos farmacêuticos, além de links para várias páginas sobre saúde estão disponíveis neste site: <http://www.saude.inf.br/>.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS)

O site dispõe de importantes informações sobre saúde em todo o continente americano, além do perfil dos países que fazem parte do continente. Também podem ser encontradas publicações e notícias acerca da atuação dos Ministérios da Saúde, além de links para órgãos governamentais. Disponível em: <http://new.paho.org/>.

Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CD)

Notícias sobre os últimos avanços da ciência na área de saúde e tópicos por ordem alfabética. Contém ainda links afins. Disponível em: <http://www.cdc.gov/>.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), no Brasil e Cone Sul

Apresenta projetos em prol do desenvolvimento sustentável e da segurança humana, assim como programas relativos ao controle de drogas, prevenção e combate ao crime organizado. Disponível em: <http://www.unodc.org/brazil/pt/index.html>.

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Site com informações sobre ações e campanhas pró-saúde em todo o mundo. Dados estatísticos de países, links para Ministérios da Saúde e outros órgãos governamentais, projetos e relatórios, documentos e publicações.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Informações sobre programas educacionais e sociais para crianças em todo o mundo: campanhas, patrocínios, projetos culturais, ações de Organizações não Governamentais (ONGs), da ONU e de órgãos de governo. Disponível em: <http://www.unicef.org/>.

Organização das Nações Unidas (ONU)

O portal oficial da ONU, no Brasil reúne o noticiário atualizado diariamente, links para todas as agências das Nações Unidas no país e material de pesquisa. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/>.

SÍNTESE DA UNIDADE

A presente Unidade possibilitou o estudo da forma como se estruturam as políticas e os programas em favor da infância, no Brasil e no mundo. Foram apresentados os desafios contemporâneos para as ações de cuidado da saúde da criança, como a violência, uso de drogas ilícitas, obesidade e anorexia, problemas familiares e influência da mídia entre outros, bem como as bases legais de proteção à infância e os principais eixos de atenção integral à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 fev. 2010.

SANTANA, J. S. da S. Sistematização da assistência de enfermagem em creche: reflexões de uma prática. **Revista Nursing**, n. 24, p. 24-29, maio, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm/index.php>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2010.

UNIDADE 2

MÓDULO 5

2 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO DE AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA

A reunião da Equipe de Saúde da Família é um momento estratégico para o planejamento. Mas o que discutir na reunião de equipe para melhorar a Atenção à Saúde da Criança? Como cada membro da equipe pode contribuir?

Nesta unidade, vamos resgatar o planejamento discutido no Módulo 4 do Eixo 1 e os indicadores estudados na Epidemiologia (Módulo 3 do Eixo 1), para discutir em equipe e usá-los associados à saúde da criança.

Porém, é preciso questionar: sua equipe planeja em conjunto as visitas domiciliares, pensa sobre grupos que podem promover ações atreladas à saúde da criança e procura saber a respeito da rede de apoio existente no território? Será que sua equipe conhece sua própria produção relacionada à saúde da criança? Se não sabemos como estamos, não podemos saber como melhorar...

É importante lembrar que rever o previamente planejado é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, para corrigir rumos, enfrentar imprevistos e pensar junto como melhorar a Atenção à Saúde da Criança no território da sua equipe.

Portanto, organizamos seu estudo para motivá-lo a conhecer os indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde da criança e a perceber sua inter-relação com o planejamento e a avaliação do impacto das ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família. Para tanto, é necessário que conheça e analise os dados disponíveis do território da Equipe de Saúde da Família, relacionados à saúde da criança, e planeje, em equipe, ações individuais e coletivas neste sentido.

2.1 Cadastramento

O primeiro passo para se trabalhar a saúde da criança no seu território é fazer um levantamento para verificar se estão cadastradas em sua equipe, e com registros atualizados, todas as crianças da área com idade até cinco anos, ou mais, caso sua equipe já esteja estruturada para isso.

Para a busca de tais dados, é de fundamental relevância reunir toda a equipe e verificar os registros que estão sendo realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde, bem como consultar os dados existentes nas bases disponibilizadas pelo Organismos Oficiais, DATASUS, Secretarias Municipais de Saúde, entre outros.

Ficha C: é usada ² para registrar o acompanhamento da criança. É a “cópia” do Cartão da Criança padronizado pelo Ministério da Saúde. É utilizada somente pelo agente comunitário de saúde.

Nesse momento, também, é apropriado discutir se existe alguma dificuldade de registro pelos agentes ou algum outro ponto que seja relevante de ser questionado, para se propor atividades de educação permanente para os agentes. Geralmente, algumas questões no preenchimento da Ficha C² deixam dúvidas, como as vacinas, o crescimento, o desenvolvimento, etc.



Ambiente Virtual

No material complementar disponível no AVEA, você encontra uma Ficha C padrão que pode ser usada de modelo para seu município, caso faltem dados importantes na ficha que vocês vêm utilizando (digital). Acesse e imprima.

Nos casos em que o registro não esteja atualizado, é importante identificar os motivos e traçar estratégias para que 100% das crianças tenham o registro atualizado. Após essa verificação, algumas questões fundamentais deverão ser identificadas para que se possa priorizar o cuidado específico a algumas crianças.

No Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a equipe deve focar algumas informações que servirão de base para a priorização de ações com relação à saúde da criança, como exemplo:

- a) mortalidade proporcional por idade, para faixa etária de menores de um ano;
- b) Taxa de Mortalidade Infantil (TMI);
- c) TMI por diarreia;
- d) TMI por Insuficiência Respiratória Aguda;
- e) % de crianças até um ano com vacinas em dia;
- f) % de crianças até um ano pesadas;
- g) % de crianças até um ano desnutridas;
- h) taxa de hospitalização em menores de cinco anos por pneumonia e desidratação/ 1.000 nascidos vivos;
- i) % de cobertura de puericultura.

2.2 Planejamento das Ações em Equipe

Uma das ações a serem tomadas em virtude do levantamento de problemas através dos indicadores é a visita domiciliar, que pode ser realizada, por exemplo, nas seguintes situações:

- a) visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido (RN) nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar, para a melhora do vínculo com a família. Deve-se avaliar precocemente dificuldades na amamentação, observar a interação da família com a criança e orientar outros familiares que convivem com a criança, que geralmente não vão à consulta individual. O planejamento pode ser a partir da notificação das maternidades pela Declaração dos Nascidos Vivos (DN) e/ou por aviso do nascimento pela própria família;
- b) situações de risco para a criança: desnutrição, obesidade, suspeita de maus-tratos;
- c) adesão insatisfatória a algum tratamento.

Pode-se, também, fazer visitas institucionais à escola, para conversar com o professor a respeito de distúrbios de aprendizado, o que pode ajudar na avaliação dos casos. Relembramos que esse tipo de intervenção deve ser feito de forma não autoritária, respeitando o consentimento da família.

Nesse momento do planejamento de ações em equipe, é importante a utilização da ferramenta Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB), conforme visto no Módulo 4 do Eixo 1. Com relação à saúde da criança e do adolescente, o PROGRAB irá propiciar a programação de atividades nos seguintes grupos:

- a) crescimento e desenvolvimento;
- b) assistência a doenças prevalentes na infância (infecto-contagiosas, asma e diarreia);
- c) saúde visual;
- d) alimentação e nutrição (anemia, desnutrição, hipovitaminose A, obesidade infantil);
- e) imunizações.

O número de consultas a serem realizadas em puericultura, normalmente aparece quando iniciamos as discussões dessas ações no PROGRAB (BRASIL, 2006).



Acesse o manual:

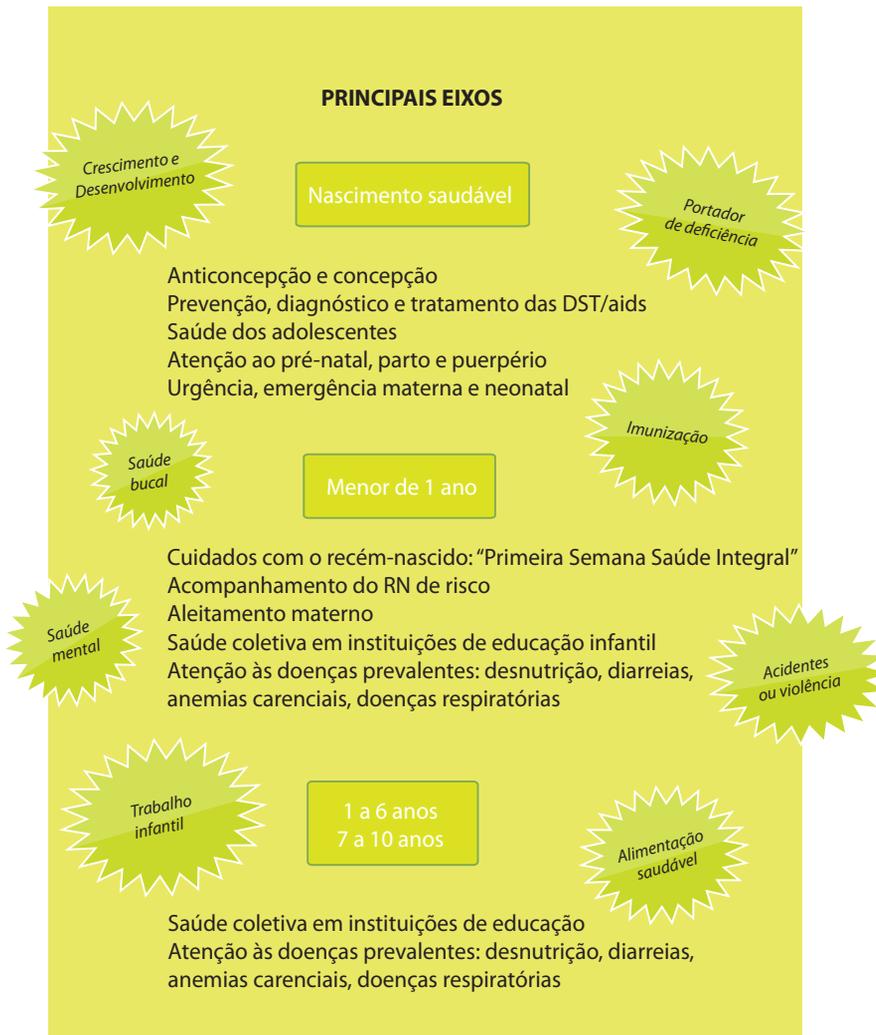
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prograb: programação de gestão por resultados na atenção básica. Brasília, 2006. Acesso em: <http://dab.saude.gov.br/docs/prograb/manual_usuario_prograb.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

Esse calendário das consultas de puericultura até hoje não conseguiu consenso e, provavelmente, não conseguirá, pois os objetivos da puericultura (*well-child care*) variam de local para local, tornando muito difícil a correlação dos estudos. Não há, ainda, evidência científica de qualidade que determine o número ideal de consultas para cada faixa etária. No entanto, gostaríamos de fazer uma sugestão de rotina, que deve ser pensada e discutida em equipe e com a gestão municipal, caso ainda não tenha sido estabelecido um protocolo de atendimento à criança em seu município:

- a) Primeira consulta entre o quarto e o sétimo dia de vida;
- b) Consultas mensais alternadas entre enfermeiros e médicos no primeiro ano de vida;
- c) Consultas trimestrais no segundo ano de vida;
- d) Consultas semestrais do terceiro ao quinto ano de vida;
- e) Consultas anuais do sexto ao décimo quarto ano de vida.

O número de consultas em um ano poderá ser visualizado pela ferramenta, que irá se basear na população adscrita da sua equipe.

A seguir, apresentamos o fluxograma 4, com os principais eixos no cuidado com a criança a serem trabalhados pela equipe, de acordo com o momento de vida:



Fluxograma 4: Principais eixos no cuidado com as crianças.

Fonte: Brasil, 2004. p. 37.

2.3 Qualidade da Atenção

No planejamento dessas consultas, outro ponto de fundamental importância é o preenchimento correto da caderneta de saúde da criança. Todo o atendimento, por qualquer membro da equipe, deve ser registrado na caderneta.

É necessário discutir com a equipe cada um dos pontos abordados pela caderneta de saúde em utilização no seu município. Se algum membro tiver alguma dúvida, é indicado sanar na mesma hora,



Figura 5: Caderneta de saúde da criança.
Fonte: Brasil, 2006.

ou programar uma atividade de educação permanente, caso seja pertinente. E, aproveitando esse momento de discussão sobre o preenchimento da caderneta, é importante, também, discutir o fluxograma de abordagem de risco à saúde da criança na unidade de saúde, conforme o modelo que consta na página 73 da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, publicada em 2004, que apresentamos a seguir na figura 6:

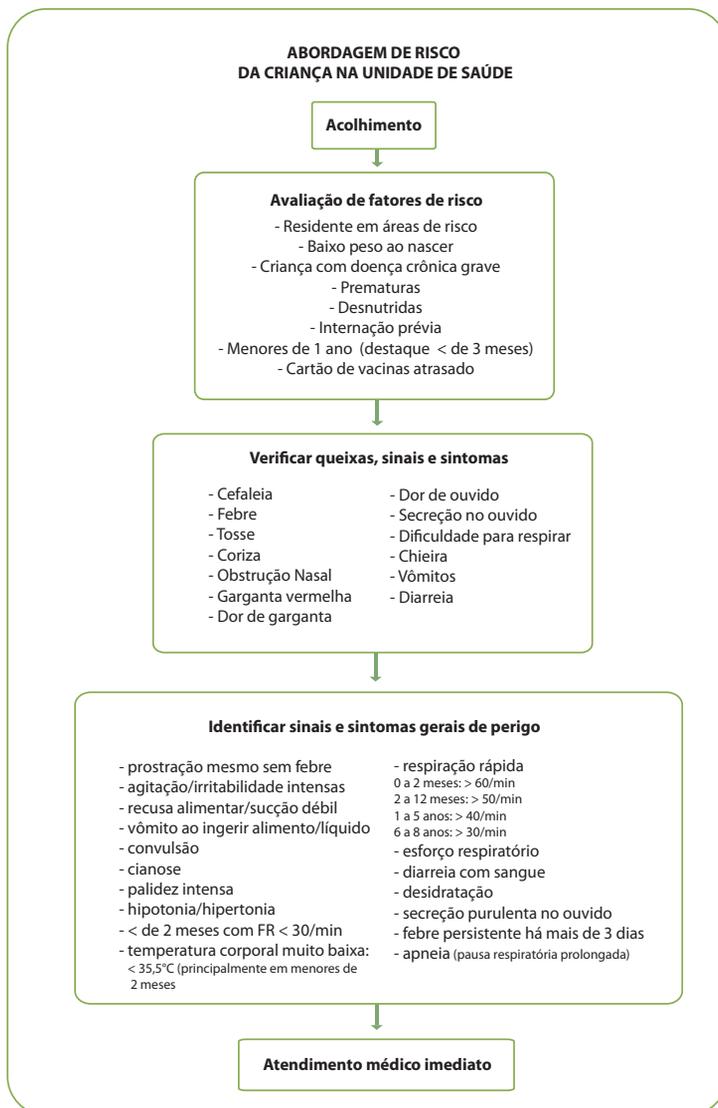


Figura 6: Agenda de compromissos para a saúde integral da criança.
Fonte: Brasil, 2004, p. 73.

Uma última ferramenta que gostaríamos de apresentar para colaborar

no planejamento das ações é a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), já abordada no Módulo 4 do Eixo 1, Processo de trabalho.

Os tópicos de saúde de crianças e saúde de adolescentes, que constam do Caderno 5 da AMQ (Figura 7), devem ser preenchidos quando essa discussão sobre o planejamento estiver sendo realizada.

Cadernos Avaliativos

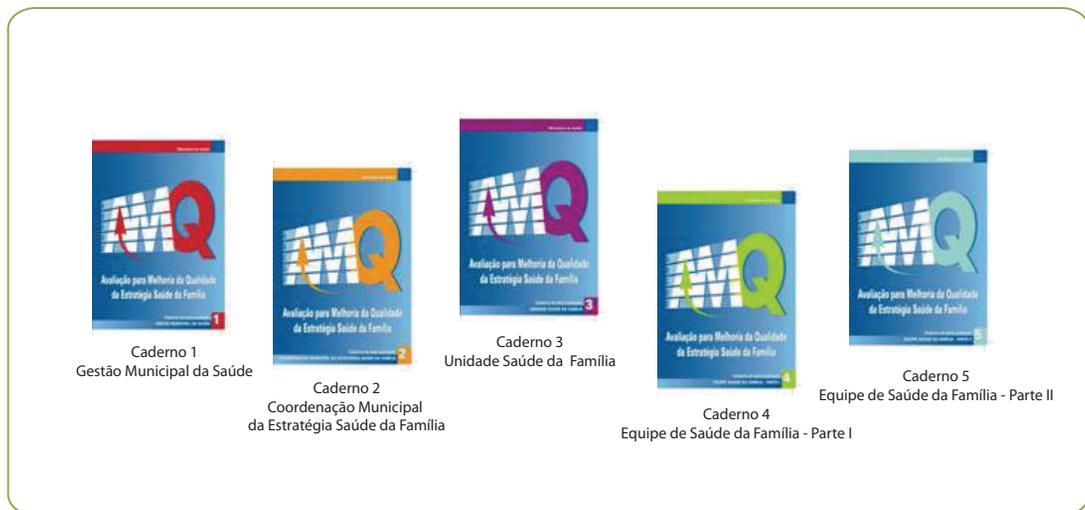


Figura 7: Cadernos de avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família.

Fonte: Brasil, 2004.

Apesar de o Caderno 5 ser direcionado apenas aos profissionais de nível superior da equipe, sugerimos que toda equipe participe da discussão, pois é de fundamental importância que todos saibam em que nível de qualidade as ações da equipe se encontram.

Em um primeiro momento, dificilmente será possível obter o nível de excelência desejado no preenchimento dos itens. Mas não devemos nos preocupar com isso, já que o mais importante é saber como faremos para avançar na qualidade da atenção.

Ao preencher os itens do instrumento, notaremos que muitos deles já foram contemplados na discussão que fizemos nesta unidade, o que foi feito de forma intencional.

No início dos estudos deste módulo, descrevemos todos os itens do planejamento que devem ser realizados em equipe, conforme reforçamos aqui. Neste momento, ressaltamos a importância de se definir o nível de atuação da equipe e quais ações foram planejadas inicialmente para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança.

2.4 A Estratégia de Saúde de Família e o Matriciamento de Pediatria

Uma das características da puericultura prestada pelos dez países desenvolvidos com a menor taxa de mortalidade infantil do mundo, observou similaridades em suas abordagens à saúde da criança, como consultas periódicas e orientações antecipatórias. Na maioria destes, a puericultura, como definida anteriormente, é dividida entre médicos e enfermeiros, ou prestada exclusivamente por enfermeiros “materno-infantis”.

Na maior parte dos países estudados, os pediatras atuam exclusivamente como especialistas em desenvolvimento/comportamento e/ou em condições pediátricas crônicas específicas. O profissional que conduz a avaliação de desenvolvimento e as triagens varia de um país para outro.

Algumas cidades usam o modelo de matriciamento, no qual enfermeiros e médicos de família e comunidade/médicos generalistas são responsáveis pela puericultura e atenção a condições agudas e crônicas. Os pediatras devem trabalhar de forma matricial, apoiando as equipes de saúde de família em questões sobre desenvolvimento/comportamento e/ou em condições pediátricas crônicas específicas, e realizar atividades transversais, que visem à melhoria das condições de saúde das crianças das unidades pela qual é responsável.

Em Florianópolis (SC), muitas unidades adotam este modelo, com os médicos da Equipe de Saúde da Família alternando-se com os enfermeiros. Esta é a primeira entrada no sistema. O médico encaminha o paciente para o pediatra apenas quando necessário, através das discussões de casos que ocorrem periodicamente, com os objetivos de trabalhar promoção, proteção e recuperação da saúde da criança.

Há a necessidade de que enfermeiros, dentistas, médicos de família/generalistas e pediatras trabalhem de forma coordenada, construindo uma rede de proteção social e se corresponsabilizando pela atenção integral à saúde da criança.

2.5 Ações Educativas e Intersectoriais de Prevenção dos Principais Agravos na Saúde da Criança

No âmbito da saúde integral da criança é importante retomarmos os principais eixos que pretendem diminuir os agravos à saúde da criança.

O principal propósito destas ações é o de “promover a qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial”. Procure acessar a especificidade de cada aspecto listado anteriormente, pois deles derivam inúmeros outros desafios para a prática do médico e da equipe.

Neste sentido, é relevante destacar que, para a implementação de tais ações e sua efetivação, é indispensável estabelecer parcerias.

A ação intersectorial é um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, 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 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.

Questões para refletir:

Quais são os atores que podem contribuir positivamente para a promoção da saúde da criança em seu município e em sua área de abrangência?

Quais as estratégias que precisam ser articuladas a fim de diminuir os agravos e os riscos para a saúde da população infantil?

O que você, como profissional da equipe de saúde da família, tem feito para ampliar as parcerias e realizar ações desta natureza?

Será que você e sua equipe poderiam pensar em grupos educativos voltados para a melhoria da saúde das crianças do seu território, no seu centro de saúde?

Agora, relembre os conteúdos sobre Promoção da Saúde, abordados no Módulo 2 do Eixo 1, e o trabalho com grupos, do Módulo 4. Disponibilizamos no AVEA os Objetos de Aprendizagem sobre estes conteúdos. Recomendamos que você os revise.



Saiba Mais

Consulte no Portal da Saúde os materiais informativos da cartilha da Saúde da Criança, disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_materiais_informativos_saude_crianca.pdf.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta Unidade salientou a importância da reunião de equipe de saúde da família para o planejamento estratégico de ações voltadas à atenção à saúde da criança e como cada membro da equipe pode dar sua contribuição. Também foi visto que planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, apoiando-se nos indicadores de saúde para corrigir rumos, enfrentar imprevistos e pensar em conjunto como melhorar a atenção à saúde da criança no território de ação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prograb**: programação de gestão por resultados na atenção básica. Brasília, 2006. Acesso em: <http://dab.saude.gov.br/docs/prograb/manual_usuario_prograb.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: materiais informativos. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_materiais_informativos_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.

UNIDADE 3

MÓDULO 5

3 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA

A criança, desde a sua concepção, é parte integrante da sociedade na qual foi gerada e, portanto, está cercada por condições sociais, históricas e familiares de diversas naturezas. Você já parou para pensar o que há em torno das crianças que cuidamos diariamente? O quanto, na atualidade, cada vez mais as crianças sofrem a influência do meio ambiente em que vivem e o quanto isto influencia no processo saúde-doença.

Alguma vez você já parou para refletir como nós, profissionais de saúde, podemos contribuir para o aprendizado de práticas saudáveis desde as primeiras etapas da infância? Será que sua abordagem na atenção à criança não pode ser melhorada?

Lembre-se de que a família das crianças pode e deve ser nossa grande aliada neste processo. A família é considerada a primeira unidade de cuidado de seus membros. Portanto, é muito importante que o médico, o enfermeiro e o dentista tenham uma comunicação com a criança e sua família que seja clara, objetiva e acolhedora.

Seu objetivo neste estudo é identificar a influência do meio ambiente e da família no processo saúde/doença da criança e, conseqüentemente, planejar ações que promovam um meio ambiente saudável.

3.1 A Comunicação com a Criança e a Família

O profissional da saúde da Atenção Primária, por (idealmente) acompanhar toda a família na Estratégia Saúde da Família, tem um vínculo especial com todos e, assim, tem a oportunidade de conhecer melhor a dinâmica familiar, o que ajuda muito no acompanhamento.

Muitas vezes o profissional da saúde da atenção primária fez o pré-natal da mãe, atende o pai e a avó.

Muitos problemas se resolvem de forma espontânea e, muitas vezes, o mais importante é dar apoio e segurança à família.

Para melhor obter informações, o médico, o enfermeiro ou o dentista pode lançar mão de perguntas facilitadoras, específicas e abertas. Desta forma, possibilita e auxilia a exposição de sentimentos negativos

ou problemas familiares previamente não percebidos. Informações, muitas vezes, úteis ao planejamento de ações eficazes.

Esta estratégia está bem desenvolvida no projeto *Bright Futures*, que mostra dezenas de sugestões do que os autores chamam de “perguntas-gatilho”, em todas as faixas etárias (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004). Verifique alguns exemplos:

“Quais preocupações você gostaria de me contar hoje?”

“Ocorreu alguma mudança importante na família, desde a nossa última consulta?”

“Como vocês estão se dando na família?”

“Como está a comunicação na família?”

“Existe algo no comportamento do seu filho que lhe preocupa?”

Segundo Murahovschi (2006) é importante entrar com sutileza na vida do casal, nos seus conceitos, códigos, padrões éticos e religiosos, pensamentos, estrutura familiar e cuidados. Ouvir, trocar ideias, informar e deixar o casal falar. As consultas mais produtivas costumam ser aquelas baseadas nas questões levantadas pela família ou pela criança. Tentar se colocar no lugar dos pais, entender suas fragilidades e ao mesmo tempo criar identificação com a criança. Procurar sempre tirar todas as dúvidas e buscar uma aliança terapêutica com a família. Além disso, evitar a ansiedade na família pode prevenir somatizações e perturbações emocionais.

A comunicação com a família envolve uma carga emocional, às vezes, difícil para o profissional de saúde, e isso é normal. Mas é importante procurar sempre se perceber e refletir sobre os seus sentimentos, ao invés de negá-los.

É útil falar acerca de suas angústias na consulta, em reuniões clínicas, discussões de casos e supervisões.

3.2 A Criança e a Escola

A importância de um bom começo: promoção da saúde em creches. Conforme defende Moyses (2008), evidências científicas nos mostram que o fato de a criança estar matriculada e frequentar uma creche,

por si só, já promove sua saúde. Para as famílias de baixa renda, em especial, o filho na creche possibilita à mãe entrar no mercado de trabalho e contribuir com o bem-estar da criança e da família.

Todos os estabelecimentos oficiais de ensino e educação, como creches e escolas, se mostram como ambientes favoráveis ao desenvolvimento de ações promotoras de saúde.

Dentre as ações promotoras, destacam-se as políticas relativas à alimentação infantil. Em relação ao consumo da sacarose na infância, este está condicionado a múltiplos fatores e, portanto, requer uma abordagem abrangente conforme **Tipo de estratégia e Abordagens**, detalhado no quadro a seguir:

Educação

- Informação sobre o uso da sacarose para professores, crecheiras, cuidadores de crianças, merendeiras, pais e profissionais de saúde.
- Estabelecimento de novos hábitos (consumo inteligente de açúcar), informações, aconselhamento e instrução.

Substituição

- De produtos industrializados, utilizados na merenda, por produtos naturais.
- Do açúcar refinado por adoçante natural.

Preços

- Avaliar com a família, comparativamente, preços de frutas da estação X guloseimas.
- Avaliar a possibilidade da aquisição de produtos naturais diretamente de pequenos produtores (que podem ser da própria comunidade).

Reguladoras

- Orientar os pais a fiscalizarem o cumprimento da legislação que proíbe a venda de guloseimas nas cantinas escolares.
- Incentivar a Associação de Pais e Mestres a manter um diálogo constante com o Poder Legislativo, propondo leis que regulamentem:
Troca de lixo reciclável por frutas da época;
Incentivo às creches/escolas na adoção de dietas naturais;
Diminuição na tributação de adoçantes naturais.

Quadro 8 – Estratégias de abordagem de dieta nos cenários de vivência das crianças

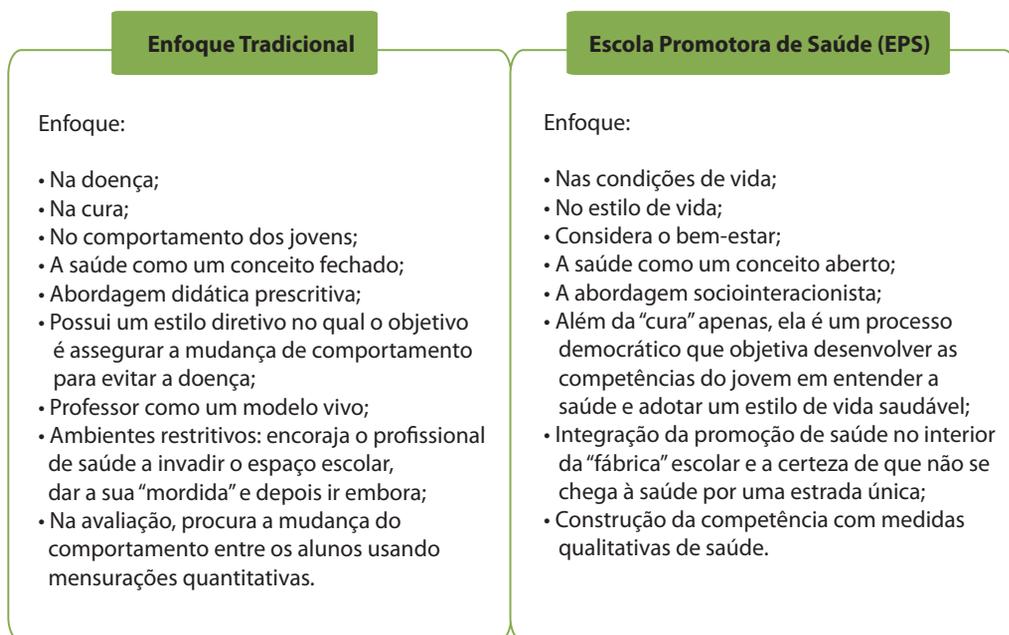
Fonte: SBF, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

3.2.1 A Escola Promotora de Saúde: Maximizando o Desempenho Educacional

A noção de que a escola tem um papel fundamental na promoção de saúde dos jovens não é nova, e a visão atual de promoção de saúde nas instituições de ensino só pode ser plenamente compreendida dentro do amplo contexto de desenvolvimento.

Definição de Escola Promotora de Saúde (EPS): de acordo com a OMS, “a EPS é aquela que fortalece constantemente sua capacidade como estabelecimento saudável para viver, aprender e trabalhar”.

As principais diferenças entre a Escola Promotora de Saúde e “programas tradicionais de saúde na escola” são mostradas no quadro 9:



Quadro 9: Diferença entre o enfoque tradicional de saúde na escola e escola promotora de saúde.

Fonte: Florianópolis, 2009.

É importante que um profissional da Equipe de Saúde da Família saiba se existem programas sobre Saúde do Escolar no seu município. Informe-se.



Visite os seguintes sites:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **School and youth health**. Disponível em: <http://www.who.int/school_youth_health/en/>. Acesso em: 15 fev. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=school_health_promotion>. Acesso em: 15 fev. 2010.

WELCOME to the australian health promoting schools association. Disponível em: <<http://www.ahpsa.org.au/>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Escola de saúde do Rio de Janeiro. **Saúde presente**. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

3.2.2 Alterações na Aprendizagem

Crianças com problemas escolares constituem um desafio e devem ser alvo de cuidado para os profissionais da Equipe de Saúde da Família. A abordagem através de uma equipe multidisciplinar é a forma mais adequada de avaliar e gerir os complexos problemas de aprendizagem (que muitas vezes são a causa do mau desempenho escolar) e sintomas de problemas de saúde. O papel principal do profissional de saúde, neste processo, é identificar e excluir as causas médicas que provocam as dificuldades de aprendizagem.

As crianças com problemas escolares podem ser ajudadas a alcançarem seu potencial pleno, por meio da obtenção da história clínica, social e familiar e da realização de uma avaliação clínica. Também é útil que se esteja familiarizado com o sistema escolar da comunidade e dos direitos da criança à educação apropriada. Além de garantir que o paciente esteja fisicamente saudável, é relevante apoiar os pais e advogar a favor do mesmo. Isto pode envolver a familiarização com as leis educacionais voltadas à construção de ambientes menos restritivos e a comunicação com os funcionários da escola, quando necessário.

Exames complementares só se justificam se o exame físico ou a história sugerir uma condição clínica como a deficiência de ferro, intoxicação por chumbo ou disfunção da tireoide. Outros exames laboratoriais, geralmente, não são úteis.

Há evidências de que a opinião materna é potencialmente útil como subsídio à identificação de crianças com atraso no desenvolvimento, principalmente se a escolaridade materna for alta (DUNCAN, 2004).

Os problemas emocionais nas crianças são muitas vezes ignorados ou minimizados como uma razão para o mau desempenho. Mas é essencial tomar cuidado para que uma criança com pequena variação de comportamento não seja estigmatizada e medicada desnecessariamente.

Alterações de Aprendizagem ou Dificuldade de Aprendizagem (AD) foi definida pelo *National Joint Committee for Learning Disabilities* como: grupo heterogêneo de transtornos que se manifestam por dificuldades significativas na aquisição e uso da escuta, da fala, na leitura, na escrita, dificuldades de raciocínio ou habilidades matemáticas. Conforme Schirme; Fontoura; Nunes (2004):

No Brasil, cerca de 40% das crianças em séries iniciais de alfabetização apresentam dificuldades escolares. Sabe-se que se um aluno com dificuldades de aprendizagem for bem conduzido pelos profissionais de saúde e educação, em conjunto com a família, poderá obter êxito nos resultados escolares.



Saiba mais

Para obter maiores informações sobre o tema, leia os seguintes artigos:

CARVALHO, M. S. C. **Dificuldades de aprendizagem.**

Disponível em: <<http://www.artigonal.com/educacao-artigos/dificuldades-de-aprendizagem-1228106.html?>>. Acesso em: 5 fev. 2010.

CORREIA, L. de M. Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.13, n. 2, Maio/Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382007000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 fev. 2010.

3.3 A Família e os Limites Para a Criança

Sabemos o quanto o estabelecimento de limites faz parte da formação da criança. É importante para o seu desenvolvimento que ela conviva com regras claras que lhe indiquem como agir e quais as consequências de sua conduta.

Mais tarde, tais normas serão imprescindíveis nas mais variadas formas de relação dessa criança. Dar os limites necessários, no momento certo, auxiliará no seu desenvolvimento sadio. O estabelecimento de regras e limites é crucial para o saudável desenvolvimento infantil.

Debater o tema precocemente com a família é uma ação preventiva que a Equipe de Saúde da Família deve assumir visando ao desenvolvimento saudável da criança.

Confira algumas orientações que devem ser passadas aos pais:

- a) encorajar os pais a serem bons exemplos;
- b) reforçar um padrão emocional positivo em casa, através de brincadeiras, ternura e afeição pela criança;
- c) prover interações para a redução de resistência, transmissão de respeito e amenização de situações estressantes;
- d) prover atenção positiva regular, chamando a atenção aos “momentos especiais,” em todas as idades;
- e) escutar cuidadosamente a criança e ajudá-la a usar palavras que expressem seus sentimentos;
- f) flexibilizar, principalmente com crianças mais velhas e adolescentes, ouvindo e negociando, para reduzir os episódios de discordância do comportamento da criança com as expectativas dos pais;
- g) envolver as crianças nas tomadas de decisão;
- h) prover a criança de oportunidades de escolha, sempre que opções apropriadas existirem, e ensiná-la a avaliar as possíveis consequências de tais escolhas;
- i) reforçar os pontos positivos com elogios;
- j) prezar e reforçar o respeito, a comunicação respeitável e as estratégias de resolução colaborativa de problemas;

- k) estabelecer e explicitar regras, porém relaxando em ocasiões especiais (doenças, férias, acontecimentos excepcionais);
- l) ser sempre coerente (agir sempre da mesma maneira) é primordial;
- m) evitar gritos ou punição física.

3.4 Orientações Importantes de Prevenção para a Família

As relações familiares – os mundos conhecidos da rotina da casa – tornam-se as primeiras referências da criança. É no seio da família que ocorre o desenvolvimento humano e as experiências de vida da primeira infância (primeiros seis anos de vida) são fundamentais para uma vida adulta saudável.

Assim, atender a criança integralmente significa possibilitar que ela organize suas experiências de ser criança, de tal maneira que sejam atendidas suas necessidades humanas essenciais, ou seja, de transitar de sua condição biológica para um ser da cultura, com identidade e subjetividade próprias e singulares.

Nesta perspectiva, cabe à família orientar e preservar as crianças de todas as agressões do meio ambiente e da sociedade. Cabe, portanto, ao profissional da Equipe de Saúde da Família orientar os familiares para as ações preventivas e educativas que possibilitem a criança a se tornar um adulto saudável física, emocional e socialmente.

Trataremos a seguir de alguns temas propícios a uma orientação mais direta dos profissionais da Equipe de Saúde da Família às famílias atendidas em seu território. Veja com atenção.

3.4.1 Fumo

- a) avaliar exposição ao fumo;
- b) se houver alguém fumando próximo à criança, referir-se a criança como fumante passivo;
- c) encorajar o fumante a parar de fumar, ressaltando que o fumo passivo é uma das principais causas de hospitalização em crianças por doenças como bronquiolite e pneumonia, e que é causa frequente de infecção de ouvido e de colonização pelo *Streptococcus mutans* (germe causador da cárie). Ressaltar, ainda, a maior chance de ocorrer retardo no desenvolvimento das funções pulmonares das crianças, a maior chance de os filhos fumarem quando ficarem mais velhos e a importância, para a saúde de quem fuma, de deixar o cigarro;

- d) familiares que estão dispostos a parar de fumar devem ser apoiados e encorajados a começar a planejar seriamente como isto vai acontecer. Se possível, devem ser encaminhados para um grupo antitabagista de referência e receber material didático.



Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

3.4.2 Atividade Física

Avaliar, com a família, o nível dos exercícios e o tempo gasto com atividades físicas;

- a) avaliar o tempo sedentário (televisão, telefone, jogos eletrônicos e computador);
- b) enfatizar para a família os benefícios da atividade física regular;
- c) discutir o fato de que os hábitos para uma vida saudável iniciam-se na infância;
- d) encorajar a diminuição do tempo de sedentarismo (não mais que 2h) e aumentar o tempo brincando;
- e) individualizar os benefícios da atividade física, inclusive a sensação de bem-estar;
- f) incentivar, precocemente, a adoção de um estilo de vida ativo, a ser iniciado, idealmente, aos dois anos e mantido pelo resto da vida;
- g) incentivar atividades físicas moderadas, regulares, por 30 a 60 minutos/dia, na maior parte dos dias – 150 a 300 minutos/semana. (Atividade física moderada: aquela que precisa de algum esforço físico e que faz respirar um pouco mais forte do que o normal.);
- h) mesmo os pequenos aumentos na atividade física são benéficos;
- i) encorajar atividades que promovam benefícios à saúde. Estas atividades devem:

aumentar o gasto calórico;

melhorar o condicionamento cardiovascular;

ter um baixo risco;

desenvolver e manter o tônus muscular e a flexibilidade das articulações.

- j) encorajar atividades que promovam adesão por longos períodos. Estas atividades devem procurar ser: prazerosas, convenientes, não custarem caro, produzir baixa percepção do ato de exercitar-se;
- k) incentivar os que já se encontram em atividade física regular a se manterem na mesma;
- l) instruir os pais a planejar atividade física (jogos, brincadeiras e esportes) ao invés de refeições como parte da recompensa ao bom desempenho da criança;
- m) instruir os pais da importância de serem modelos de um estilo de vida ativo e de oportunizarem aos filhos o aumento contínuo da atividade física.

3.4.3 Televisão

Estimular as seguintes ações:

- a) promover ações com maior interatividade como conversar, brincar, cantar e ler em conjunto;
- b) limitar o tempo gasto com TV, filmes, video games e afins a não mais do que uma a duas horas por dia;
- c) monitorar os programas assistidos por crianças e adolescentes. A maioria dos programas deve ser informativo, educacional e não violento;
- d) assistir programas de televisão com as crianças e discutir seu conteúdo;
- e) encorajar entretenimentos alternativos para as crianças como ler, atividades físicas, hobbies e brincadeiras criativas.

3.4.4 Proteção Contra Raios Ultravioletas (UV)

O profissional de saúde deve prover informações sobre o tema nas consultas de puericultura.

- a) todos os pais e crianças devem receber informações a respeito de proteção solar, não importando a idade ou a cor da pele;
- b) crianças menores de seis meses devem ser mantidas fora da luz solar direta, estando desaconselhados os banhos de sol. Estas crianças devem ser mantidas sob árvores, sombrinhas ou carrinhos cobertos, lembrando que as sombrinhas e as coberturas de carrinho reduzem em apenas 50% os raios UV. Usar o protetor solar, em pequenas superfícies, somente se a proteção física for inadequada;
- c) crianças maiores de seis meses devem receber protetor solar com fator maior ou igual a 15 sempre que estiverem em situações em que haja possibilidade de irradiação solar. Protetores labiais também devem ser aconselhados;
- d) as atividades devem ser selecionadas para evitar exposição entre 10h e 16h;
- e) considerar vestir as crianças com calças compridas leves e camisas de manga comprida durante o verão, em situações em que possam ocorrer queimaduras. Tomar cuidado com dias nublados, pois apresentam o maior índice de queimadura;
- f) bonés devem ser usados com aba para a frente, para a proteção da face e dos olhos.

3.4.5 Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS)

Prover informações a pais de crianças com idade menor ou igual a dois anos (preferencialmente no primeiro ano e alguns meses antes de iniciar o inverno) a respeito de:

- a) prevenção das IVAS;
- b) frequência, sintomas e história natural das IVAS;
- c) tipos de doenças respiratórias que acometem as crianças;
- d) sintomas sugestivos de outras doenças que não IVAS;

- e) avaliação do estágio da doença e sinais de alerta;
- f) cuidado domiciliar das IVAS;
- g) higiene adequada das mãos.

3.4.6 Posição para Dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS)

- a) colocar a criança para dormir sempre em posição supina, mesmo em breves períodos de sono, principalmente se esta já é a posição de costume da criança;
- b) usar superfície firme para dormir;
- c) manter a temperatura do quarto agradável;
- d) até o sexto mês, colocar a criança para dormir no quarto dos pais, mas em leito próprio;
- e) desaconselhar que pais durmam em coleito com a criança.

3.4.7 A Chupeta

Se possível, deve ser evitada, mas se houver uso, orientar:

- a) a chupeta não deve ser molhada em soluções adoçadas;
- b) a chupeta deverá ser oferecida apenas no momento do sono, não devendo ser reinsertada uma vez que a criança durma;
- c) crianças amamentadas ao peito não necessitam de bicos, chupetas e mamadeiras.

3.4.8 Leitura para Pré-Escolares

- a) promover e estimular que pais leiam precocemente (seis meses a cinco anos) para as crianças;



Saiba mais

Para maiores informações sobre método de promoção de leitura precoce para pacientes de baixa renda, acessar o site do:

REACH OUT AND READ NATIONAL CENTER. Disponível em: <<http://www.reachoutandread.org/>>. Acesso em: 31 jan. 2010.

3.4.9 Prevenção de Acidentes

- a) Os acidentes são um dos maiores problemas mundiais de saúde pública. As causas externas respondem por 53% da sobrecarga total das dez principais doenças entre cinco a 14 anos de idade;
- b) há evidências suficientes para recomendar orientação sobre este tema em todas as consultas de rotina.



Saiba Mais

Ver tabela de Guia de Procedimentos em puericultura na próxima unidade. Ver também:

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 21.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade estudamos as questões complexas com as quais o profissional da equipe de saúde da família deve estar apto a lidar em seus atendimentos à criança. No início abordou-se a importância da comunicação com a criança e a família. O texto enfocou também o ambiente escolar como espaço para o trabalho de educação em saúde e prevenção de doenças e agravos com escolares. Foram analisadas as questões familiares que envolvem o desenvolvimento saudável da criança, como o estabelecimento de limites e dos exemplos. Por fim, abordou-se questões que podem ser trabalhadas e estimuladas pelo profissional de saúde, bem como as orientações diretas à família em relação a hábitos nocivos como o tabagismo, proteção contra os raios UV, prevenção de acidentes, estímulo às atividades físicas e outros temas básicos.

REFERÊNCIAS

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MOYSÉS, M. A. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. 2. ed. rev. e ampl. Campinas: Mercado de Letras; FAPESP, 2008.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Educação. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo de Discussão para Implantação da Rede de Escolas Promotoras de Saúde de Florianópolis. **Bases conceituais para o desenvolvimento da rede de escolas promotoras de saúde de Florianópolis: uma breve revisão**. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://iv.org.br/docman/view.php/754/89822/Bases%20conceituais%20para%20documento%20final.doc>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

SCHIRMER, C. R. ; FONTOURA, D. R. ; NUNES, M. L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-S95/port.asp#autor1>>. Acesso em: 25 fev. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (São Paulo). Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. São Paulo, 2006.

PARTE II

MÓDULO 5

PARTE II

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Ao darmos início aos estudos referentes ao Módulo 5, é importante lembrarmos que a Atenção à Saúde da Criança – Enfermagem, a ser abordada nesse módulo, representa uma área prioritária no âmbito dos cuidados à saúde das populações. Para que essa se desenvolva de forma adequada, além do conhecimento sobre as características relacionadas aos indicadores de morbimortalidade, incluindo aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, e demais determinantes sociais no processo de saúde-doença, é importante destacar o papel relevante que desempenham os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Inúmeros têm sido os problemas encontrados que são, de forma evidente, impeditivos para uma adequada atenção à saúde.

Nesse contexto, a atenção primária DA saúde apresenta grande relevância como uma real possibilidade para o enfrentamento dos problemas, podendo reduzir significativamente a ocorrência de diversas situações indicativas de cuidados insatisfatórios. Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), e a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), incorporadas às políticas públicas brasileiras, constata-se um maior acesso aos cuidados básicos de saúde, tornando o sistema mais resolutivo no âmbito da atenção primária.

Este módulo está dividido em duas partes: a primeira, comum a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, onde discutimos os pactos, políticas e programas de saúde para infância no Brasil e no mundo, a Equipe de Saúde da Família e o planejamento das ações voltadas à Saúde da Criança e por último, a criança, o meio ambiente e a família. Neste particular, veremos que a Saúde da Criança é prioridade, se faz presente e é expressa no contexto da gestão federal do SUS, através de políticas e programas, e é reafirmada em vários pactos firmados pelos gestores das três esferas governamentais. Tal política visa fundamentalmente a implementação dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção da saúde, ampliando o espectro de ações até então propostas.

Na segunda parte, algumas questões serão retomadas nas especificidades de cada profissional. Agora, com a base conceitual e geral já construída no estudo anterior, vamos aprofundar o conteúdo relacionado à Atenção à Saúde da Criança dentro da especificidade de sua área, a Enfermagem, sendo discutidos os seguintes temas: promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil, ações relacionadas ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento no

âmbito da atenção básica, ações da clínica e do cuidado nos principais agravos agudos da saúde da criança.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos no que se refere às ações e políticas que integram a Atenção à Saúde da Criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família e do SUS no contexto brasileiro e mundial.

Ementa

Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde da criança. Pactos, políticas e programas de saúde para a infância no Brasil e no mundo. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança. A criança, o meio ambiente, e a família. Promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

Objetivo

- a) Revisar as noções gerais de crescimento e desenvolvimento, maturação e diferenciação;
- b) Destacar ações relacionadas ao acompanhamento no nível da atenção básica e ações da enfermagem na promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento;
- c) Relembrar noções sobre Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e suas características.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 4: Promoção e Proteção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil.

Unidade 5: Ações Relacionadas ao Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento no Âmbito da Atenção Básica.

Unidade 6: Ações da Clínica e do Cuidado nos Principais Agravos à Saúde da Criança.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Iniciamos agora o estudo da segunda parte deste módulo. Ao encerrar a primeira etapa, comum a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), ressaltamos a necessidade de habilidades e atitudes especiais de toda a equipe com relação ao atendimento de crianças. Trabalhar com elas exige postura diferenciada e uma atenção especial, incluindo a abordagem psicológica, social e biológica.

Nesta segunda parte, questões serão retomadas nas especificidades de cada profissional. Agora, com a base já construída no estudo anterior, vamos aprofundar o conteúdo dentro da sua área, a enfermagem. Lembre sempre: você faz parte de uma equipe multidisciplinar e sua atuação só poderá atingir um alto grau de qualidade se suas ações forem integradas às ações de outros profissionais. Interaja com seus colegas de trabalho e de curso. Juntos, todos poderão conferir ações de promoção da saúde e prevenção dos principais agravos à saúde da criança, desde o processo educativo até a criação de um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento de crianças saudáveis.

Bons estudos!

Ana Izabel Jatobá de Souza

Astrid Eggert Boehs

Jane Cristina Anders

UNIDADE 4

MÓDULO 5

4 PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Quando se fala em promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil, o que lhe vem à mente?

Provavelmente você se recordará das aulas que teve durante a graduação, quando cada faixa etária era desdobrada em seus mais minuciosos detalhes. Outra imagem provavelmente será a de seus encontros com as crianças nas consultas em seu dia a dia. Tais imagens e conhecimentos, com certeza, serão muito úteis no desdobramento deste conteúdo.

Como os espaços de cada módulo são pequenos para trazermos um compêndio que cada fase merece, será necessário que você retome textos e materiais pertinentes a esse tema e acesse fontes bibliográficas a serem indicadas em cada parte. Gostaríamos de enfatizar que o conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento infantil é riquíssimo em detalhes – a compreensão dos marcadores para cada faixa etária, por exemplo, já retoma parte da complexidade do processo envolvido em cada etapa.

Você certamente já acompanhou e vem acompanhando o crescimento e o desenvolvimento de muitas crianças, em especial se já for pai, mãe ou tiver sobrinho ou irmãos pequenos. Como mudam a cada dia desde o nascimento! Esse processo já acontecia desde a concepção, mas, quando nascem, podemos perceber as mudanças e o quanto o nosso corpo e os processos biopsicofísicos são espantosamente maravilhosos.

Nesta unidade vamos rever e acompanhar um pouco dessa mágica da vida e de como podemos, como profissionais da saúde, ampliar nossos padrões de percepção e avaliação das mudanças de cada faixa etária. Também retomaremos aspectos instrumentais de como fazer tais avaliações e acompanhamento, além de refletirmos sobre o papel do enfermeiro e de outros profissionais nesse processo. Vamos rever a nossa responsabilidade diante dessa assistência como ação de promoção da saúde.

4.1 Noções Gerais de Crescimento e Desenvolvimento

Nesta seção, é importante que você retome o conteúdo que já teve durante o seu processo de formação na graduação e revise conceitos como os de crescimento, desenvolvimento, maturação

e diferenciação. Aqui faremos uma breve revisão acerca dessas noções a fim de destacar a importância do tema em sua atividade profissional.

De acordo com Marcondes (2003), a delimitação dos grupos etários está assim configurada:

Período Pré-Natal:

- a) embrionário - primeiro trimestre;
- b) fetal precoce - segundo trimestre;
- c) fetal tardio - terceiro trimestre.

Período Pós-Natal:

- a) neonatal: 0 a 28 dias;
- b) Infância:

lactente: 29 dias a 2 anos de idade, exclusive;

pré-escolar: 2 a 6 anos de idade, exclusive;

escolar: 6 a 10 anos de idade, exclusive.

Nesse contexto, no quadro 1, a seguir, você encontra algumas definições que provavelmente são familiares.

Crescimento

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 de suas partes.

Desenvolvimento

Alteração e expansão gradual; avanço a partir de estágios mais inferiores para os mais avançados de complexidade; capacidades emergentes e em expansão do indivíduo através de crescimento, maturação e aprendizado.

Maturação

Aumento na competência e na adaptabilidade; envelhecimento usualmente empregado para descrever uma alteração qualitativa; uma alteração na complexidade de uma estrutura que possibilita começar a funcionar para atuar em um nível mais elevado.

Diferenciação

Processo pelo qual as células e as estruturas iniciais são sistematicamente modificadas e alteradas para alcançar propriedades físicas e químicas específicas e características; desenvolvimento de funções mais simples para as mais complexas.

Quadro 1: Definições no âmbito do crescimento e desenvolvimento.

Fonte: Whaley e Wong 1999, p. 75.

É importante nos questionarmos: em que medida a compreensão desses conceitos nos ajuda na prática? Compreendê-los nos ajuda a distinguir os processos de crescimento e desenvolvimento, bem como nos retoma a importância de dois aspectos significativos: a maturação e a diferenciação.

Portanto, crescimento e desenvolvimento expressos em peso, altura, peso em relação à altura e índice de massa corpórea são fundamentais para o acompanhamento da criança.

um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo, assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente (CASTILHO; BERCINI, 2005, p. 129).

Cabe ainda enfatizar que 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, 2002). Além disso, ressaltamos alguns fatores que interferem diretamente no processo de crescimento e desenvolvimento.

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o crescimento sofre influências de:

- a) fatores intrínsecos – genéticos, metabólicos e malformações, muitas vezes correlacionados;
- b) fatores extrínsecos – dentre os quais se destacam a alimentação, a saúde, as infecções, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança.

¹
Os fatores genéticos apresentam a sua influência marcada na criança maior, no adolescente e no jovem.

²
Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento.

Com relação ao crescimento linear (estatura), pode-se dizer que a altura final do indivíduo é o resultado da interação de sua **carga genética** ¹ e dos fatores do **meio ambiente** ² que permitirão a maior ou menor expressão do seu potencial genético.

4.1.1 A Curva de Crescimento

A interpretação da curva de crescimento e desenvolvimento mostra os sinais de alerta relacionados às alterações no desenvolvimento 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.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou gráficos, por ela desenvolvidos, baseados em amostra de crianças de seis países – entre eles o Brasil – dos cinco continentes. Para a seleção da amostra, uma série de pré-requisitos, como aleitamento exclusivo até os seis meses, acompanhamento de saúde e ausência de tabagismo parental, necessitou ser cumprida. O estudo seguiu as crianças do nascimento aos dois anos de idade. Outro grupo foi seguido dos 18 aos 71 meses para a confecção dos gráficos até os cinco anos. Os novos gráficos mostraram que o crescimento pode ser atingido com a alimentação e os cuidados de saúde recomendados (como, por exemplo, imunizações e cuidados durante a doença). Tais gráficos podem ser utilizados em qualquer parte do mundo, pois o estudo revela que as crianças dos cinco continentes crescem de forma similar quando suas necessidades de nutrição, cuidado e saúde são satisfeitas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).



Saiba Mais

Para obter mais informações sobre a Interpretação de gráficos de crescimento e desenvolvimento, visite o seguinte endereço e leia:

WORDL HEALTH ORGANIZATION. Child growth standards. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/training/en/>. Acesso em: 8 abr. 2009.

Outros benefícios dos gráficos gerados pela OMS são:

- a) estabelecimento de crianças amamentadas como modelo de crescimento e desenvolvimento normais;
- b) melhor identificação de crianças emancipadas ou com sobrepeso/obesas;
- c) melhor avaliação da pandemia de obesidade.

Os gráficos de peso e altura são uma excelente forma de as mães e demais familiares visualizarem de maneira fácil e rápida os indicadores do crescimento. Essa visualização também os ajuda a compreender que tais medidas devem ser realizadas regularmente, favorecendo o não abandono das consultas de avaliação de crescimento e desenvolvimento.

As curvas de peso e altura são uma importante ferramenta de educação para a saúde, no sentido de mostrar para a 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 como os profissionais têm uma visão longitudinal do crescimento e do desenvolvimento da criança (ZEFERINO et al., 2003).

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

4.1.2 A Avaliação do Crescimento

Acompanhe algumas observações importantes a serem consideradas na avaliação do crescimento. Para a interpretação das curvas de crescimento, observe estes indicadores:

- a) 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;
- b) 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.
- c) 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.
- d) índice de Massa Corporal (IMC) 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.

As linhas curvas impressas nos gráficos de crescimento servem para ajudar a interpretar o traçado de crescimento da criança. A linha marcada como 0 em cada gráfico representa a mediana, que é, em geral, a média. As outras linhas curvas são chamadas **linhas de z-score** ⁴, ou desvio padrão, e indicam distância a partir da média. Em geral, um ponto que está longe da mediana, em ambos os sentidos (por exemplo, perto dos 3 ou -3 z-score), pode representar um problema de crescimento. Outros fatores também devem ser considerados, como a tendência do crescimento, o estado de saúde da criança e a altura dos pais.

⁴ As linhas de z-score são numeradas positivamente (1, 2, 3) e negativamente (-1, -2, -3), e representam desvios em relação a média.

O quadro 2, a seguir, traz a identificação de alguns problemas de crescimento. Acompanhe e reflita a respeito do que você tem encontrado no seu dia a dia de atendimento com a criança.

Z-SCORE	ESTATURA/ALTURA PARA A IDADE	PESO PARA A IDADE	PESO PARA ESTATURA/ALTURA	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PARA A IDADE
>3	Veja nota 1	Veja nota 2	Obeso	Obeso
2			Sobrepeso	Sobrepeso
1			Possível sobrepeso (veja nota 3)	Possível sobrepeso (veja nota 3)
0				
-1				
-2	Baixa estatura (veja nota 4)	Baixo peso	Emaciado	Emaciado
<-3	Muito baixa estatura (veja nota 4)	Muito baixo peso	Severamente Emaciado	Severamente Emaciado

Quadro 2: Problemas de crescimento.

Fonte: Brasil, 2002.

Agora acompanhe as notas referentes aos problemas de crescimento descritos no quadro anterior. Observe.

Nota 1: Uma criança nessa faixa é muito alta. A altura raramente é um problema, a não ser que seja tão excessiva que possa indicar desordem endocrinológica, como um tumor produtor de hormônio de crescimento. É recomendável referendar pacientes nessa faixa ao se suspeitar de doença endocrinológica (exemplo: pais com tamanho normal e criança muito acima da estatura para a sua idade).

Nota 2: Uma criança cujo peso para a idade caia nessa faixa pode apresentar problemas de crescimento (sobrepeso/obesidade), mas isso pode ser melhor avaliado através do peso para a estatura/altura ou pelo Índice de Massa Corporal para a idade.

Nota 3: Um ponto plotado acima de 1 mostra um possível risco. Uma tendência em direção ao 2 z-score define o risco.

Nota 4: É possível que crianças baixas ou muito baixas tornem-se obesas. Crianças baixas e com sobrepeso devem ser avaliadas devido à possibilidade de problemas endocrinológicos.

Para identificar as tendências do crescimento da criança, deve-se olhar para a curva de crescimento formada pelos pontos plotados em uma série de visitas.

As tendências podem indicar que uma criança está bem e em crescimento constante; ou, por outro lado, que ela tem um problema de crescimento ou que está “em risco” de ter algum problema e deve ser reavaliada em breve. “Normalmente”, a criança cresce acompanhando a tendência que é, em geral, paralela à mediana e às linhas de z-scores. A maioria das crianças irá crescer em um “trilho”, isto é, sobre ou entre linhas de z-score.

Lembre-se de que o trilho pode ficar abaixo ou acima da mediana.

Ao interpretar gráficos de crescimento, deve-se estar alerta para as seguintes situações que podem indicar um problema ou sugerir risco:

A linha de crescimento de uma criança atravessa uma linha de z-score. Existe uma forte inclinação positiva ou negativa na linha de crescimento da criança. A linha de crescimento da criança permanece plana (estagnada), ou seja, não há ganho de peso ou estatura/altura.

Uma curva inclinada, atravessando a linha não é necessariamente um problema, depende de onde a mudança na tendência de crescimento começou e como se comportou. Por exemplo, se uma criança ficou doente e perdeu peso, um rápido ganho (indicado por uma acentuada inclinação no gráfico) pode ser bom e indicar um “catch-up”. Do mesmo modo para uma criança com sobrepeso, um ligeiro declínio ou uma curva plana pode indicar uma tendência de crescimento desejável em direção ao peso médio, um “catch-down”.

É muito importante considerar a situação clínica da criança ao interpretar as tendências de crescimento dos gráficos.

Lembre-se de que, além da altura e do peso, outros importantes marcadores no processo de avaliação do crescimento e desenvolvimento são a idade óssea e a dentição. Esses dois dados informam de maneira precisa o padrão e o período maturacional em que a criança está. É importante considerar que outro aspecto significativo nesse processo é a **maturação neurológica** ⁵. Lembre-se também de que a mielinização está 90% completa até os dois anos, os 10% restantes até o final da adolescência.

Nesse teor, é relevante enfatizar que o crescimento e o desenvolvimento obedecem a padrões previsíveis, ordenados e progressivos, cujas tendências direcionais se fazem de maneira céfalo-caudal, próximo-distal e a partir de um processo de diferenciação que envolve o desenvolvimento físico e a maturação das funções neuromusculares. No que tange à velocidade de crescimento e ao desenvolvimento de algumas partes do corpo, é interessante verificar o gráfico 3, a seguir, que ilustra tais aspectos. Perceba que o sistema linfóide é um dos que alcançam uma maior maturidade apenas aos 10 anos. Isso é importante ao considerarmos as razões que levam os lactentes e pré-escolares a ficarem mais suscetíveis a processos infecciosos.

5 A maturação neurológica se dá mais rapidamente antes do nascimento. Depois, de 15 a 20 semanas e com 30 semanas até 1 ano de idade – até o início da infância. A maturação neurológica é a base para o desenvolvimento da linguagem, do aprendizado e do comportamento.

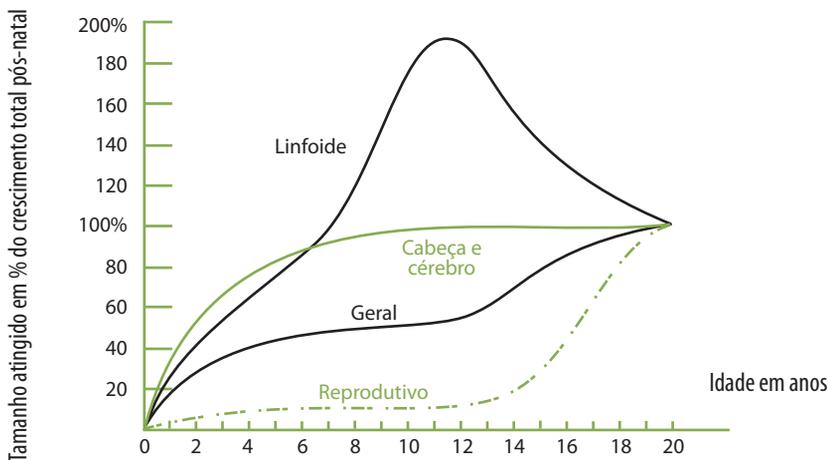


Gráfico 3: Curvas de crescimento de diferentes partes e tecidos do corpo.

Fonte: BRASIL, 2001, p. 11.

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

Os bebês de baixo peso ao nascer podem ser apenas 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 (\Rightarrow 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 estirão da adolescência ⁶ ocorre em torno dos 11 anos de idade nas meninas e dos 13 anos nos meninos.

O crescimento pós-natal é particularmente elevado até os 2 primeiros anos de vida, com declínio gradativo e pronunciado até os 5 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** ⁶.

Para Whaley e Wong (1999, p. 77), há no quadro 4, a seguir, informações importantes para o enfermeiro avaliar adequadamente as tendências de ganho de peso e altura de acordo com cada período etário. Acompanhe.

GRUPO ETÁRIO	PESO	ALTURA
Lactentes Nascimento – 6 meses	Ganho semanal de 140 – 120 g. O peso do nascimento duplica ao término dos primeiros 4 – 7 meses.	Ganho mensal: 2,5 cm.
6 – 12 meses	Ganho de peso: 85 – 140 g. O peso do nascimento é triplicado ao final do primeiro ano.	Ganho mensal: 1,25 cm; o comprimento do nascimento aumenta em 50% ao término do primeiro ano.
Infantes	O peso do nascimento quadruplica em torno dos 2,5 anos. Ganho anual de 2 a 3 kg.	A altura aos 2 anos de idade é de aproximadamente 50% da eventual altura do adulto; ganho durante o segundo ano: cerca de 12 cm; ganho durante o terceiro ano: cerca de 6 a 8 cm.
Pré-escolares	Ganho anual: 2 – 3 kg.	Altura do nascimento duplica em torno dos 4 anos de idade; ganho anual: 5 – 7,5 cm.

Escolares	Ganho anual: 2 – 3 kg.	Ganho anual após 7 anos de idade: 5 cm; altura de nascimento triplica em torno dos 13 anos de idade.
Estirão de Crescimento Puberal Meninas – 10 – 14 anos Meninos – 11 – 16 anos	Ganho de peso: 7 – 25 kg. Média: 17,5 kg. Ganho de peso: 7 – 30 kg. Média: 23,7 kg.	Ganho de altura: 5 – 25 cm; aproximadamente 95% da altura madura, atingida em torno do início da menarca ou na idade esquelética de 13 anos. Média: 20,5 cm. Ganho de altura: 10 – 30 cm; aproximadamente 95% da altura madura atingida em torno do início da menarca ou na idade óssea de 15 anos. Média: 27,5 cm.

Quadro 4: Tendências gerais no ganho de peso e altura durante a infância.

Fonte: Whaley e Wong, 1999, p. 77.

Devemos considerar que, em termos de crescimento biológico e desenvolvimento físico, o tecido linfoide contido no baço, timo, linfonodos, tonsilas, adenoides e nos linfócitos sanguíneos segue um padrão diferente de crescimento em relação a outros tecidos. Aquele tecido se encontra bem desenvolvido ao nascimento, aumenta até atingir dimensões adultas aos 6 anos e continua a crescer, alcançando seu tamanho máximo em torno de 10 – 12 anos. No que se refere ao desenvolvimento dos sistemas orgânicos, as alterações fisiológicas acontecem em várias dimensões.

Neste momento, 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. Confira.

O metabolismo determina os requisitos calóricos da criança e as necessidades hídricas. Seu ritmo é elevado no neonato e diminui até a maturidade; meninos têm um metabolismo mais elevado.

A temperatura reflete o metabolismo. A temperatura corporal diminui da infância à maturidade, e sua regulação é instável no neonato. A produção de calor declina à medida que o lactente entra na infância. Cada grau de febre aumenta o metabolismo basal em 10%, com exigência correspondente de líquidos. Lactentes e crianças jovens são altamente suscetíveis às flutuações de temperatura. Além disso, a temperatura aumenta com a prática de exercício físico, o choro e o desconforto emocional. Também é importante enfatizar que as

infecções aumentam mais rapidamente a temperatura em lactentes e em crianças jovens.

Quanto ao sono e ao repouso, ambos têm como função proteger o organismo. Os neonatos dormem grande parte do tempo. Nos lactentes, o período de sono diminui gradualmente e, no final do primeiro ano, a criança dorme à noite e tira dois cochilos durante o dia. Dos 12 aos 18 meses, a maioria eliminou o segundo cochilo diurno. Após os 3 anos, a criança eliminou os cochilos. Dos 4 aos 10 anos, o período de sono diminui discretamente, aumentando durante o estirão de crescimento da puberdade.

4.2 Desenvolvimento Neuropsicomotor

Os limites etários podem ser compreendidos como o meio para descrever as características associadas à maioria das crianças nos períodos em que as alterações nítidas do desenvolvimento aparecem e que as tarefas específicas devem ser realizadas.

As tarefas de desenvolvimento se referem às competências e habilidades de cada estágio.

Há diversas teorias sobre o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. Genericamente, é importante relembrar que os estágios de desenvolvimento se definem pelos limites etários⁷ e pelas tarefas do desenvolvimento⁸. A velocidade do desenvolvimento é codependente de diversos fatores. Entretanto, há períodos de crescimento acelerado e desacelerado no crescimento corporal total e nos subsistemas. O ritmo de expansão corporal geralmente diminui na fase intermediária da infância, aumenta na adolescência e estabiliza na fase adulta.

Vale lembrar que, ao nascer, a criança apresenta os reflexos arcaicos. À medida que a criança cresce e se desenvolve os reflexos arcaicos vão desaparecendo e dando lugar às habilidades e aos comportamentos voluntários. No primeiro ano de vida, nas avaliações do desenvolvimento, é preciso atentar para os marcos básicos do desenvolvimento neuropsicomotor e para o desaparecimento dos reflexos.



Ambiente Virtual

Como exemplo, observe os períodos citados na Caderneta de Saúde disponível nas leituras complementares, veja principalmente:

1º Trimestre

- a) estática da cabeça;
- b) fixação do olhar em 180°;
- c) sorriso social;
- d) jogo das mãos.

2º Trimestre

- a) modificação total do tônus de base;
- b) preensão voluntária;
- c) jogo dos pés.



3º Trimestre

- a) posição sentada sem apoio;
- b) reações equilibratórias;
- c) preensão tipo pinça inferior;
- d) estranhar.

4º Trimestre

- a) posição ortostática;
- b) marcha;
- c) inicia as primeiras palavras;
- d) pinça superior.

Além dos gráficos de crescimento físico, o trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS) resultou na seleção de seis marcos do desenvolvimento motor que crianças saudáveis devem atingir em uma faixa etária específica entre os 4 e os 18 meses, são eles:

- 1) sentar sem apoio;
- 2) ficar em pé com apoio;
- 3) engatinhar;
- 4) andar com apoio;
- 5) ficar em pé sem apoio;
- 6) andar sem apoio.

É importante que o enfermeiro tenha noção desses marcadores para poder avaliá-los.

O temperamento é a maneira pela qual uma pessoa lida com a vida. Refere-se às tendências comportamentais, e não a atos comportamentais discretos. Inexistem implicações de bom ou mau.

Os atributos de temperamento são:

- a) atividade;
- b) ritmicidade;

- c) aproximação-retirada;
- d) adaptabilidade;
- e) limiar de responsividade (limiar sensorial);
- f) intensidade de reação;
- g) humor;
- h) dispersão;
- i) espectro de atenção;
- j) persistência.



Saiba Mais

Além disso, existem vários outros aspectos que podem contribuir para a nossa compreensão da criança, em especial na construção da personalidade. Sugerimos a leitura sobre os estágios de construção da personalidade a partir de vários autores, como pode ser encontrado em:

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Outro ponto significativo que o enfermeiro necessita saber concerne à avaliação dos reflexos. A seguir, no quadro 5, você encontra e relembra alguns conhecimentos importantes nesse processo.

NOME	RESPOSTA	SIGNIFICADO
Retirada	O bebê retira o pé quando a sola é estimulada com um alfinete.	Protege o bebê de estímulos desagradáveis e perigosos.
Sucção	O bebê suga quando algum objeto é colocado em sua boca.	Permite a alimentação.
Marcha	Quando o bebê é seguro na posição ereta por um adulto e depois é movido para a frente, começa a mover-se como que dando passos ritmados.	Precursor do andar voluntário.

Rotação	Quando a face do bebê é tocada, ele vira a cabeça na direção do toque e abre a boca.	Ajuda o bebê a encontrar o mamilo para se alimentar.
Preensão palmar	Quando um objeto é colocado na palma da mão do bebê, ele o agarra.	Precursor do andar voluntário.
Piscar	Em resposta à luz ou ruídos fortes, o bebê fecha os olhos.	Proteção dos olhos.
Babinski	Quando a sola do pé é acariciada do calcanhar em direção aos dedos, os dedos dos pés do bebê se distendem.	Desconhecido.
Moro	Em resposta a um ruído alto ou quando a cabeça pende, o bebê abre os braços e fecha num movimento semelhante a um abraço. Desaparece no 5º mês.	É possível que esteja ligado à proteção, ajudando o bebê a se agarrar à mãe.
Preensão plantar	Ocorre quando tocamos a planta do pé, abaixo dos artelhos, e os mesmos assumem a posição de garras; quando para o estímulo, os artelhos se estendem. Até os 9 meses, os dedos se fletem quando na posição em pé, que é quando ele desaparece.	-

Quadro 5: Avaliação dos reflexos primitivos no recém-nascido.

Fonte: Olhweiler e Rotta, 2005.

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.

Na Carteira de Saúde da Criança, você encontra marcadores para cada limite etário. Você já deve ter percebido que há muitas informações para a família e para os profissionais. É importante que você e os demais profissionais que a manuseiem façam as anotações necessárias: isso ajudará no cuidado à criança.



Saiba Mais

Sobre os limites etários e os marcadores na Caderneta de Saúde da Criança, você pode consultar:

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: 10 jan. 2010.>

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade relembramos noções gerais de crescimento e desenvolvimento: revisamos conceitos de crescimento, desenvolvimento, maturação e diferenciação; vimos como acontece o crescimento biológico e o desenvolvimento físico e seus padrões. Além disso, conferimos fatores que influenciam em tais etapas da vida: fatores intrínsecos e extrínsecos; indicadores de saúde da criança e a relação com os fatores que influenciam no processo de crescimento e desenvolvimento. Assim sendo, foi possível rever tais características de acordo com a faixa etária e seus períodos etários (recém-nascido, lactente, pré-escolar e escolar).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento da saúde da criança**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2001. (Crescimento, 1).

CASTILHO, S. G. de; BERCINI, L. O. Acompanhamento de saúde da criança: concepções das famílias do município de Cambira, Paraná. **Ciência e Cuidado a Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 129-138, maio/ago. 2005.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Savier, 2003.

OLHWEILLER, L.; SILVA, A. R.; ROTTA, M. I. Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. **Arquivo de Neuro-psiquiatria** [On-line], v. 63, n. 2a, p. 294-297, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional**. Washington, 2006. Disponível em: www.who.int/schoolyouthhealth/en/. Acesso em: 15 nov. 2009.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Acompanhamento do crescimento. **Jornal de Pediatria**, n. 79, p. 23-32, 2003. Suplemento.

UNIDADE 5

MÓDULO 5

5 AÇÕES RELACIONADAS AO ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

O objetivo do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD), também denominado de puericultura, é garantir que as crianças estejam em uma trajetória ótima de crescimento e desenvolvimento, identificando influências que possam afetar negativamente sua saúde. Essas ações estão alinhadas com a promoção da saúde visando à qualidade de vida atual e futura das crianças.

Todos os membros da equipe de Saúde da Família devem estar integrados e atentos ao acompanhamento. Em todas as instâncias de atendimento da criança (visitas domiciliares, busca de atendimentos de urgência/emergência, frequência à sala de vacina e outros), os profissionais devem sempre observar se a criança está realizando regularmente o ACD, examinar atentamente a Caderneta de Saúde e encaminhar para consulta, se necessário. A consulta de ACD deve ser preferencialmente específica para esse fim.

Tal acompanhamento deve estar perfeitamente integrado com o que a família observa e vivencia no dia a dia da criança.

A Caderneta de Saúde deve se constituir em instrumento de comunicação e elo integrador entre os profissionais e famílias.

Segundo a rotina do serviço, habitualmente a criança tem, no primeiro ano de vida, consultas alternadas com o enfermeiro e com o médico. Todavia, além das consultas individuais, outras formas criativas de ACD podem ser introduzidas, como por exemplo, grupos nos quais é possível fazer a integração dos profissionais e compartilhar as experiências das mães e familiares. (GEHRMANN et al., 2007). É imprescindível que tanto nas consultas como em atividades grupais se desenvolva um processo sistematizado para a realização do ACD.

Qual o papel da enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? O que você vem desenvolvendo em suas atividades? Uma das ações exercidas pelo enfermeiro em parceria com outros profissionais é a consulta de puericultura.

Cada encontro da criança e sua família, independentemente da queixa, é uma oportunidade para fortalecer os laços com a Equipe de Saúde, assim como desenvolver atividades ligadas à promoção da saúde.

A puericultura pode ser definida como cuidados de prevenção para com as crianças, que incluem:

- a) supervisão de saúde (abrangendo orientações antecipatórias em nutrição, dejeções, sono, disciplina, prevenção de injúrias, entre outros);
- b) inquérito sobre marcos do desenvolvimento e performance escolar;
- c) avaliação das condições psicossociais da criança e da família;
- d) coordenação de cuidados (ou seja, os encaminhamentos a recursos/serviços comunitários necessários);
- e) imunizações, exame físico e triagens adicionais (peso, altura, nível de hemoglobina, visão, audição, entre outros).

Lembre-se de que a avaliação periódica de ganho de peso permite que se acompanhe o progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi-mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil. Se a caracterização do risco e o diagnóstico precoce forem subestimados, a condição de saúde da criança pode deteriorar-se e até levar à morte, se não forem tomadas medidas adequadas.

A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, é também possível o estabelecimento de condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e de condutas preventivas, adequadas a cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde.

A identificação de um ou mais fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idades maternas extremas (<19 anos e >35 anos), gemelaridade, intervalo intergestacional curto (inferior a dois anos), criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de 5 anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar, exige um acompanhamento especial, pois aumenta a probabilidade da existência de doença perinatal e infantil.

É importante que o enfermeiro desenvolva um processo sistematizado para a sua realização. A consulta pode incluir algumas etapas, tais como a entrevista com a criança e com a família; o exame físico e a avaliação de exames laboratoriais; o registro dos dados encontrados, das orientações e dos cuidados realizados.

Vamos agora retomar rapidamente alguns dos passos da consulta de enfermagem.

Para a realização dessas consultas, o enfermeiro deve dispor de uma sala própria com conforto térmico e de todos os materiais necessários para realizar a avaliação de desenvolvimento, exame físico e antropometria. O ambiente deve ser acolhedor para a criança e a família.

Para a avaliação do desenvolvimento, o consultório deve dispor de brinquedos para as diferentes idades que possibilitem estimular a criança e ainda permitam a observação dos comportamentos e atitudes esperados para a idade.

Para o exame físico, há necessidade de mesa, antropômetro ou régua antropométrica, balança para as várias faixas etárias, escala métrica para medir as crianças em idade pré-escolar, estetoscópio e esfigmomanômetro com tamanhos apropriados para lactente, pré-escolar e escolar, termômetro, fita métrica para a verificação dos perímetros abdominal, torácico e cefálico, otoscópio, espátula e lanterna.

As consultas de ACD são realizadas em uma sequência, de forma que as primeiras consultas são efetuadas pelo médico. Assim, a consulta inicial de enfermagem já se constitui em uma consulta de retorno da criança à unidade.

Na primeira consulta de enfermagem, o enfermeiro deve levantar cuidadosamente as informações sobre a criança e atualizar o que for necessário. Relembre pontos fundamentais dessa etapa.

Dados de identificação:

Da criança: nome, data e local de nascimento, sexo.

Da família: endereço atual com ponto de referência, tempo de residência no local e número de pessoas que habitam, nome e idade dos pais, número e idade dos irmãos. Preferencialmente, construir um genograma em que se possa visualizar a posição da criança na família. Para mais detalhes, ver Engel (2003). Pesquisar sobre doenças que ocorreram na família. Ainda é importante conhecer as condições de moradia, bem como as condições socioeconômicas. Tais dados devem ser buscados no prontuário, levantados ao longo das consultas da criança e nas visitas domiciliares. Além disso, você pode e deve evitar fazer essas perguntas todas de uma vez.

História da criança: dados sobre a gestação, o parto, a fase neonatal, possíveis intercorrências, consultas anteriores e condutas prescritas.

De uma forma geral, em cada consulta de ACD de retorno, o enfermeiro deve seguir uma sequência de ações que irão variar de acordo com a idade da criança.



Ambiente Virtual

Confira no ambiente virtual uma sugestão de sequência para a consulta de ACD.

Atente para o fato de que é comum a criança ser trazida para a consulta de enfermagem de ACD e apresentar alguma intercorrência de doença infantil. O enfermeiro deve estar preparado para avaliar os sinais, os sintomas e o nível de gravidade e encaminhar ao médico.

Para mais informações, você pode acessar:

CAMPINAS (SP). Prefeitura Municipal. **Protocolo de ação para assistência de enfermagem**. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/protoc_acao_enferm/protoc_assist_enferm.pdf>. Acesso: 10 set. 2009.

Lembre-se de que a entrevista com a criança e a família é a parte inicial da consulta e deve propiciar a formação de um vínculo entre as crianças, seus acompanhantes e o profissional. Durante a entrevista, devem estar presentes padrões de comunicação que facilitem o processo, como vimos em unidades anteriores.

Sobre a verificação dos perímetros e dos sinais vitais, é importante você rever tais valores de acordo com cada faixa etária. Para tal, volte a consultar a bibliografia recomendada.

A seguir, trazemos algumas considerações mais específicas acerca da pressão arterial, como também algumas recomendações.

A pressão arterial deve ser aferida em toda consulta de puericultura a partir do 3º ano de vida, ou mais precocemente se houver fatores de risco.

Lembre-se de que a largura do manguito deve ser 40% da circunferência do braço, na metade da distância entre o acrômio e o olecrano. O comprimento deve envolver 80 a 100% da circunferência do braço.

Acompanhe, na tabela 6, a seguir, os manguitos disponíveis para a aferição da pressão arterial.

MANGUITO	LARGURA (CM)	COMPRIMENTO (CM)	CIRCUNFERÊNCIA MÁXIMA DO BRAÇO (CM)
Recém-nascido	4	8	10
Lactente	6	12	15
Criança	9	18	22

Adulto pequeno	10	24	26
Adulto	13	30	34
Adulto grande	16	38	44
Coxa	20	42	52

Tabela 6: Manguitos para a aferição da pressão arterial.

Fonte: Mario, 2009.

A classificação da pressão é realizada de acordo com a idade, sexo e percentil de altura, medida em três ocasiões diferentes, como pode ser visto no quadro 7:

NOMENCLATURA	CRITÉRIO
Normal	PAS e PAD em percentis <90
Pré-hipertensão	PAS e/ou PAD em percentis >90 e <95 ou sempre que PA > 120/80
HAS estágio 1	PAS e/ou PAD em percentis entre 95 e 99 acrescido de 5 mmHg
HAS estágio 2	PAS e/ou PAD em percentis >99 acrescidos de 5 mmHg

Quadro 7: Critérios para a classificação de hipertensão.

Fonte: Arq. Bras. Cardiol. vol.87 no.6, 2006.

Além dos aspectos citados, é importante considerar na consulta de puericultura o exame de visão e de audição. O exame dos olhos deve ser realizado, a partir do período neonatal, em toda consulta de puericultura.

Esteja atento para os pacientes com alto risco de problemas oftalmológicos: prematuros extremos, histórico familiar de catarata, retinoblastoma ou doença metabólica, aqueles que têm atraso importante do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) ou dificuldades neurológicas e aqueles com doenças sistêmicas associadas a anormalidades visuais devem ser encaminhados ao oftalmopediatra. Em qualquer faixa etária, pacientes que apresentarem comprovação ou suspeita de anormalidades ou aqueles que, após duas tentativas de realização dos exames, não se obteve resultados adequados também devem ser encaminhados.

Agora vamos acompanhar os procedimentos-padrão na avaliação da audição feita na consulta de puericultura. Lembre-se de:

- a) conferir se foi realizada triagem otoacústica neonatal. Se não, orientar a realização;
- b) se alterada, seguir protocolo da prefeitura local;
- c) se normal, realizar segmento subjetivo em toda consulta de puericultura, verificando aquisições conforme o quadro 8, a seguir:

3 meses	O bebê acorda ou se assusta com barulho intenso, acalma com a voz da mãe, sorri e produz sons.
6 meses	Balucia, produz sons com variação de entonação, procura ou vira sua cabeça em direção à voz.
9 meses	Emitte sílabas isoladas (má, pá), vira a cabeça rapidamente ao ser chamado, aumenta o balucio na presença de pessoas.
12 meses	Reconhece ordens simples (dá tchau, joga beijo, bate palma), emite sílabas repetidas (mama, papa).
18 meses	Mostra partes do corpo (cabelo, mão, pé), emite palavras com significado (mamãe, papai), procura e aponta pessoas e objetos familiares.
24 meses	Aumenta intensamente o vocabulário, combina duas a três palavras (dá bola).

Quadro 8: Avaliação da acuidade auditiva.

Fonte:

Realizar avaliação objetiva, se qualquer desses fatores estiver alterado.

Realizar avaliação objetiva em toda criança por volta dos 4 a 5 anos.

Outras considerações importantes a serem abordadas na consulta de puericultura – além de orientações que devem ser dadas aos familiares. Uma delas é sobre a triagem metabólica neonatal ou teste do pezinho.

No Estado de Santa Catarina, o Laboratório Central, responsável pela execução dos exames, foi qualificado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

para o diagnóstico de cinco patologias, são elas Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística e Hemoglobinopatias (MATTOZO; SOUZA, 2005, p. 84).

De acordo com o mesmo autor, a maioria dessas enfermidades pode ser tratada com sucesso, desde que sejam identificadas antes mesmo de manifestarem seus sintomas. Desse modo, todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao teste, entre o 3º e o 30º dia de vida, contudo o ideal é que aconteça do 3º ao 5º dia de vida. As orientações de enfermagem devem se pautar sobre a finalidade desse exame e sua importância para o futuro da criança. O enfermeiro deve permitir que a família expresse suas dúvidas a respeito do teste.

Uma vez que é sabido que a colonização da boca da mãe é uma das principais fontes, se não a principal, de colonização da boca da criança.

Algumas orientações são fundamentais nas consultas de puericultura, dentre elas as relacionadas à alimentação da criança e à higiene oral, de acordo com a perspectiva de promover a saúde bucal. Sabe-se que as crianças, aos 28 dias de vida, necessitam passar pela primeira consulta odontológica. Desta forma, podemos contribuir positivamente se iniciarmos tais orientações, reforçando que a higiene oral deve ser feita pelo menos três vezes ao dia e desaconselhando o uso de chupeta, a inclusão de açúcares nas fórmulas lácteas e nos alimentos quando estiver fora dos períodos de aleitamento materno, entre outros. Lembre-se de que os cuidados com uma boa dentição já começam no pré-natal com as orientações para a mãe⁹.

Orientações Relacionadas à Saúde Bucal

É importante que a enfermeira tenha conhecimento atualizado das orientações relacionadas à saúde bucal que deve dar aos pais das crianças desde o período pré-natal, passando pelo nascimento até 1 ano, até que a criança possa controlar sozinha a sua higiene bucal e a ingestão de alimentos considerados prejudiciais ao seu crescimento e desenvolvimento.

Período Pré-Natal

- a) orientar a futura mãe para que procure na 1ª consulta do pré natal na UBS proceder também a uma revisão da sua condição de saúde bucal. Este exame facilitará a detecção de algum tipo de infecção bucal, principalmente a associada à doença periodontal, uma vez que estudos científicos relacionam esta doença com a indução de parto prematuro. Além deste fato, é sabido que a colonização bacteriana da boca da mãe é considerada como uma importante fonte precoce de colonização da boca da criança assim que a mesma nasce;

- b) estimular, além da gestante, os demais membros da família a cuidarem de sua saúde bucal, explicando a necessidade de escovarem os dentes no mínimo duas vezes ao dia com creme dental fluorado (sobretudo antes de dormir), de usarem o fio dental diariamente, de controlarem a ingestão de alimentos açucarados, além de procurarem anualmente a consulta odontológica.

Nascimento ao Sexto Mês:

- a) informar sobre os benefícios da amamentação. Desestimular a substituição do aleitamento pela alimentação artificial, desencorajando o uso da mamadeira. No caso da impossibilidade de se continuar a amamentação, a alimentação artificial deverá utilizar-se de copinho ou colher. Se a família insistir no uso da mamadeira, orientar para que não ofereçam a mamadeira no berço;
- b) orientar para que não sejam oferecidas bebidas adoçadas artificialmente, e que o suco de frutas deve ser usado com parcimônia, pois não substitui os benefícios da amamentação, evitando assim prejuízos no crescimento da criança;
- c) desencorajar o compartilhamento de utensílios como colheres e copos e também a limpeza do bico (se a criança fizer uso) através da saliva da mãe ou cuidador. Práticas como embeber o bico em mel ou líquidos adocicados também devem ser desencorajadas.

Sexto Mês a 1 Ano:

- a) informar que, a partir do sexto mês, os primeiros dentes iniciam seu processo de erupção. Nesta fase, é comum a criança sentir desconforto causado pela erupção dos dentes decíduos. Pode-se indicar, para o alívio deste desconforto, que a criança utilize mordedores frios ou a mãe use gaze embebida em água gelada (previamente fervida ou filtrada) sobre a parte da gengiva onde há a irritação (local onde o dente irá surgir);
- b) estimular a mãe ou cuidador a escovarem os dentes da criança pelo menos duas vezes ao dia. De acordo com o Guia de recomendações para o uso de fluoretos editado pelo Ministério da Saúde no início de 2010, toda a população deve fazer uso de dentifício fluorado. Em relação às crianças menores de 2 anos, alguns cuidados são necessários.

A escovação deve ser realizada pelos pais, com o uso de escova infantil com cabeça pequena e cerdas macias, usando uma pequena quantidade de dentífrico equivalente ao tamanho de um grão de arroz. É recomendável que, ao final da escovação, o excesso de espuma produzida pela pasta dental deva ser retirado, evitando-se assim que a criança faça a sua deglutição. Para a remoção deste excesso, pode-se usar gaze ou a ponta de uma fralda molhada. A partir do momento em que a criança já tenha condições motoras de bochechar sem engolir, a remoção passa a ser feita através dos bochechos com água.

- c) incentivar o uso do fio dental nos dentes da criança, no mínimo uma vez ao dia, a partir do momento em que os dentes começam a ter contato lateral entre si;
- d) orientar os pais a manterem produtos que contenham flúor fora do alcance das crianças, evitando-se, desta forma, possíveis deglutições acidentais;
- e) desaconselhar os pais e cuidadores a utilizarem alimentos adoçados e mamadeiras adocicadas na alimentação da criança. A ingestão de líquido entre as refeições deve se restringir a água ou leite. Se houver oferta de suco, este não deve ser adoçado artificialmente e sua quantidade e frequência devem ser limitadas. É preferível que a criança coma a fruta do que beba o seu suco.

A Partir dos 18 Meses:

- a) nesta idade, toda criança já deve ter o acompanhamento de sua saúde bucal bem estabelecido, tanto pelos pais como pelo dentista ou membro da equipe de saúde bucal;
- b) a higiene bucal da criança até os 8 anos de idade deve ser supervisionada pelos pais ou cuidadores em casa. Na escola, se for possível, a supervisão pode ficar a cargo de um professor.

Lembre-se, as orientações dietéticas devem focar-se na minimização do uso do açúcar e limitação dos lanches e bebidas entre as refeições.

Ao enfermeiro cabe um papel importante nesse processo, pois é quem deve conhecer aspectos relacionados à rede de frios e a forma de conservação e aplicação de cada vacina. Nesse sentido, sugerimos que você revise temas como rede de frios, tipos e especificidades de cada vacina.

É relevante, nesse momento, que você busque o calendário de vacinação disponibilizado pelo site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a). O enfermeiro deve ter conhecimento sobre as vacinas obrigatórias, suas especificidades e reações, a fim de que possa orientar a família nesses casos.

Considerações gerais significativas sobre imunização:

- a) tornar acessível a todas as crianças com idade até 5 anos completos, priorizando crianças menores de 1 ano, as vacinas sabin, BCG, tetravalente, contra a hepatite B e contra o rotavírus;
- b) a aplicação no mesmo dia de várias vacinas não oferece risco à criança ou ao adulto;
- c) estabelecer intervalo de:
 - 30 dias entre a tríplice viral e a vacina contra varicela;
 - 15 dias entre a tríplice viral e a vacina contra febre amarela.
- d) se a criança interromper o esquema de vacinação, não será preciso reiniciá-lo, devendo-se apenas completar as doses que faltam e aprazar, na Caderneta de Saúde, os próximos retornos. Devemos sempre levar em conta o estado vacinal, não importando o tempo decorrido desde sua aplicação.
- e) toda a mãe que leva o filho para vacinar deve receber explicações sobre:
 - as doenças contra as quais a vacina protege;
 - as reações que a vacina pode causar e o que fazer;
 - a data de retorno para nova dose.
- f) Obter informações sobre o estado de saúde da criança e proceder da seguinte forma:

- casos de doença febril aguda, com temperatura acima de 38,5° C: adiar a vacinação;

- crianças em tratamento com imunossupressores (corticoterapia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia etc.): nesses casos, é recomendado o adiamento da vacinação para 90 dias após a suspensão do tratamento, mesmo que a vacina seja de componentes com organismos mortos ou inativados, devido à inadequação da resposta.

g) Mesmo que já tenha tido doenças como sarampo, coqueluche, difteria, tétano ou poliomielite, a criança deverá completar o esquema com todas as vacinas, pelas seguintes razões:

- sarampo e coqueluche, apesar de determinarem imunidade permanente, podem ser confundidas com outras doenças; desta forma, sem comprovação laboratorial, não é justificável dispensar a aplicação da vacina;

- a poliomielite produz imunidade permanente apenas para o tipo específico de vírus que a causou, assim a criança pode ter novamente a doença, ocasionada por um dos outros dois tipos de vírus.

h) A vacina dupla tipo adulto é indicada: a partir dos 7 anos de idade, para crianças que não receberam nenhuma dose da vacina tríplice ou da vacina dupla tipo infantil ou da tríplice acelular, para crianças com esquema básico incompleto de tríplice ou tetravalente, como reforço da vacinação efetuada com a tríplice ou com a dupla tipo adulto.

i) São contraindicações gerais à vacinação:

- reação anafilática pós-vacinação;

- histórico de hipersensibilidade ao componente da vacina;

- presença de neoplasia maligna;

- tratamento com corticoides, em dose imunossupressora;

- tratamento com outras terapêuticas imunossupressoras.

É importante que o enfermeiro se atualize constantemente na área referente à imunização para que possa contribuir com o treinamento e a supervisão da equipe de enfermagem.

Além de todos os aspectos levantados, é importante que o enfermeiro tenha condutas como: reforçar os benefícios da vacinação junto aos familiares; orientar sobre os efeitos indesejáveis das vacinas e a conduta a ser seguida em caso de febre, vermelhidão e outras intercorrências; seguir o calendário regular de vacinação preconizada pelo Ministério da Saúde; jamais aplicar qualquer vacina com a criança dormindo (acorde-a); obedecer ao rodízio quando houver múltiplas vacinas a serem aplicadas no mesmo dia; não reforçar falsas contra-indicações; atentar para as contra-indicações reais das vacinas, tais como uso de imunossupressores e/ou criança em imunossupressão (consulte o pediatra quando tiver dúvidas); registrar corretamente a vacina aplicada e aprazar as demais. Em caso de faltosos, procure-os para saber os motivos da ausência.

Avaliação da Alimentação da Criança

Outro ponto relevante a ser considerado na consulta de puericultura está relacionado à alimentação. Portanto, confira a seguir algumas considerações acerca desse tema. Ademais, sobre a promoção do aleitamento materno exclusivo, consulte o caderno de saúde da mulher.

Alimentação Complementar para Crianças Menores de 2 Anos

Esquema para a introdução dos alimentos complementares (ver quadro 9):

FAIXA ETÁRIA	TIPO DE ALIMENTO
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada, ovo, carne
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

QUADRO 9: Orientações para a alimentação complementar da criança.

Fonte: BRASIL, 2009b.

Lembre-se de que o leite materno deve ser oferecido em livre demanda, porém o intervalo entre a mamada que antecede as principais refeições deve ser espaçado, respeitando, assim, os sinais de fome e saciedade da criança.

As frutas e os sucos devem ser oferecidos após os 6 meses de idade, preferencialmente sob a forma de papas e sempre em colheradas. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar características regionais, custo, estação do ano e presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada. Os sucos naturais podem ser usados preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a elas, em uma dose pequena. Nos intervalos, é preciso oferecer água tratada, filtrada ou fervida para a criança.

A papa salgada deve ser feita com uma consistência dos alimentos e aumentar gradativamente. A textura deve ser apropriada à idade, contendo alimentos dos seguintes grupos: cereais, tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes). O ovo cozido e as carnes devem fazer parte das refeições desde os seis meses de idade. O óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade, deste modo, os alimentos precisam ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados. Já com oito a dez meses, a criança pode receber os alimentos da família, desde que não muito condimentados ou com grandes quantidades de sal.

As carnes devem fazer parte das refeições desde os seis meses de idade: o profissional pode insistir na utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro.

Lembre-se também de orientar que crianças que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 500 ml por dia.

Cuidados no preparo da alimentação limpa e segura:

- a) a água deve ser tratada, fervida ou filtrada;
- b) lavar as mãos com água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;
- c) todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação precisa ser lavado e enxaguado com água limpa;

- d) os alimentos contidos nas papas salgadas devem ser bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados;
- e) as frutas devem ser bem lavadas, em água corrente, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca;
- f) a sobra do prato não deve ser oferecida novamente, nem a sobra da mamadeira.

As mamadeiras¹⁰ e bicos são mais difíceis de limpar que os copinhos. A mamadeira e o bico necessitam ser enxaguados com água fria imediatamente após o uso, e logo devem ser esfregados com uma escova para mamadeira e água quente com sabão. Deverão ser fervidas pelo menos uma vez ao dia. Isto leva mais tempo e atenção e consome mais combustível.

¹⁰ A mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreia. Orientar para que a higienização seja adequada.

As formas de esterilizar as mamadeiras lavadas podem incluir:

- a) Ao ferver a mamadeira, esta precisa estar completamente submersa na água, que deve ferver com muitas borbulhas na superfície, durante pelo menos 10 minutos;
- b) Submergir em uma solução de hipoclorito de sódio durante pelo menos 30 minutos;
- c) Os bicos devem ser revirados de dentro para fora e esfregar com sal ou um abrasivo. Logo devem ser fervidos ou submergidos em hipoclorito de sódio para serem desinfetados.

Alimentação para Crianças não Amamentadas ou Desmame Precoce

É importante lembrar que o leite de vaca não modificado deve ser evitado no primeiro ano de vida devido ao pobre teor e à baixa disponibilidade de ferro, o que pode predispor à anemia, além de aumentar o risco de desenvolvimento de alergia alimentar, de distúrbios hidroeletrólíticos e predisposição futura para excesso de peso. Consulte o esquema alimentar diário para crianças menores de 2 anos não amamentadas no *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

A criança também deve receber água em temperatura ambiente no intervalo das refeições, no mínimo 3 a 4 vezes por dia, que pode ser visto no quadro 10.

IDADE	VOLUME	NÚMERO DE REFEIÇÕES/DIA
Do nascimento – 30 dias	60 - 120 ml	6 – 8
30 – 60 dias	120 – 150 ml	6 – 8
2 – 3 meses	150 – 180 ml	5 – 6
3 – 4 meses	180 – 200 ml	4 – 5
> 4 meses	180 – 200 ml	2 a 3

Quadro 10: Frequência e volume da alimentação da criança pequena desmamada de acordo com a idade.

Fonte: Brasil, 2009b.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) também recomenda a diluição correta do leite em pó e do leite integral fluido para crianças menores de 4 meses, da seguinte forma:

Leite em Pó Integral:

- a) 1 colher de sobremesa rasa para 100 ml de água fervida;
- b) 1 ½ colher de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida;
- c) 2 colheres de sobremesa rasas para 200 ml de água fervida;
- d) Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Leite Integral Fluido:

- a) 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida;
- b) 70 ml de leite + 30 ml de água = 100 ml;
- c) 100 ml de leite + 50 ml de água = 150 ml;
- d) 130 ml de leite + 70 ml de água = 200 ml.

Os valores indicados acima são aproximados, de acordo com a variação de peso corporal da criança nas diferentes idades. Após os quatro meses de idade, o leite integral líquido não é mais diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. Além disso, o preparo de

fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

É preciso que a equipe de saúde considere algumas orientações especiais principalmente para a dupla mãe e bebê no processo do desmame.

No desmame natural, a criança autodesmama, o que pode ocorrer em diferentes idades, em média entre dois e quatro anos e raramente antes de um ano. Costuma ser gradual, mas às vezes pode ser súbito, como, por exemplo, em uma nova gravidez da mãe. A mãe também participa ativamente do processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade. As razões mais frequentemente alegadas para a interrupção precoce são leite insuficiente, rejeição do peito pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas nas mamas.

Muitos desses problemas podem ser evitados ou manejados pelos profissionais de saúde através de observação, orientações e vínculo. Quando o profissional de saúde se depara com a situação de a mulher querer ou ter que desmamar antes de a criança estar pronta, é importante, em primeiro lugar, que ele respeite o desejo da mãe. Mas é papel do profissional orientar sobre os riscos do desmame precoce e dos benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.

Sinais indicativos que a criança está madura para o desmame (BRASIL, 2009b):

- a) idade maior que um ano;
- b) **diminuição¹¹** do interesse nas mamadas;
- c) aceita variedade de outros alimentos;
- d) é segura na sua relação com a mãe;
- e) aceita outras formas de consolo;
- f) aceita não ser amamentada em certas ocasiões e locais;
- g) às vezes dorme sem mamar no peito;

11 A criança pode estranhar o gosto do leite, que se altera, e o volume, que diminui.

- h) mostra pouca ansiedade quando encorajada a não amamentar;
- i) às vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar.

O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois se a criança não está pronta, ela pode se sentir rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais. É importante que a mãe não confunda o autodesmame natural com a chamada “greve de amamentação” do bebê. Esta ocorre principalmente em crianças menores de um ano, é de início súbito e inesperado, a criança parece insatisfeita e em geral é possível identificar uma causa: doença, dentição, diminuição do volume ou sabor do leite, estresse e excesso de mamadeira ou chupeta. Essa condição usualmente não dura mais do que 2 ou 4 dias.

Sobre fatores que facilitam o processo do desmame, encontram-se os seguintes:

- a) a mãe estar segura de que quer (ou deve) desmamar;
- b) o entendimento da mãe de que o processo pode ser lento e demandar energia, tanto maior quanto menos pronta estiver a criança;
- c) a flexibilidade, pois o curso do processo é imprevisível;
- d) a paciência (dar tempo à criança) e a compreensão;
- e) o suporte e a atenção adicionais à criança – a mãe deve evitar se afastar nesse período;
- f) a ausência de outras alterações na rotina, como, por exemplo, controle dos esfíncteres, separações, mudança de residência, entre outras;
- g) sempre que possível, fazer o desmame gradual, retirando uma mamada do dia a cada uma ou duas semanas.

Você pode dar mais orientações para o desmame acontecer naturalmente. Leve em conta também que a técnica utilizada para fazer a criança desmamar varia de acordo com a idade. Confira mais algumas dicas que podem ser recomendadas:

- a) Se a criança for maior, o desmame pode ser planejado com ela.
- b) Pode se propor uma data, oferecer uma recompensa e até mesmo uma festa;
- c) A mãe pode começar não oferecendo o seio, mas também não recusando;
- d) Pode também encurtar as mamadas e adiá-las;
- e) Mamadas podem ser suprimidas distraindo a criança com brincadeiras, chamando amiguinhos, entretendo a criança com algo que lhe prenda a atenção. A participação do pai no processo, sempre que possível, é importante;
- f) A mãe pode também evitar certas atitudes que estimulam a criança a mamar, como não sentar na poltrona em que costuma amamentar e evitar os horários de costume;

Além dessas ações que podem ser comuns aos profissionais que realizam a avaliação da criança, é importante que o enfermeiro igualmente consiga traçar uma linha de cuidados voltados para a promoção da saúde em várias dimensões. Aqui destacamos alguns dos aspectos que o enfermeiro precisa considerar. Pense em uma prescrição de enfermagem (individual) – de acordo com o DNPM para a idade, aleitamento materno, higiene corporal e oral, vacinação, distúrbios do aparelho digestivo (soluço, regurgitação, espirro, vômitos esporádicos, constipação fisiológica, cólica).

Esperamos ter contribuído para a revisão de seus conhecimentos no âmbito da promoção da saúde voltada para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Gostaríamos, para finalizar esta unidade de estudo, de lembrar que a família é um dos elementos indispensáveis para que a criança conquiste novas habilidades e apresente um quadro de saúde integral. Portanto, devemos tê-las como parceiras.

Embora tenhamos focado a consulta de enfermagem em puericultura, gostaríamos de lembrar que é possível avaliar e observar o crescimento e o desenvolvimento infantil em vários momentos, inclusive nas visitas domiciliares. Nesse sentido, é importante que, durante o desenvolvimento da consulta propriamente dita, o enfermeiro esteja atento ao padrão de comunicação entre a criança, a família e a equipe e não deixe de realizar os registros de maneira adequada para que as informações possam ser compartilhadas com toda a equipe.



Saiba Mais

Para saber mais sobre os aspectos tratados nesta unidade, você pode consultar os seguintes materiais:

VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. **Enfermagem na atenção primária de saúde**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, 2005.

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.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, destacamos ações relacionadas ao acompanhamento no nível da atenção básica e ações da enfermagem na promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento: focamos nosso estudo na consulta de puericultura (entrevista, exame físico e avaliação do crescimento e desenvolvimento); na consulta odontológica; na identificação de fatores de risco; em instrumentos utilizados na avaliação do crescimento e desenvolvimento (a balança, a fita métrica, a régua antropométrica, a Carteira de Saúde). Lembramos também como se dá a alimentação na primeira infância e a importância da família no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

BONATTO, Rossano César et al. **Curvas de percentis de valores normais de medidas ecocardiográficas em crianças eutróficas procedentes da região centro-sul do Estado de São Paulo**. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendários de vacinação**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1448>. Acesso em: 10 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009b. (Caderno de Atenção Básica, 23).

ENGEL, J. **Avaliação em pediatria**. Rio de Janeiro: Reichemann e Affonso Editores, 2003.

GEHRMANN, T. et al. O grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente. **Ciência e Cuidado à Saúde**, v. 6, n. 1, p.120-125, jan/mar. 2007.

MATTOZO, M.; SOUZA, L. C. Triagem neonatal em Santa Catarina: relato histórico, aspectos fisiopatológicos e métodos de análise realizados pelo Laboratório Central da Secretaria de Estado do Estado. **News lab**, v. 68, p. 84-102, 2005.

MAURO, R. **Hipertensão arterial sistêmica: técnica de aferição**. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page818.htm>. Acesso em: 12 dez. 2009.

UNIDADE 6

MÓDULO 5

6 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE DA CRIANÇA

Nesta unidade, resgatamos as discussões realizadas no planejamento em equipe, abordadas na Unidade 2 e na Unidade 3, para aprofundarmos a organização do fluxo de atendimento à criança. Como está o fluxo de atendimento à criança **na sua unidade** de saúde? Será importante o conhecimento sobre os indicadores de saúde discutidos anteriormente para a avaliação de fatores de risco à saúde da criança e para o planejamento de ações individuais e coletivas. Também vamos aprofundar o estudo das ações educativas. Para um atendimento integral, é preciso, além das ações de promoção e prevenção, resolutividade diante dos principais agravos à saúde da criança. Será que você está atualizado e conhece as intervenções efetivas que podem ser realizadas na abordagem dos problemas mais comuns na saúde da criança? É preciso saber fazer uma abordagem que avalie os principais sinais de alerta no exame da criança e saber quais condutas tomar diante das alterações. Além disso, é importante que a comunicação com a criança e a família seja acolhedora e efetiva.

6.1 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Fatores de Risco Relacionados aos Agravos à Saúde Infantil

Para começar, faremos uma breve revisão acerca da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI). Você **lembra** em que momento ela apareceu como um dos programas de atendimento à criança? Na Unidade 1, discutimos sobre o surgimento de várias políticas públicas que tinham como objetivo maior a redução da mortalidade infantil. Muito bem, a AIDIPI é uma delas e foi criada em um momento importante, em que os índices de mortalidade infantil por doenças como diarreia e pneumonia eram alarmantes. A AIDIPI surge por um movimento conjunto do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF).

Vamos lembrar algumas das recomendações acerca do foco da AIDIPI.

A estratégia AIDPI se alicerça em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde, especialmente no cuidado aos menores de 5 anos de idade.



Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDIPI**: atenção integrada às doenças prevalentes na Infância: curso de capacitação- introdução: módulo 1. 2. ed. rev. Brasília: Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

É importante ressaltar 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, 2002, p. 7). A operacionalização dessas diretrizes acontece de maneira capilarizada em todo o território nacional, assim como a distribuição das Equipes de Saúde da Família (ESF).

Neste momento, podemos nos questionar: como vem acontecendo em nosso município a implantação e a execução da AIDPI?

O objetivo da estratégia AIDPI não é estabelecer um diagnóstico específico de uma determinada doença, mas identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e a classificação adequadas do quadro e fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança: encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio.

A finalidade desta unidade é dar um enfoque diferente do usualmente preconizado pelo Ministério da Saúde, e com isso enfatizar alguns

aspectos dessa estratégia de AIDIPI, principalmente em função dos agravos à saúde mais prevalentes quando tratamos da criança. Tanto o médico quanto o enfermeiro, em especial ligados à ESF, necessitam rever seus conhecimentos a respeito da AIDIPI e realizar um curso de capacitação, pois este ajuda nos encaminhamentos e ações a adotar diante dos agravos comuns na faixa etária pediátrica e fornece subsídios para o profissional orientar a família sobre as condutas no domicílio.



Saiba Mais

Aprofunde seus conhecimentos sobre AIDIPI consultando o site da Editora do Ministério da Saúde, onde estão disponibilizadas as obras que abordam sobre o tema:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>

No quadro 10, a seguir, vamos recordar alguns passos da AIDIPI

- 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.

Nessa estratégia, os itens do quadro 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:

- a) avaliar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade;
- b) tratar a criança;
- c) aconselhar a mãe ou o acompanhante.

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.

Quadro 10: Passos da AIDIPI.

Fonte: Brasil, 2002.

Desta forma, a enfermagem precisa saber avaliar a criança de acordo com a sua faixa etária e identificar os sinais de risco, tais como: febre, tosse ou dificuldade para respirar, estado de hidratação, condições nutricionais, e também verificar o cumprimento de medidas preventivas como o esquema vacinal.

As ações de cuidado da enfermagem, da medicina e da odontologia diante dos principais agravos à saúde da criança estão, também, na interação com a família da criança doente.

Assim sendo, responda aos seguintes questionamentos:

Quais as doenças prevalentes na infância? Qual o papel do enfermeiro nesse processo? Há várias, entretanto as doenças diarreicas e respiratórias são aquelas que mais aparecem em nosso meio.

As infecções respiratórias são classificadas em dois tipos, que são:

- a) do trato respiratório superior: otite, amigdalite, sinusite, rinofaringite;

- b) do trato respiratório inferior: epiglote, laringite, traqueobronquite, bronquiolite, bronquite, pneumonia.

Esse documento elaborado em parceria com a Sociedade Brasileira de Pneumologia, Pediatria e Enfermagem surgiu com a finalidade de orientar a conduta diagnóstica e terapêutica, estimulando o tratamento ambulatorial e a reavaliação obrigatória em 48 horas e estabelecendo critérios para a internação. De igual forma, esse manual foi incorporado às AIDIPI.

O papel da enfermagem é fundamental na avaliação da condição clínica da criança, tanto na Unidade de Saúde como nos domicílios, e na orientação da equipe de enfermagem e dos agentes de saúde, bem como nas ações de educação e saúde.

O processo de avaliação está organizado nos seguintes passos: avaliar a criança quanto ao estado clínico, incluindo a identificação de sinais de risco de vida e a tomada de decisão; classificar a criança de acordo com as seguintes categoriais: 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, tais como dor de garganta, dor de ouvido, estridor e sibilância (BOEHS, 2005).

No que se refere à identificação da criança com risco de vida, segundo Boehs (2005), acompanhe, na sequência, quais são os sinais de risco que devem ser avaliados.

Sinais de risco:

- a) febre ou hipotermia em menores de 2 anos e desnutridos graves;
- b) palidez cutâneo mucosa acentuada;
- c) desnutrição grave;
- d) edema generalizado;
- e) desidratação;
- f) impossibilidade de beber ou sugar;
- g) convulsão ou estado pós-convulsivo;
- h) agitação e prostração acentuadas;
- i) estridor em repouso;

- j) crises de apneia;
- k) cianose;
- l) insuficiência respiratória.

O enfermeiro 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 tange à probabilidade de a criança estar com pneumonia são a tosse e a dificuldade para respirar.

Ações de enfermagem:

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

Veja no quadro 11, a seguir, algumas diferenças essenciais no que se refere às infecções respiratórias agudas:

DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES	SINAIS DE GRAVIDADE E COMPLICAÇÕES
Amigdalite	Dor de garganta, dificuldade de deglutição, hiperemia de orofaringe, exsudato, adenomegalia cervical dolorosa.	Placas ou membranas (Difteria). Não consegue engolir (abcesso). Aspecto toxêmico.
Otite Média Aguda (OMA)	Otalgia, otorréia aguda, sinais otoscópicos (abaulamento e/ou hiperemia do tímpano).	Sinais inflamatórios da mastoide (Mastoidite). Sinais de irritação meníngea.
Sinusite	Tosse e secreção purulenta no naso-faringe e por mais de 7 dias.	Celulite facial. Sinais de irritação meníngea.
Rinofaringite Aguda (Resfriado comum)	Hiperemia de orofaringe. Obstrução nasal. Secreção nasal.	OMA. Sinusite.
Laringotraqueobronquite Laringite Diftérica, Epiglotite (Síndrome do Crupe)	Tosse, rouquidão, estridor sem sibilância.	Toxemia, cornagem (tiragem extrema com estridor), salivação abundante.

Pneumonia	Mais de 60 RPM em menores de 2 meses. Mais de 50 RPM de 2 meses a 1 ano. Mais de 40 RPM de 1 a 4 anos.	Aspecto toxêmico. Tiragem sub-costal. Cianose.
Bronquiolite	Tosse, taquipnéia, dispnéia, tiragem, batimentos de asas do nariz. Ausculta: crepitações fixas ou evidência de consolidação pulmonar. Pode haver todos os sinais acima e sibilância.	Agitação e ou/ prostração. Taquipneia acentuada. Gemido Respiratório.

Quadro 11: Normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas.

Fonte: BRASIL, 1993, p. 5

É importante lembrar o que fazer quando houver agravamento de um dos sintomas. No quadro 12, a seguir, encontram-se sintetizados alguns procedimentos significativos que o enfermeiro deve ter antes do encaminhamento. Lembre-se de que a faixa etária mais vulnerável e que apresenta sintomatologias por vezes inespecíficas é a dos lactentes menores de 2 meses. Muitos dos mencionados sintomas podem se confundir com várias outras patologias. Dentre os sintomas inespecíficos, destacam-se a distensão abdominal, a anorexia, a febre e tiragem subcostal comum ao processo respiratório dessa faixa etária.

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

SINAIS	CLASSIFICAR COMO	CONDUTA
Retração subcostal persistente e/ou respiração rápida, mantida (60 ou mais/minuto)	Pneumonia	Referir urgentemente. Manter o bebê aquecido. Dar a 1 dose de antibiótico se não puder referir. Iniciar oxigenoterapia. Tratar a febre.
Sem retração subcostal e sem respiração rápida (menos de 60/minuto)	Pneumonia Pouco Provável	Orientar a mãe sobre os cuidados em casa: - manter o bebê aquecido; - amamentá-lo com frequência; - limpar o nariz; - retornar se a criança: respira com dificuldade; respira rapidamente; tem dificuldade de se alimentar; piora o seu estado geral.

Quadro 12: Conduta da criança menor de 2 meses com tosse ou dificuldade respiratória.

Fonte: BRASIL, 1993, p. 12

Além de todas as medidas de avaliação, é necessário que o enfermeiro institua de igual forma medidas de promoção da saúde, prevenção e recuperação dos problemas respiratórios levando em consideração a participação da família em tal processo. Nesse contexto, sugerimos algumas condutas (SIGAUD e VERÍSSIMO, 1996):

Instituir medidas de controle de disseminação de doenças respiratórias, tais como: manter o ambiente ventilado, atentar para a lavagem das mãos, dormir em cama e/ou quarto separado sempre que possível, tossir e/ou espirrar tomando medidas de proteção para não disseminar as gotículas.

Controlar a temperatura e, em caso de febre, instituir medidas não medicamentosas se a temperatura estiver até 38°C, tais como desagasalhar; dar banho morno; colocar compressa na região das grandes artérias; oferecer líquidos frios. Caso necessário, administre o antitérmico conforme as orientações médicas.

Manter a alimentação e a hidratação da criança, lembrando aos pais que habitualmente elas podem atravessar um período de inapetência, portanto é importante oferecer alimentos líquidos mais vezes e em menos quantidade.

Prevenir a desidratação. Para os que ainda são amamentados, é fundamental a manutenção da amamentação. No conteúdo a respeito da saúde da mulher, você encontrará maiores orientações sobre a amamentação.

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, utilizando recipientes coloridos, por exemplo.

Em casa, pode-se usar a vaporização do ambiente com o chuveiro quente ligado até sair vapor ou outros umidificadores de ambiente.

12 Fluidificar secreções, seja pela administração de líquidos mais vezes em menor quantidade, seja através do processo de vaporização¹², tal como a nebulização com soro fisiológico a 0,9%.

Lembre-se de que muitas vezes a nebulização pode intensificar o reflexo da tosse em função da rápida mobilização das secreções pelo nebulizador.

Desobstruir as narinas, lavando-as com **soro fisiológico** ¹³. Injetar 0,5 ml em cada narina sempre que necessário. Lembre a família de desprezar a solução após 24 horas. Corticoesteroides de descongestionantes nasais são contra-indicados na pediatria.

Orientar a família sobre os sinais de gravidade, quais sejam: piora do estado geral, surgimento de febre, dificuldade para mamar e/ou comer, aumento da frequência respiratória, dificuldade respiratória mesmo após as medidas de higienização nasal, gemência.

Orientar a família a não expor a criança aos alérgenos, tais como fumaça do cigarro, umidade, mofo, bolor, pelo de animais e de bichinhos de pelúcia, aglomerações e extremos de temperatura.

Outros agravos relevantes na faixa etária infantil são a desidratação e a diarreia. A diarreia ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de 5 anos, apesar do avanço incontestável na prevenção da sua complicação, que é a desidratação, através do Soro de Reidratação Oral (SRO), em uso desde a década de 1980.

O número de mortes por diarreia no mundo, antes do aparecimento do SRO, era de 5 milhões de crianças/ano, caindo para 3,3 milhões na década de 1990. Entretanto, durante esse período, a incidência de casos de diarreia continua a mesma: 2,6 episódios/criança/ano. A diminuição desse índice depende do acesso à água potável, ao saneamento ambiental e de hábitos de higiene.

Lembre-se de que a diarreia é uma doença aguda, que se caracteriza pela perda de água e eletrólitos e pelo aumento de volume e frequência das evacuações com alteração na consistência. É um processo autolimitado e que habitualmente pode ser de origem infecciosa, parasitária, alimentar ou de alterações no processo absorptivo do organismo. Contudo a diarreia é mais comumente causada por um agente infeccioso e que tem como complicações a desidratação, a septicemia, entre outros.

As **doenças diarréicas**, em parceria com as IRAs e com a desnutrição continuam sendo responsáveis por altos índices de morbimortalidade na faixa etária infantil, em especial nas crianças menores de 5 anos.

- 13 Se a família não conseguir esse produto na Unidade de Saúde, pode-se orientar a preparar uma solução caseira com 100 ml de água fervida ou filtrada e uma colher rasa de sal.



Saiba Mais

Para saber mais sobre o assunto, consulte a bibliografia:

VASCONCELOS, M. J. de O. B. BATISTA FILHO, M. Doenças diarreicas em menores de cinco anos no estado de Pernambuco: prevalência e utilização de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 128-138, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n1/12.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

Lembre-se de que na AIDIPI encontram-se importantes condutas no manejo da diarreia e desidratação. Contudo, devemos reforçar que as medidas de prevenção e tratamento da desidratação, a manutenção da alimentação da criança após o episódio diarreico e o uso racional de medicamentos são as condutas mais importantes. De igual forma, o enfermeiro precisa saber identificar os sinais de desidratação quando da presença de diarreia, tais como fontanela deprimida, diminuição do turgor cutâneo, encovamento dos olhos, ausência de lágrima e/ou brilho nos olhos, lábios ressecados, pulso fraco, sede intensa, oligúria, torpor.

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.

É importante verificar a carteira de saúde das crianças a fim de identificar falhas no processo de imunização.

Outro reforço importante junto às famílias está centrado na promoção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até o sexto mês de vida. Persistência e manutenção de condições de saneamento adequadas, higienização correta das mãos, dos alimentos e da água também são fatores relevantes. Outra medida profilática é o uso da reidratação oral nos casos iniciais da diarreia e nos casos sem os sinais de complicação.

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



Saiba Mais

Consulte no site do Ministério da Saúde os padrões de avaliação do estado de hidratação da criança:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência no controle das doenças diarreicas**. Brasília, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/doencas_diarreicas1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

Para a criança com diarreia e desidratação leve a moderada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na Unidade Básica de Saúde, durando em média 4 horas.

Atente para os seguintes fatores sobre a Terapia de Reidratação Oral (TRO):

- a) durante a reidratação, a criança deve ser mantida em jejum. Os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno;
- b) o SRO deve ser preparado na UBS, e a família precisa estar orientada sobre como oferecê-lo. Deve ser dissolvido em água filtrada ou fervida e mantido coberto e em local fresco. Não se deve adicionar qualquer ingrediente para tornar o sabor mais agradável;
- c) o volume de soro a ser ingerido depende da aceitação da criança, mas, em regra, deverá receber de 50 a 100 ml/kg em 4 horas ou 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano;
- d) deve ser administrado da maneira mais cômoda e fácil para os familiares, em intervalos de 15 a 20 minutos, respeitando a capacidade gástrica, que é de 20 a 30 ml/kg/hora;

- e) a observação pela equipe de saúde deve ser frequente, de 30 em 30 minutos. Espera-se que os sinais de desidratação desapareçam nas 4 horas;
- f) se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro;
- g) os antieméticos não são indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro;
- h) uma vez hidratada, a criança deve ter alta para casa, recebendo os pais todas as orientações e envelopes do soro para oferecer à criança aos poucos e sempre que esta evacuar/vomitar ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação.

Fique alerta: criança com diarreia e desidratação grave deverá ser encaminhada para tratamento em ambiente hospitalar.

Deve-se suspender a hidratação oral e encaminhar ao hospital na presença das seguintes condições:

- a) Alteração do nível de consciência;
- b) Vômitos persistentes (mais de 4/hora);
- c) Ausência de ganho ou perda de peso com 2 horas de TRO;
- d) Suspeita de íleo paralítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).

Outra intercorrência, embora representativa de uma série de alterações correlacionadas ao processo de adoecimento, é a febre. Habitualmente essa é a queixa que mais traz famílias às unidades de saúde, além de ser um fator de considerável preocupação no ambiente hospitalar. Você se lembra de que o controle da temperatura é feito pelo hipotálamo a partir dos centros termorreguladores. A febre está associada ao aumento da temperatura interna, podendo ser causada por diversos fatores, dentre eles por toxinas que afetam os centros termorreguladores ou por anormalidades cerebrais (BOEHS, 2005). O controle da temperatura está bem desenvolvido em períodos etários mais avançados que o infantil. Em especial

os recém-nascidos e prematuros têm mais dificuldade no controle da temperatura. A criança, de maneira geral, está mais sujeita às oscilações de temperatura dos que os demais.



Na Prática

Na prática, não tratamos a febre, mas sim seus sintomas. É importante explicar isso aos pais para evitar a “febre-fobia”.

Há argumentos favoráveis e contrários ao tratamento da febre. Em geral, a febre de grau moderado parece melhorar a resposta imunológica. Em altas temperaturas, no entanto, esses efeitos podem desaparecer ou mesmo reverter. Lembre que a febre altera a avaliação dos dados vitais.

Recomenda-se tratar a febre principalmente quando:

- a) está acima de 40° C;
- b) há histórico de convulsões, doença cardiopulmonar real, neurológica aguda ou metabólica;
- c) a criança tem idade entre 6 meses e 3 anos e indicação relativa à idade inferior a 5 anos;
- d) há desconforto do paciente (algumas crianças sentem-se bem mesmo com temperatura elevada).

O que fazer quando a febre é a queixa principal? É fundamental avaliar o estado geral da criança, instituir medidas e verificar o valor da temperatura. Na seção anterior acerca das infecções respiratórias, encontram-se algumas medidas não medicamentosas que retomaremos a seguir.

Lembre-se que se busca a redução da febre e não a normalização da temperatura e usa-se associado aos antipiréticos ou nas situações em que estes não são contraindicados (lesões hepáticas graves, coagulopatias, sangramento digestivo, etc.).

Medidas não farmacológicas no manejo da febre:

- a) resfriamento externo. Recomendam-se compressas ou espolamento (fricção da pele com esponja) de água morna (30°C);
- b) hidratação;
- c) repouso;
- d) roupas frescas e ambiente fresco.

O enfermeiro deve, ao avaliar, obter as seguintes informações: idade da criança, duração e grau da temperatura, sinais e sintomas associados, se a criança fez uso de algum medicamento e em que horário. De acordo com Duncan (2004), deve-se avaliar imediatamente se:

- a) a criança tem menos de 3 meses de idade;
- b) a temperatura é maior do que 40,6° C;
- c) a criança está queixosa ou tem choro inconsolável;
- d) a criança chora ao ser tocada ou mobilizada;
- e) há dificuldade para acordar a criança;
- f) a criança tem rigidez de nuca;
- g) há petéquias ou manchas purpúricas na pele;
- h) há dificuldade respiratória, mesmo depois de desobstruídas as narinas;
- i) a criança está salivando e não consegue engolir nada;
- j) ocorreu uma crise convulsiva;
- k) a criança parece estar muito doente;

Além disso, segundo o mesmo autor, avaliar dentro de 24h se:

- a) A criança tem entre 3 e 5 meses de idade;
- b) A temperatura é maior do que 40° C;
- c) Há disúria;

- d) A febre tem mais de 24h sem que tenha aparecido uma causa óbvia ou sinal de localização;
- e) A febre desapareceu por mais de 24h e retornou;
- f) A febre está presente há mais de 72h, mesmo com sinais de localização.

Atente também para o fato de que, em crianças menores de 36 meses de idade há maior risco de bacteremia oculta e infecções graves.

O enfermeiro precisa compartilhar com a família algumas informações que podem ajudá-la no controle da febre. Essas informações podem ser medidas para diminuir a temperatura além do uso dos farmacológicos, 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 estando atento quanto à sua reação ao tratamento. Isso ajuda a família a não sair correndo ao primeiro sinal de elevação da temperatura (BOEHS, 2005).

As anemias

Em termos de doenças carenciais, junto com a desnutrição estão as anemias nutricionais, em especial na realidade brasileira (ALONSO; CARTANA, 2005, p. 352).

É importante que você reveja a definição do que significa anemia. Lembre-se de que existem vários tipos, desde as ferroprivas (hipocrômicas e microcíticas), mais comuns, até às relacionadas à ausência de algum elemento, como a falta de vitamina B12, dentre outras.

Dada a estreita correlação da anemia com a deficiência de algum nutriente específico, é importante que o enfermeiro considere em sua avaliação qual tem sido o padrão alimentar da criança e que tipo de alimentos ela tem recebido em quantidade e qualidade. Além da dieta empobrecida, a criança pode, eventualmente, estar tendo perdas sanguíneas por micro-hemorragias intestinais, espoliações por infestação de parasitas intestinais e/ou por infecções recorrentes (ALONSO; CARTANA, 2005).

Nesse sentido, a avaliação do enfermeiro, sobretudo durante a avaliação de crescimento e desenvolvimento da criança, é de suma importância. O sinal mais evidente é a palidez cutânea (palma das mãos, leito ungueal e mucosas). O nível de hemoglobinas no sangue é igualmente uma forma de avaliar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou os seguintes pontos de corte na concentração de hemoglobina para definir anemia em indivíduos que moram no nível do mar:

- a) 6 meses e 6 anos: 11 g/dL;
- b) 6 e 14 anos: 12 g/dL.

É importante orientar a família que, durante o uso de suplemento de ferro, este deve ser oferecido 1h antes das refeições para melhor absorção, de preferência acompanhado de suco rico em vitamina C. Ademais, oriente a higienização dos dentes após o uso, para evitar coloração escura, e informar aos pais que, caso isso ocorra, é reversível. A recomendação quanto à alimentação é fundamental. Portanto, oriente a ingestão de alimentos ricos em vitamina C (laranja, goiaba, limão, manga, mamão, melão, banana, folhas verdes, brócolis, entre outros) e suplemento de ferro.

Atente também para os sinais de alerta: anemias com Hb < 5 ou com sinais de descompensação cardíaca devem ser encaminhadas ao hospital.

Muito antes que tratar, é importante prevenir. Dessa forma, as ações de promoção da saúde e de prevenção devem ser o foco da enfermagem. Inicialmente, essa prevenção começa já no período pré-natal, a fim de que a mãe tenha uma nutrição adequada durante o período gestacional. Posterior a isso, preconiza-se o aleitamento materno exclusivo até pelo menos os seis meses de vida. Ao iniciar a alimentação complementar da criança, esta deve receber uma dieta rica em ferro, como carne, peixes, aves, frutas cítricas, hortaliças cruas. Recomenda-se evitar o uso de chá preto, certos tipos de refrigerantes e café, pois eles reduzem a absorção do ferro.

Além disso, o enfermeiro pode contribuir com campanhas que ajudem a melhorar o saneamento básico e a prevenção de infestações parasitárias, bem como estabelecer parcerias com outros

profissionais para atuar nas escolas explicando a função correta dos alimentos e as formas adequadas de conservação e utilização.

Acompanhe agora, no quadro 13, alguns problemas comuns por faixa etária e algumas recomendações relevantes.

PROBLEMAS MAIS COMUNS	CAUSAS	AÇÕES DE ENFERMAGEM
Choro	Cólica, sede, fraldas molhadas, frio ou calor, estímulos sensoriais fortes, luz e som, fome, hipertonia, trauma, limitações de movimento, cólica (chora, para de chorar, chora novamente, abdome distendido, fezes esverdeadas).	<p>Verificar: o tipo de dieta materna, o horário das crises de choro, a relação entre as crises e o horário de alimentação; presença de familiares durante a crise; medidas da família para aliviar o choro; atividade da mãe durante e depois do choro.</p> <p>Procure acalmar a mãe e/ou o cuidador principal; em caso de cólica, coloque o lactente de bruços sobre uma superfície aquecida; faça massagens no abdome no sentido horário; promova o aleitamento materno mais vezes; coloque-o para eructar após as mamadas; mude-o de posição frequentemente; evite estimulação excessiva; oriente o revezamento e o descanso dos pais sempre que possível; oriente para evitar a automedicação ou administração de chás; permitir que os pais verbalizem seus sentimentos.</p>
Icterícia fisiológica do recém-nascido – comum de 2 a 3 dias após o nascimento – antes desse período ela é considerada patológica e exige encaminhamento ao hospital. Com duração maior que 15 dias, igualmente exige acompanhamento hospitalar.	Processo de hemólise próprio do período; atividade deficiente da enzima glicorunil-transferase no fígado; ausência da flora bacteriana e o aumento da enzima b glicuronidase no intestino delgado do recém-nascido.	Realizar o exame físico e verificar o período de aparecimento, a abrangência da icterícia no corpo, observar o estado geral da criança e seus reflexos. Orientar a família acerca dos sinais e sintomas; manter o recém-nascido em ambiente claro durante o dia; incentivar a amamentação com maior frequência; orientar os pais quanto ao período provável de desaparecimento da icterícia.
Perda de peso fisiológica	Adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino	Orientar a família quanto à perda fisiológica do recém-nascido. Explicar que o peso do nascimento é recuperado em torno do 10º ao 15º dia de vida.

Figura 13: Problemas comuns que acometem as crianças recém-nascidas.

Fonte: Boehs, 2005, p. 240.

6.2 Promovendo a Saúde

Para prevenir acidentes como intoxicações com medicamentos, sufocação, engasgos, queimaduras e traumas, por exemplo, confira algumas dicas:

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

O Lactente

Para o lactente, atente para os problemas mais comuns, as causas e as ações de enfermagem, descritos a seguir:

Regurgitação:

Causas mais comuns:

Ingestão do alimento além da capacidade gástrica; imaturidade do controle de passagem do alimento do esôfago para o estômago (refluxo).

Ações de enfermagem:

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 e/ou proteção da roupa para evitar outros desconfortos. Não se recomenda mais decúbito lateral nos lactentes, devido ao risco maior de morte súbita.

Dor Abdominal – Cólica:**Causas mais comuns:**

Comum em lactentes menores de 3 meses – alimentação muito rápida; ingestão excessiva de alimentos; deglutição de ar durante a alimentação; técnicas inadequadas de alimentação; estresse ou tensão emocional entre a criança e os cuidadores. Em alguns casos, pode ser sintoma de algumas alergias alimentares.

Ações de enfermagem:

Procurar investigar as possíveis causas. Algumas medidas podem ser as mesmas das utilizadas para os recém-nascidos no item anterior.

Constipação Intestinal**Causas mais comuns:**

Além das questões dietéticas, como o pouco uso de fibra, há outras condições associadas, tais como: Doença de Hirschprung, malformação anorretal, Chagas, pseudo-obstrução intestinal, tumores, hipotireoidismo, hipocalcemia, hipercalcemia, espinha bífida, trauma, mielomeningocele, doença celíaca e fibrose cística. No entanto, 90% dos casos acontecem devido a alterações funcionais; caso suspeite de doença orgânica, encaminhe para investigação.

Ações de enfermagem:

Aumentar o uso de fibras na alimentação. No lactente, recomenda-se caldo de ameixa-preta com açúcar mascavo (Duncan); aumento de ingestão de líquidos; criação do hábito de sentar no vaso sanitário após as principais refeições, sem repreensão,

com os pés apoiados e com protetor sanitário para que a criança se sinta segura. Um banquinho apoiando os pés ajuda na tensão abdominal. O uso de um calendário com marcador (por exemplo, com carinhas, sol...) do hábito intestinal e reforço positivo não material pode ser útil. Estímulo de cotonete com vaselina na ponta do ânus também. Explicar aos pais e à criança sobre constipação funcional. É importante estimular uma postura não acusatória, evitando atitudes e comportamentos negativos. Uma das principais causas de falha, recorrência ou abandono do tratamento da constipação é a falta de conhecimento por parte dos pais e da criança do caráter prolongado do tratamento.

Acompanhe no quadro 15, como avaliar a constipação funcional em crianças, de acordo com os critérios de Roma II:

LACTENTES E CRIANÇAS ATÉ 4 ANOS	CRIANÇAS DE 4 A 18 ANOS
No mínimo dois dos seguintes critérios por pelo menos um mês.	No mínimo dois dos seguintes critérios por pelo menos dois meses.
Duas ou menos evacuações por semana.	Duas ou menos evacuações por semana.
Pelo menos um episódio de incontinência após a aquisição de controle esfinteriano	Pelo menos um episódio de incontinência por semana.
Histórico de excessiva retenção fecal.	Histórico de postura retentiva ou retenção voluntária.
Histórico de movimentos intestinais dolorosos.	Histórico de movimentos intestinais dolorosos.
Presença de grande massa fecal no reto.	Presença de grande massa fecal no reto.
História de fezes grandes que obstruem o vaso sanitário.	História de fezes grandes que obstruem o vaso sanitário.

Figura 15: Critérios para diagnóstico de constipação funcional em crianças.

Fonte: Motta e Silva, 1998.

Promoção da Saúde do Lactente:

- a) Estar atento para a prevenção de traumas e quedas, pois as habilidades do lactente para sentar e rolar estão ampliadas;

- b) Promover uma alimentação balanceada e adequada para a idade, com utensílios individuais;
- c) Promover um ambiente seguro, livre de traumas, risco de quedas, queimaduras, entre outros;
- d) Prevenir sufocação e engasgo, em especial com brinquedos, alimentos, regurgitações, entre outros;
- e) Promover a estimulação do crescimento e desenvolvimento, orientando os pais e/ou cuidadores a oferecer brinquedos coloridos e sonoros, contar histórias, estimular habilidades motoras;
- f) Realizar higiene oral pelo menos três vezes ao dia;
- g) Desaconselhar o uso de chupetas;
- h) Orientar a proteção de tomadas, proximidade de escadas, piscinas, lagos;
- i) Estar atento ao manuseio pelo lactente de pequenos objetos, sacos plásticos, produtos químicos;
- j) Orientar quanto ao transporte adequado se a família fizer uso de carro;
- k) Higienizar adequadamente o períneo para evitar assaduras e dermatites.
- l) Levar a criança ao sol nos horários compatíveis e adequados (antes das 10 horas e depois das 16 horas).

Estimular a família a manter períodos de sono adequados.

Reforçar a orientação para a imunização própria do período etário.

O Pré-Escolar

Problemas mais comuns, causas mais comuns e ações de enfermagem:

Conjuntivite

Causas mais comuns:

Infecção causada por vírus, bactérias, alergias ou uso de corpo estranho.

Ações de enfermagem:

Avaliar os sinais e os sintomas; recomendar o uso de medicamento de acordo com a orientação médica; realizar a higiene ocular antes da administração do medicamento; usar lenço de papel, caso necessário; reforçar para os pais a orientação para que a criança não esfregue os olhos.

Parasitoses Intestinais

Causas mais comuns:

Contaminação via fecal oral; manuseio de materiais com presença dos ovos dos helmintos e/ou larvas. As crianças menores de 5 anos são as que apresentam maior prevalência de enteroparasitoses por *Giardia sp* e *Ascaris s*.

Ações de enfermagem:

Orientar a criança e a família sobre a correta higienização das mãos e dos alimentos; orientar a família sobre o procedimento correto dos exames; orientar a família sobre as múltiplas formas de contágio e ciclo dos parasitos mais comuns; reforçar a importância de a criança manter unhas aparadas e limpas; filtrar ou ferver a água antes do uso; não lavar as fraldas no banheiro; orientar para que a família mantenha a tampa do vaso sanitário fechado ao dar descarga; manter cães e gatos longe das áreas de lazer; evitar piscinas frequentadas por crianças que usam fralda; utilizar sapatos e chinelos; orientar a criança para não roer unhas ou chupar os dedos; reforçar a higiene adequada antes e depois do uso do banheiro.

Estomatite

Causas mais comuns:

Pode ser infecciosa ou não infecciosa por fatores locais ou sistêmicos. Tipos: estomatite aftosa (condição benigna – pode

ser ocasionada por traumatismo na gengiva ou bochecha); gengivoestomatite herpética – causada por vírus herpes simples tipo 1.

Ações de enfermagem:

Fazer a higiene oral com água bicarbonatada; aplicar anestésicos locais de acordo com a orientação médica; utilizar medicamento adequado ao agente causador; orientar a utilização de canudos para a administração de líquidos; orientar a limpeza da boca; reforçar a orientação para os pais acerca da higienização dos objetos que a criança leva à boca. Crianças em estado de imunossupressão devem ser mantidas longe de pessoas com outras doenças infectocontagiosas.

Promoção da Saúde do Pré-Escolar:

De igual forma, a prevenção de acidentes e o reforço às orientações de higienização e imunização próprias da idade são os focos principais.

- a) Reforçar a orientação quanto ao sono e repouso, hábitos alimentares, limites, higienização dos dentes e do corpo, promoção do crescimento e desenvolvimento, prevenção de quedas, ingestão de corpos estranhos, queimaduras, tomadas elétricas;
- b) Reforçar a educação para o trânsito, evitar intoxicações por produtos químicos. Lembre-se de que a faixa etária mais propensa a intoxicações é a de 1 a 4 anos. Portanto, manter medicamentos e produtos tóxicos longe das crianças nessa faixa etária é fundamental.

O Escolar

Problemas mais comuns, causas mais comuns e ações de enfermagem:

Mononucleose Infecciosa

Causas mais comuns:

Doença aguda, autolimitada, caracterizada pelo aumento dos elementos mononucleares do sangue e sintomas gerais

de um processo infeccioso. Causada pelo vírus Epstein-Barr. Provavelmente disseminado por secreções orais. Tem um período de incubação de quatro a seis semanas.

Ações de enfermagem:

Avaliar os sintomas iniciais, como cefaleia, indisposição, fadiga, calafrios, febre baixa, anorexia, edema ocular, febre, faringite, adenopatia cervical. Em alguns casos aparece esplenomegalia, petéquias palatais, erupção macular, faringite e acometimento hepático em algum grau, com icterícia associada. Alertar a família que deve procurar a ajuda médica se: a respiração ficar difícil, dor abdominal, odinofagia intensa impedindo a criança de beber ou comer. As ações de enfermagem centram-se na avaliação dos sintomas, diminuição dos mesmos através de medidas medicamentosas, verificação da temperatura, promoção de recreação e distração, orientação quanto ao repouso relativo, orientação aos familiares quanto ao processo de adoecimento.

Distúrbios Comportamentais Como Encoprese e Enurese

Causas mais comuns:

Enurese - micção noturna que pode ser causada por distúrbios psicogênicos, distúrbios estruturais do trato urinário, infecção do trato urinário, déficits neurológicos, diabetes, insuficiência renal, anemia falciforme.

Encoprese – eliminação repetida, voluntária ou involuntária, de fezes de consistência normal ou quase normal em locais não apropriados para esse propósito (WHALEY; WONG, 1999, p. 456). A encoprese pode ser causada por problemas emocionais. Descartar a ocorrência pelo uso de laxantes ou qualquer efeito fisiológico.

Ações de enfermagem:

Para a enurese: verificar a possível causa; estimular o treinamento vesical, diminuir a ingestão de líquidos nos períodos próximos ao horário de dormir. Em alguns casos, há orientação de determinados medicamentos para a contenção vesical. Conversar com a criança e a família para verificar mudanças nos hábitos e rotinas dos mesmos. Encaminhar para a psicologia quando descartados outros problemas físicos.

Para a encoprese: treinamento intestinal; apoio à família e à criança no sentido de verificar as possíveis causas que podem estar relacionadas a situações emocionais de difícil enfrentamento pela criança, seja no ambiente familiar ou escolar; tratar qualquer constipação existente.

Seguem algumas considerações a respeito de problemas comuns na faixa etária pediátrica e algumas orientações que podem ser aplicadas a diversas faixas etárias.

Quanto à obesidade, as novas curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) diferem em muito das curvas do CDC, principalmente em crianças menores de 2 anos. As curvas do Center for Disease Control and Prevention podem levar a um diagnóstico falso-negativo de sobrepeso-obesidade nessa faixa etária.

Assim, devem-se utilizar as curvas da OMS (ver Unidade 3) para o diagnóstico dessa condição. **Avaliação geral da obesidade infantil:**

Calcular o índice de massa corporal: dividir peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros, histórico familiar; dieta e atividade física.

Há evidências de que o tratamento da obesidade infantil seja efetivo, não dá para recomendar um tratamento em detrimento de outro. Assim, a estratégia a seguir é apenas uma sugestão e outras intervenções também podem ser efetivas. As principais estratégias são: controlar o ambiente, definir metas; procurar resolver os problemas e estabelecer parceria com os pais no sentido de potencializar as habilidades dos mesmos no manejo da situação.

6.3 A Família e os Limites para a Criança

Você pode e deve conversar com a família sobre o tema precocemente (antes dos 9 meses e, se possível, antes do nascimento).

Acompanhe algumas orientações que podem ser dadas aos pais:

- a) Encorajar os pais a serem bons exemplos;
- b) Reforçar um padrão emocional positivo em casa, através de brincadeiras, ternura e afeição pela criança;
- c) Prover interações para a redução de resistência, transmissão de respeito e amenização de situações estressante;

- d) Prover atenção positiva regular, chamando os “momentos especiais,” em todas as idades;
- e) Escutar cuidadosamente a criança e ajudá-la a usar palavras que expressem seus sentimentos;
- f) Ser flexível, principalmente com crianças mais velhas e adolescentes, ouvindo e negociando, para reduzir os episódios de discordância do comportamento da criança com as expectativas dos pais;
- g) Envolver as crianças nas tomadas de decisão;
- h) Prover a criança de oportunidades de escolha, sempre que opções apropriadas existirem, e ensiná-la a avaliar as possíveis consequências de tais escolhas;
- i) Reforçar os pontos positivos com elogios;
- j) Prezar e reforçar o respeito, a comunicação respeitável e as estratégias de resolução colaborativa de problemas;
- k) Regras são essenciais e admite-se o relaxamento em ocasiões especiais (doenças, férias, acontecimentos excepcionais);
- l) Ser sempre coerente (agir sempre da mesma maneira) é primordial.
- m) Não fazer uso de gritos ou punição física.

É importante considerar a família como parceira no processo de cuidado da criança, por isso, é necessário conhecer como ela funciona e que hábitos desenvolve no seu dia a dia. Considere as potencialidades da família no momento das orientações, tenha noção do que ela dispõe para resolver e/ou gerenciar questões de saúde e das outras condições do viver. Assim, pautar suas orientações pelo princípio da realidade existente e adapte as sugestões contidas nesse módulo. Jamais desvalorize ou culpe a família pela situação da criança. Procure apoiá-la, repadronizando condutas e ações a fim de fortalecê-la como unidade de cuidado de seus membros.



Saiba Mais

Para complementar as suas leituras sobre a unidade 6, sugerimos:

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

SÍNTESE DA UNIDADE

Relembramos nesta unidade de estudo a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPi) e suas características. Nesse contexto, relembramos fatores de risco relacionados aos agravos à saúde infantil. Muito importante e que faz parte do cotidiano do enfermeiro, revimos as ações de cuidado diante dos principais agravos à saúde da criança: a relevância da integração entre a enfermagem, a medicina e a odontologia diante dos principais agravos à saúde 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: do processo educativo a como transformar o dia a dia para criar um ambiente favorável ao crescimento saudável.

CARO ESPECIALIZANDO

Chegamos ao final do Módulo 5 do Eixo 2, que teve como foco central a **Atenção à Saúde da Criança**. Entre os conteúdos abordados e distribuídos em 6 unidades, discutimos numa primeira parte, comum a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família, os pactos, políticas e programas de saúde para infância no Brasil e no mundo, a equipe de Saúde da Família e o planejamento das ações voltadas à saúde da criança e por último, a criança o meio ambiente e a família. Na segunda parte, específica aos Enfermeiros, foram discutidos os seguintes temas: atenção à mulher no planejamento familiar, no ciclo grávido puerperal, no climatério bem como as ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da Saúde da Mulher. Esperamos que os conteúdos aqui apresentados e discutidos, tenham contribuído para a qualificação profissional dos especializandos. Ao finalizarmos, desejamos a todos o mesmo empenho e dedicação nas próximas etapas do curso.

Sucesso e Boa Sorte!

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDIPI** atenção integrada às doenças prevalentes na Infância: curso de capacitação- introdução: módulo 1. 2. ed. rev. Brasília: Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2002..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas**, 3. ed., 1993. p. 5.

CARTANA, M. do H. F.; SILVA, R. A criança em idade escolar. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. p. 317 – 329.

DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. São Paulo: Cidade Ed., 2004.

MOTTA, M. E. F. A.; SILVA, G. A. P. da. **Constipação intestinal crônica funcional na infância: diagnóstico e prevalência em uma comunidade de baixa renda ORIGINAL**. *Jornal de Pediatria*, v. 74, n. 6, 1998, 451-454, 1998.

SIGAUD, J. S. da S.; VERÍSSIMO, M. de la R. (Org.). **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999

AUTORAS

Ana Izabel Jatobá de Souza

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), graduação em Pedagogia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (1990), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1995) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem do Cuidado da Criança e Família, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, cuidado, família, criança, pediatria e câncer.

Astrid Eggert Boehs

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1990) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Atualmente é professor Associado I da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem da criança na atenção básica, atuando principalmente nos seguintes temas: família, criança, cultura, cuidado e educação em saúde.

Jane Cristina Anders

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1992), especialização em Enfermagem Hematológica pela Universidade de São Paulo (1996) , mestrado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2004) . Atualmente é Professor Adjunto II da Universidade Federal de Santa Catarina e Membro de corpo editorial da CuidArte enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem. Atuando principalmente nos seguintes temas: Criança, Adolescente, Transplante de medula óssea, Enfermagem Pediátrica, Qualidade de vida.

Este módulo apresenta ao especializando uma visão das atividades interdisciplinares envolvendo programas, políticas e pactos de saúde para a infância no Brasil e no mundo; a equipe de Saúde da Família e o planejamento de ações voltadas à Saúde da Criança, a criança, o meio ambiente, a família e uma visão prática das atividades clínicas individuais de cada profissão. Também discute sobre as características relacionadas aos indicadores de morbimortalidade, incluindo aspectos biológicos, demográficos, socioeconômicos e demais determinantes sociais no processo saúde-doença na Atenção à Saúde da Criança - Enfermagem.

Ministério
da Saúde



**Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina**