

SAÚDE DA CRIANÇA: MEDICINA

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

Leandro Pereira Garcia

Luiz Roberto Agea Cutolo

ORGANIZADORES

Heitor Tognoli

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Calvino Reibnitz Júnior

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DA CRIANÇA: MEDICINA

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
88040-900
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: medicina [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Heitor Tognoli... [et al.]. – Florianópolis, 2010.
120 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: medicina. Crescimento infantil e alimentação saudável – Evidências para o acompanhamento clínico de puericultura - Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da criança – Ações da clínica e do cuidado nos principais problemas infecciosos da criança.

ISBN: 978-85-61682-44-6

1. Saúde da criança. 2. Política de saúde. 3. Criança. 4. Medicina. 5. Desenvolvimento infantil. I. UFSC. II. Souza, 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 Márcia Melo Bortolato

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 Volkman Paschoal

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

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkman 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	51
3.4.9	Prevenção de Acidentes	51
REFERÊNCIAS	53

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - MEDICINA

UNIDADE 4 CRESCIMENTO INFANTIL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	59
4.1 Interpretando os Gráficos de Crescimento e Desenvolvimento	59
4.1.1 Indicadores.....	60
4.1.2 Interpretação dos Pontos Plotados nas Curvas de Crescimento....	62
4.1.3 Interpretação dos Gráficos de Desenvolvimento	62
4.1.4 Sinais de Alerta de Distúrbios do Desenvolvimento:.....	63
4.1.5 Interpretação dos Gráficos de Crescimento e Desenvolvimento em Santa Catarina	64
4.1.6 Avaliação da Alimentação da Criança	65
4.1.7 Ajuda à Dupla Mãe/bebê no Processo do Desmame.....	70
4.1.8 Evidências em Relação a Suplementações	73
4.1.9 Orientações Relacionadas à Saúde Bucal	75
REFERÊNCIAS.....	79
UNIDADE 5 EVIDÊNCIAS PARA O ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE PUERICULTURA	81
5.1 A Consulta de Puericultura	81
5.1.1 Avaliação do Teste do Pezinho	82
5.1.2 As Evidências na Consulta de Rotina	82
5.1.3 Exame Físico	83
5.1.4 Exame da Visão	86
5.1.5 Audição.....	88
5.1.6 Avaliação Desenvolvimento-Comportamental	89
5.1.7 Evidências em Relação aos Exames Laboratoriais de Rotina ...	89
5.1.8 Triagem Metabólica Neonatal.....	91
5.1.9 Imunizações	92
REFERÊNCIAS.....	95
UNIDADE 6 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS DA SAÚDE DA CRIANÇA	97
6.1 Problemas mais Comuns no Recém-Nascido e Lactente	97
6.1.1 Obstrução Nasal	97
6.1.2 Conjuntivite Química Neonatal	98
6.1.3 Refluxo Gastroesofágico (RGE).....	98
6.1.4 Cólicas do Recém-Nascido (RN).....	99
6.1.5 Granuloma Umbilical	100
6.1.6 Hérnia Umbilical.....	100
6.1.7 Hérnia Inguinal	100
6.1.8 Onfalite	100
6.1.9 Impetigo.....	101
6.1.10 Monilíase Oral e Perineal.....	101
6.2 Avaliação dos Principais Problemas Infeciosos na Criança.....	101
6.2.1 Avaliação da Criança com Febre	102
6.2.2 Antipiréticos.....	102
6.2.3 Medidas Não-Farmacológicas no Manejo da Febre	104
6.2.4 Infecções Respiratórias Agudas mais Comuns na Criança	105

6.3 Medicamentos Utilizados nas Infecções Respiratórias

Agudas (IRAS) 112

6.3.1 Medicamentos utilizados 112

6.3.2 Medidas mais importantes para evitar IRAS 113

6.3.3 Diarreia Aguda 113

6.3.4 Anamnese 114

REFERÊNCIAS **118**

AUTORES **120**

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 Medicina, 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 programas, políticas e pactos 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 orientações de alimentação da criança e as ações para acompanhamento do crescimento infantil;
- e) Destacar as evidências correlacionadas aos procedimentos propedêuticos em saúde da criança e o acompanhamento e orientação das imunizações;
- f) Destacar os principais agravos em saúde da criança e formas de manejo clínico.

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: Crescimento infantil e alimentação saudável.

Unidade 5: Evidências para o acompanhamento clínico de puericultura.

Unidade 6: Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos 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
Leandro Pereira Garcia
Luiz Roberto Agea Cutolo

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;

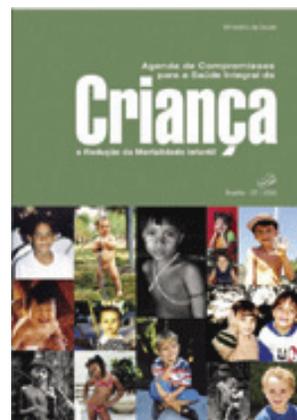


Figura 1: Agenda de compromisso para saúde integral da criança.

Fonte: Brasil, 2004.

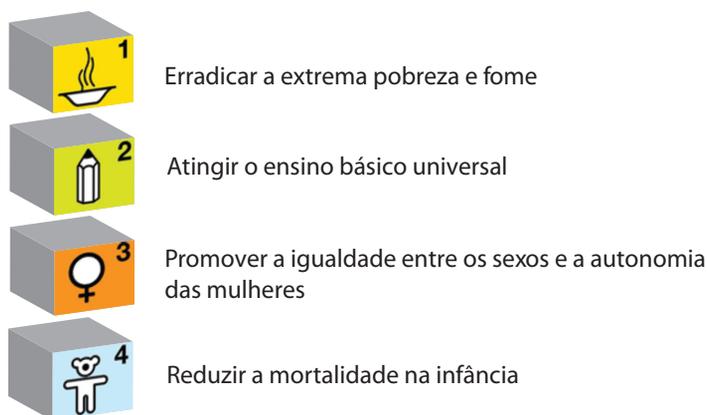
- c) saúde mental;
- d) erradicação do trabalho infantil;
- e) inclusão do portador de deficiência;
- f) programas de imunização;
- g) prevenção de acidentes;
- h) prevenção à violência;
- i) alimentação saudável.

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:



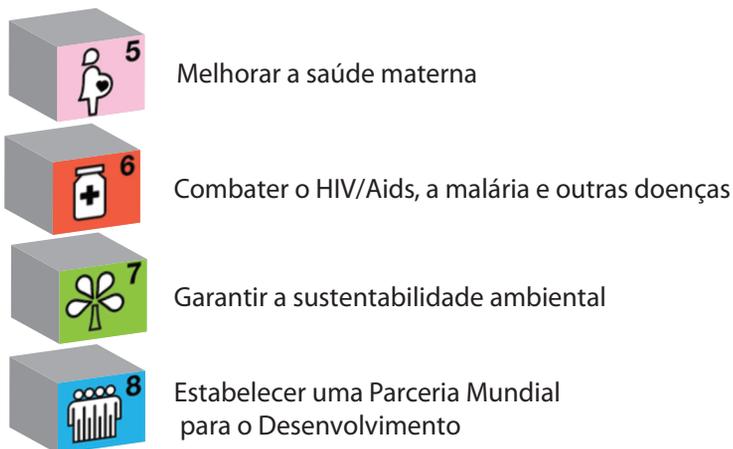


Figura 2: Objetivos do desenvolvimento do milênio

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:

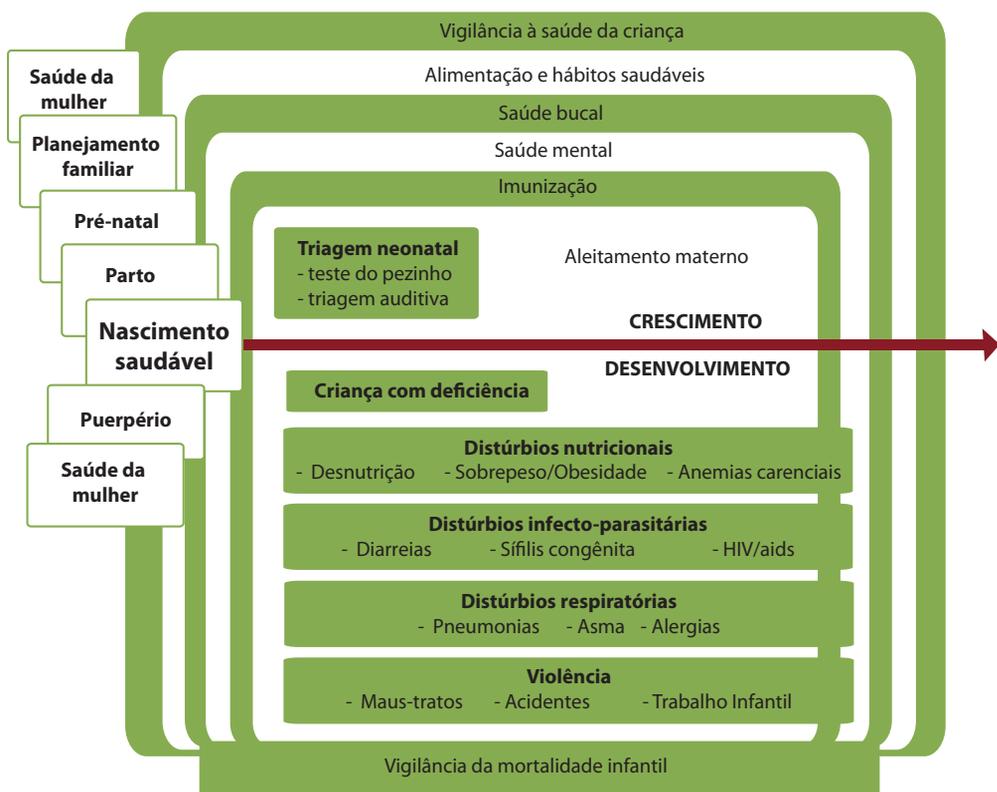


Figura 3: Sistematização das diretrizes para a redução da mortalidade infantil.
 Fonte: Brasil. 2004. p. 34.

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:

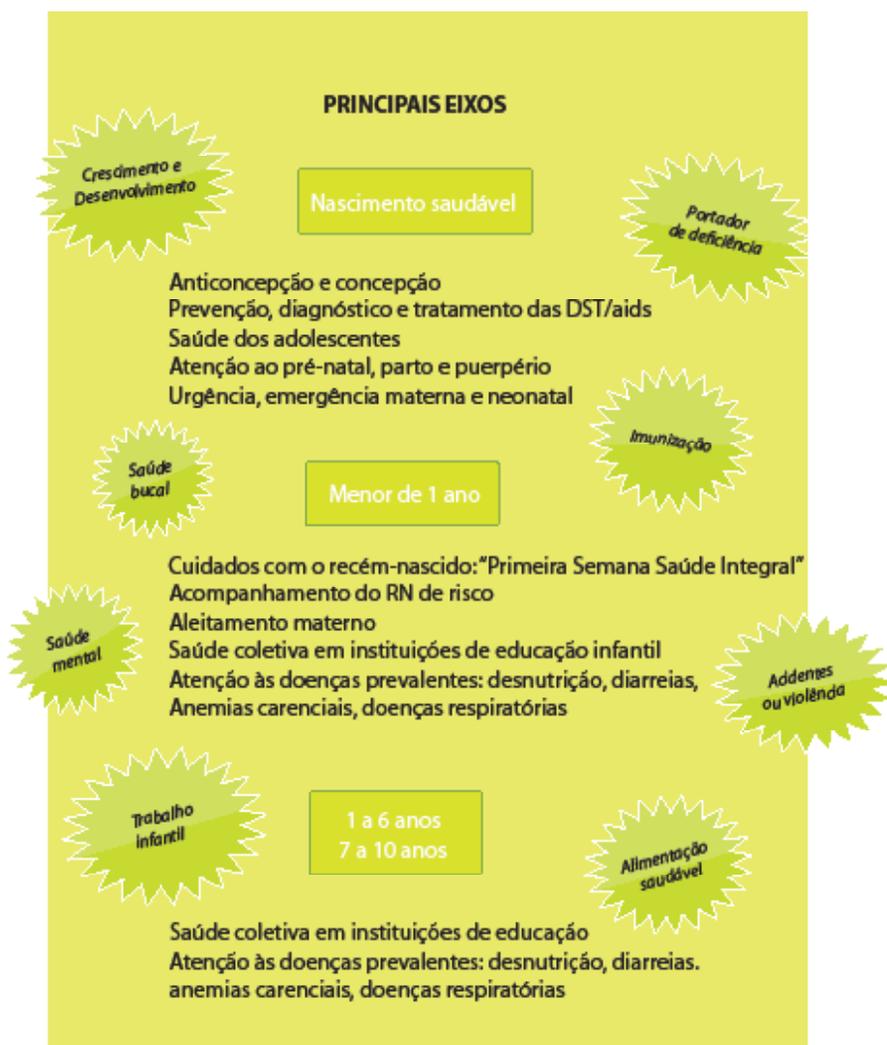
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prograb: programação de gestão por resultados na atenção básica. Brasília, 2006. Acesso em: <http://dab.saude.gov.br/docs/prograb/manual_usuario_prograb.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

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



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

membro tiver alguma dúvida, é indicado sanar na mesma hora, 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:

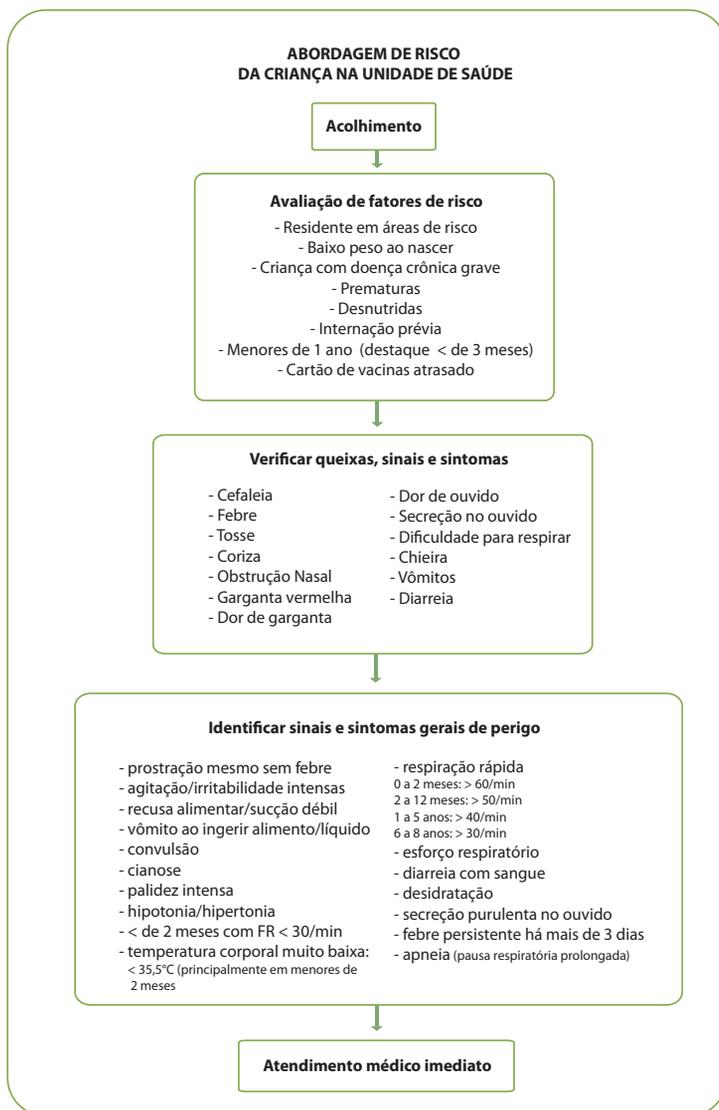


Figura 6: Agenda de compromissos para a saúde integral da criança
Fonte: Brasil, 2004, p. 73.

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

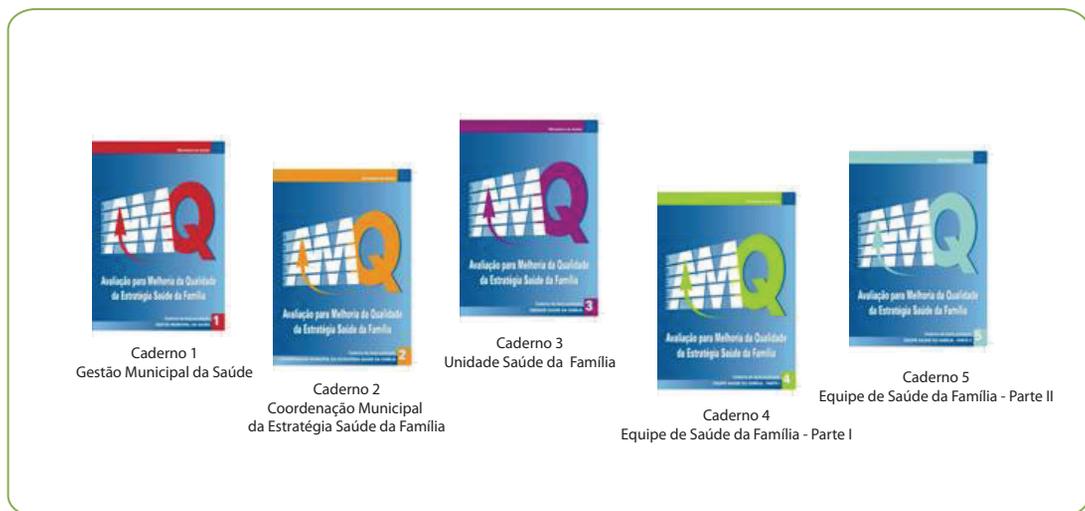


Figura 7: Cadernos de avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família.

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

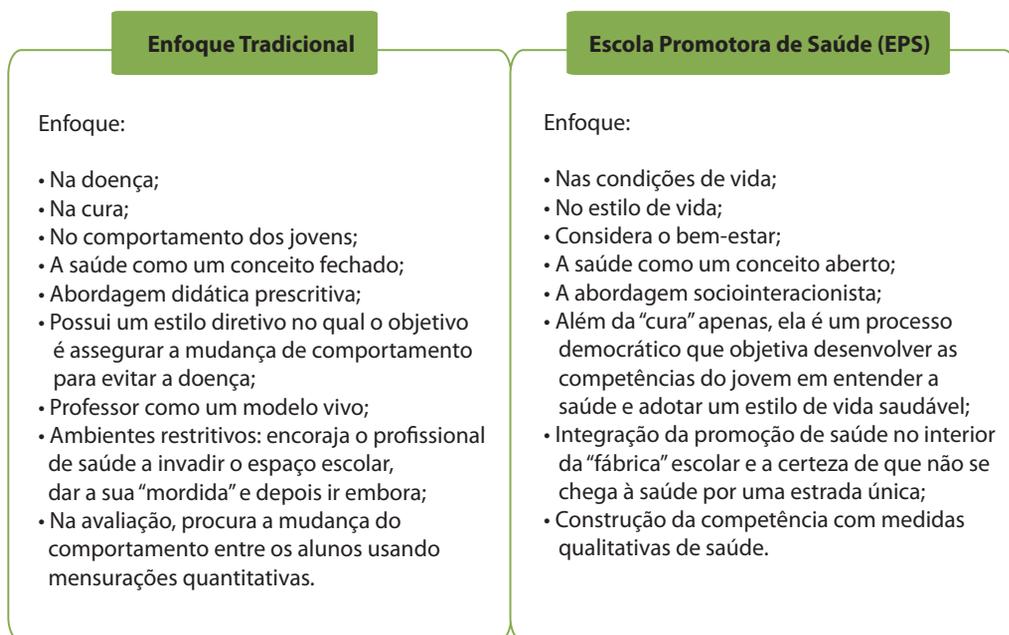
Fonte: SBF, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

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 – 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, inibidores para uma adequada atenção à saúde.

Nesse contexto, a Atenção Primária em 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 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 Medicina, 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.

Objetivo

- a) Revisar as orientações de alimentação da criança e as ações para acompanhamento do crescimento infantil;
- b) Destacar as evidências correlacionadas aos procedimentos propedêuticos em saúde da criança e o acompanhamento e orientação das imunizações;
- c) Destacar os principais agravos em saúde da criança e formas de manejo clínico.

Unidades de Conteúdo

Unidade 4: Crescimento infantil e alimentação saudável

Unidade 5: Evidências para o acompanhamento clínico de puericultura

Unidade 6: Ações da clínica e do cuidado nos principais problemas da Criança

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Ao encerrar a primeira etapa, comum a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família, ressaltamos a necessidade de habilidades e atitudes especiais de toda a equipe com relação ao atendimento de crianças. Trabalhar com crianças exige postura diferenciada e uma atenção especial, incluindo a abordagem psicológica, social e biológica.

Iniciamos agora o estudo do Módulo Saúde da Criança, voltado à área de Medicina. Neste módulo específico, 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 Medicina. Lembre-se sempre: você faz parte de uma equipe multidisciplinar, e sua atuação só poderá atingir um alto grau de qualidade se suas ações forem integradas com as 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 na saúde da criança, desde o processo educativo até a criação de um ambiente favorável para o crescimento e o desenvolvimento de crianças saudáveis.

Bons estudos!

Marcela Döhms
Leandro Pereira Garcia
Luiz Roberto Agea Cutolo
Heitor Tognoli

UNIDADE 4

MÓDULO 5

4 CRESCIMENTO INFANTIL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Nesta unidade, abordaremos questões muito comuns do cotidiano da atenção à saúde da criança. Vamos rever, enquanto profissionais da saúde, como devemos orientar uma alimentação saudável e como podemos ampliar nossos padrões de percepção e avaliação das mudanças de cada faixa etária. Você vai notar que a questão do aleitamento materno não está aprofundado nesse módulo, pois ele será trabalhado no módulo de saúde da mulher.

A avaliação adequada do crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental para o médico que atua na Atenção Primária. É preciso saber identificar os fatores de riscos, assim como avaliar e orientar uma alimentação saudável nesta fase da vida.

Outro tópico abordado nessa unidade, consiste em orientações gerais para o cuidado da saúde bucal, já que está diretamente relacionado com a alimentação saudável.

Com esta organização de estudo, desejamos que você, ao final, esteja apto a realizar ações relacionadas ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no nível da Atenção Básica.

4.1 Interpretando os Gráficos de Crescimento e Desenvolvimento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou novos gráficos para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Estes novos gráficos podem ser utilizados em qualquer parte do mundo, uma vez que o estudo mostrou que as crianças dos cinco continentes crescem de forma similar, quando suas necessidades de nutrição, cuidado e saúde são atingidas. Tais gráficos estabelecem as crianças amamentadas como modelo de crescimento e desenvolvimento normais e possibilita melhor identificação de crianças com sobrepeso/obesas.



Saiba Mais

Para obter mais informações sobre a interpretação de gráficos de crescimento e desenvolvimento, entre no endereço e leia o seguinte documento:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child growth standards: training course on child growth assessment.** Geneva, Switzerland: WHO, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/training/en/>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

4.1.1 Indicadores

No módulo 3 do Eixo I estão os indicadores de saúde, você lembra? Mesmo assim, vamos relembrar de forma sucinta:

O que é indicador de saúde?

É um resumo de dados coletados com o objetivo de responder a questões relevantes para o planejamento e a administração das ações de saúde.

Para que os indicadores de saúde são usados?

- a) descrever a situação de saúde de uma população;
- b) avaliar as mudanças ou tendências durante um período de tempo;
- c) avaliar a eficácia e impacto de um programa.

Vamos analisar a seguir três indicadores fundamentais para avaliar o crescimento e o desenvolvimento das crianças assistidas pela ESF:

Estatura para a Idade

Este 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.

Peso para a Idade

O peso para a idade reflete o peso corporal em relação à idade da criança em um determinado dia. Este 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 importante notar, também, que uma criança pode ter baixo peso, quer por um baixo comprimento/estatura (nanismo), quer por magreza, ou por ambos.

Índice de Massa Corporal (IMC):

- a) deve ser calculado em toda consulta de puericultura acima de 2 anos: $\text{Peso}/[(\text{Altura}) \times (\text{Altura})]$;
- b) 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;
- c) valores entre os percentis 85 e 95 devem ser considerados sobrepeso;
- d) valores acima do percentil 95 devem ser considerados como obesidade.



Saiba Mais

Para entender mais profundamente a complexidade alimentação, saúde e criança, recomendamos as seguintes leituras:

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p.105-114, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000100011>. Acesso em: 12 fev. 2010.

Se desejar, é possível baixar os novos gráficos de crescimento da OMS na página do Ministério da Saúde, disponível na publicação abaixo:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação e Nutrição. Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde – OMS. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms>. Acesso em: 13 jan. 2010.

4.1.2 Interpretação dos Pontos Plotados nas Curvas de Crescimento

Caso qualquer desvio seja diagnosticado, é necessária uma abordagem mais aprofundada para que se estabeleça sua causa e se agende avaliações mais frequentes. Ficar atento para curvas descendentes. Se persistir decréscimo na curva, considerar investigação inicial com exames e possível encaminhamento, se necessário.

Nas curvas de estatura, calcular a estatura-alvo por meio da fórmula:

$$\frac{\text{estatura da mãe} + \text{estatura do pai}}{2}$$

Observação: se for menino, somar 6,5 cm.

Se o resultado de seu cálculo apresentar alteração maior que 2 desvios-padrão que a curva da estatura-alvo, então é recomendável iniciar investigação e encaminhamento.

4.1.3 Interpretação dos Gráficos de Desenvolvimento

O Grupo da OMS que desenvolveu os gráficos de crescimento, desenvolveu também o *Motor Development Study*, que visava avaliar a aquisição motora em crianças entre 4 meses e 24 meses, ou até que a criança estivesse andando, em diferentes culturas.

Este foi o primeiro estudo longitudinal a utilizar um protocolo padrão para descrever o desenvolvimento motor grosso entre crianças saudáveis de diferentes países e culminou na construção de uma “janela de aquisição” de marcos deste desenvolvimento motor, como mostrado a seguir, no gráfico 10.

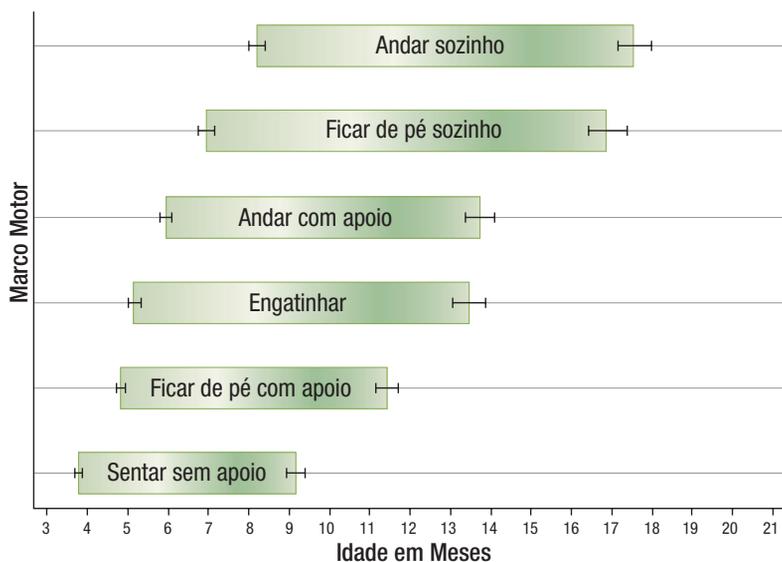


Gráfico 10: Marcos de desenvolvimento motor.

Fonte: World Health Organization, 2008.

Em qualquer mês, depois dos 9 meses, pode-se comparar facilmente o desempenho real de uma criança com o que deveria ter sido demonstrado nessa idade. A razão pela qual tais comparações não podem ser realizadas antes dos 9 meses é que o primeiro encerramento de uma janela de aquisição, especificamente “sentar sem suporte”, ocorre com 9,4 meses.

O uso de janelas permite-nos, simplesmente, a comparação do desempenho da criança hoje com as aquisições na janela, fazendo a seguinte pergunta:

Que marcos uma criança dessa idade deveria ter adquirido até agora?

A preocupação é só com crianças que não tenham adquirido um ou mais marcos definidos para determinada idade. O ideal é que a interpretação seja baseada em avaliações repetidas ao longo do tempo.

4.1.4 Sinais de Alerta de Distúrbios do Desenvolvimento:

Outra maneira de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças é ficar atento aos alertas de distúrbios em períodos mais curtos, conforme exemplo no quadro 11, a seguir:

Fim do 1º trimestre

Ausência de sorriso social, olhar vago, o menor ruído provoca grande sobressalto, nenhuma reação a ruídos fortes (surdez).

Fim do 2º trimestre

- a) Não vira a cabeça para localizar sons (4 meses).
- b) Hipertonia (rigidez) dos membros inferiores.
- c) Hipotonia do eixo do corpo: controle deficiente da cabeça.
- d) Criança exageradamente lenta e sem interesse.
- e) Movimentos bruscos do tipo “descarga motora”.
- f) Não dá risada.
- g) Falta de reação aos sons (surdez).

9 meses

Obrigatória a tomada de providências aos 9 meses.

- a) Não senta sem apoio (hipotonia do tronco).
- b) Pernas duras, “em tesoura” (espasticidade).
- c) Pernas moles em posição de rã (hipotonia).
- d) Mãos persistentemente fechadas.
- e) Não tem preensão em pinça.
- f) Incapacidade de localiza um som (surdez?).
- g) Ausência de balbucio (distúrbio articulatório?).
- h) Sorriso social pobre.
- i) Não tem interesse pelo jogo “esconde-esconde”.

12 meses

- a) Fluxo de um sistema de vigilância.
- b) Ocorrência de um - Ausência de sinergia pés-mãos 9 colocada em pé com apoio não procura ajudar com as mãos).
- c) Criança parada ou mumificada.
- d) Movimentos anormais.
- e) Psicicamente inerte ou irritada, sorriso social pobre.
- f) Não fala sílabas, cessação do balbucio (surdez?) no 1º aniversário.

Quadro 11: Distúrbios do desenvolvimento da criança.

Fonte: Murahovschi, 2006.

4.1.5 Interpretação dos Gráficos de Crescimento e Desenvolvimento em Santa Catarina

Atualmente, em Santa Catarina, as principais causas de desvio nas curvas de crescimento são o sobrepeso e a obesidade (medido pelo

IMC para a idade). Estudos de prevalência têm apresentado uma forte tendência destas condições. Assim, pesquisas realizadas em Florianópolis, entre 2005 e 2008, mostraram uma prevalência entre 19,5% e 23%. Já a prevalência da magreza (medido pelo IMC para a idade) (ASSIS et al., 2006) e da desnutrição (medida pelo peso pela estatura/altura) (CORSO; VITERITTE; PERES; 2004) gira em torno de 1,0% a 1,2%.

Por isto, a interpretação do IMC para a idade é fundamental.

O IMC, normalmente, não aumenta com a idade, como o fazem, de forma individual, o peso e a altura. Olhando o gráfico do IMC para a idade, percebe-se que o IMC de uma criança sobe acentuadamente nos primeiros 6 meses de vida, fase em que ela ganha peso rapidamente em relação ao comprimento. Após este período, o IMC diminui e permanece relativamente estável dos dois aos cinco anos.

Na interpretação do risco de sobrepeso, é útil considerar o peso dos pais. Se estes são obesos, aumenta o risco de a criança também o ser. Uma criança com um dos pais obesos tem uma probabilidade de 40% de ter sobrepeso; se ambos os pais são obesos, a probabilidade sobe para 70%.

4.1.6 Avaliação da Alimentação da Criança

O hábito alimentar da criança é extremamente importante, pois, quando incorreto, refletirá diretamente no crescimento e desenvolvimento adequados.

Para isso, a alimentação da criança deve conter todos os nutrientes necessários (carboidratos/energéticos, proteínas/ construtor, gorduras/energético, vitaminas e minerais/reguladores), de acordo com sua faixa etária. Apresentamos a seguir as principais recomendações para a alimentação da criança.

Alimentação Complementar para Crianças Menores de Dois Anos

- a) esquema para a introdução dos alimentos complementares (ver quadro 12):

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 12: Esquema para a introdução dos alimentos complementares.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

b) exemplo de alimentação diária (ver quadro 13):

APÓS COMPLETAR 6 MESES	APÓS COMPLETAR 7 MESES	APÓS COMPLETAR 12 MESES
Aleitamento materno sob livre demanda; 1 papa de frutas no meio da manhã; 1 papa salgada no final da manhã; 1 papa de frutas no meio da tarde.	Aleitamento materno sob livre demanda; 1 papa de frutas no meio da manhã; 1 papa salgada no final da manhã; 1 papa de frutas no meio da tarde; 1 papa salgada no final da tarde.	Aleitamento materno sob livre demanda; 1 refeição pela manhã (pão, fruta com azeite); 1 fruta; 1 refeição básica da família no final da manhã; 1 fruta; 1 refeição básica da família no final da tarde.

Quadro 13: Esquema de alimentação diária.

Fonte: Brasil, 2009, p. 77.



Ambiente Virtual

Sobre PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO – ver caderno de SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Disponível no link “Leituras Complementares” no AVEA.

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.

c) as frutas e sucos:

as frutas devem ser oferecidas após os seis meses de idade, preferencialmente sob a forma de papas, sempre em

colheradas. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a 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.

d) a papa salgada:

a consistência dos alimentos deve aumentar gradativamente e a textura deve ser apropriada à idade;

deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e 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. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados;

na idade de oito a dez meses, a criança já pode receber os alimentos da família, desde que não muito condimentados ou com grandes quantidades de sal.

e) as carnes:

a carne deve fazer parte das refeições desde os seis meses de idade;

- o profissional deve insistir na utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro.

Crianças que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 500 ml por dia.

f) cuidados no preparo da alimentação:

a água deve ser tratada, fervida ou filtrada;

lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;

todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa;

os alimentos contidos nas papas salgadas devem ser bem cozidos;

as frutas devem ser bem lavadas, em água própria, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca;

a sobra do prato não deve ser oferecida novamente, assim como a sobra da mamadeira;

a mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreia. Orientar à higienização adequada.

Alimentação para Crianças não Amamentadas ou Desmame Precoce (ver quadro 14).

O leite de vaca não modificado deve ser evitado no primeiro ano de vida devido ao pobre teor e baixa disponibilidade de ferro, o que pode predispor anemia, e pelo risco maior de desenvolvimento de alergia alimentar, distúrbios hidroeletrolíticos e predisposição futura para o excesso de peso e suas complicações.

MEIORES DE 4 MESES	4 A 8 MESES	MAIORES DE 8 MESES
Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta
Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão
Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo

Quadro 14: Esquema alimentar diário para crianças menores de dois anos não amamentadas.

Fonte: BRASIL, 2009, p. 91.

A criança também deve receber água em temperatura ambiente no intervalo das refeições, no mínimo três a quatro vezes por dia.

Frequência e volume da alimentação da criança pequena desmamada de acordo com a idade (ver quadro 15):

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 – 200ml	2 a 3

Quadro 15: Alimentação da criança de acordo com a idade.

Fonte: Brasil, 2009, p. 91.

Diluição correta do leite em pó em crianças menores que 4 meses de idade (ver quadro 17):

LEITE EM PÓ INTEGRAL

1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.

1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida.

2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.

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

2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida

70ml de leite + 30ml de água = 100ml

100ml de leite + 50ml de água = 150ml

130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Quadro 16: Diluição do leite em pó para crianças menores que 4 meses.

Fonte: Brasil, 2009, p. 92.

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 deverá ser diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

Aqui definido como a 3
cessação do aleitamento
materno

4.1.7 Ajuda à Dupla mãe/bebê no Processo do Desmame

O homem é o único mamífero em que o **desmame**³ não é determinado somente por fatores genéticos e pelo instinto. Muitas vezes, as preferências culturais (não-amamentação, amamentação de curta duração) entram em conflito com a expectativa da espécie (em média, dois a três anos de amamentação).

No desmame natural, a criança se 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 criança pode estranhar o gosto do leite, que se altera, e o volume, que diminui). A mãe também participa ativamente no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade.

Desmame Precoce

- a) as razões mais frequentes alegadas para a interrupção precoce são: leite insuficiente, rejeição do seio 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;
- b) 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 seis meses.

Sinais Indicativos de que a Criança está Madura para o Desmame (BRASIL, 2009, p. 64):

- a) idade maior que um ano;

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



Na Prática

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 que 2–4 dias.

Fatores que Facilitam o Processo do Desmame

- a) mãe estar segura de que quer (ou deve) desmamar;
- b) entendimento da mãe de que o processo pode ser lento e demandar energia, tanto maior quanto menos pronta estiver a criança;
- c) flexibilidade, pois o curso do processo é imprevisível;

- d) paciência (dar tempo à criança) e compreensão;
- e) suporte e atenção adicionais à criança – mãe deve evitar se afastar nesse período;
- f) ausência de outras mudanças, ocorrendo, por exemplo, controle dos esfínteres, separações, mudanças de residência, entre outras;
- g) sempre que possível, fazer o desmame gradual, retirando uma mamada do dia a cada 1–2 semanas.

Orientações para o Desmame

- 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.

Lembre-se que a técnica utilizada para fazer a criança desmamar varia de acordo com a idade.

Algumas vezes, o desmame forçado gera tanta ansiedade na mãe e no bebê que é preferível adiar um pouco mais o processo, se possível.

As mulheres devem estar preparadas para as mudanças físicas e emocionais que o desmame pode desencadear, tais como: mudança de tamanho das mamas, mudança de peso e sentimentos diversos como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais.

Concluindo, cabe a cada dupla mãe/bebê e sua família a decisão de manter a amamentação, até que a criança a abandone espontaneamente, ou interrompê-la em um determinado momento. Muitos são os fatores envolvidos nessa decisão: circunstanciais, sociais, econômicos e culturais. Cabe ao profissional de saúde ouvir a mãe e ajudá-la a tomar uma decisão, pesando os prós e os contras. A decisão da mãe deve ser respeitada e apoiada.

4.1.8 Evidências em Relação a Suplementações

Nesta subseção, trataremos das questões relacionadas a suplementações para crianças, iniciando pelo ferro, depois veremos a suplementação de vitaminas, quando e como recorrer a ela.

Suplementação de Ferro (ver quadro 17):

IDADE	RECOMENDAR:
Menor ou igual a 4 – 6 meses	<p>Recomendar amamentação exclusiva.</p> <p>Desaconselhar fortemente o uso do leite de vaca.</p> <p>Se criança desmamada, dar preferências às fórmulas fortificadas com ferro.</p> <p>Crianças alimentadas com fórmulas fortificadas não necessitam de suplementação.</p> <p>Crianças alimentadas com leite de vaca devem receber suplementação a partir do 2º mês ou no momento do desmame. Se este ocorrer após os dois meses de vida, associar ainda vitamina C na dose de 50mg/dia ou suco de frutas cítricas.</p>
Maiores de 4-6 meses e com idade maior ou igual a 1 ano	<p>Iniciar alguma forma de suplementação dietética de ferro que forneça 1mg/kg/dia de ferro elementar, Outras formas de suplementação são o sulfato ferroso e polivitamínicos que contenham ferro em sua composição.</p>
Para crianças no 2º ano de vida	<p>Desaconselhar o uso de leite de vaca ou mantê-lo em quantidade menor a 680ml /dia.</p> <p>Manter suplementação com ferro.</p> <p>Aconselhar dieta rica em ferro e vitamina C e evitar o uso excessivo de sucos e chás.</p>

Quadro 17: Suplementação de ferro.

Fonte: do autor.

Lembre-se é preciso enfatizar a importância de uma dieta adequada, rica em ferro, preferencialmente à simples reposição medicamentosa.

Suplementação de Vitaminas

É controverso. O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde orienta que, em bebês amamentados exclusivamente ao seio e não expostos à luz solar, os estoques de vitamina D existentes ao nascimento provavelmente seriam depletados em oito semanas.

Porém, umas poucas horas de exposição à luz solar no verão – 30 minutos a 2 horas por semana (17 minutos por dia), com exposição apenas da face e mãos do bebê, e 30 minutos por semana (4 minutos por dia), se o bebê estiver usando apenas fraldas – produzem vitamina D suficiente para evitar deficiência por vários meses.

Crianças com pigmentação escura da pele podem requerer três a seis vezes o tempo de exposição de bebês de pigmentação clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Portanto, no Brasil, não há recomendação de rotina de suplementação oral dessa vitamina em virtude de as necessidades diárias serem facilmente atingidas pela exposição solar.

Mas há estudos orientando que se deve realizar suplementação de 200UI/dia a toda criança com idade maior ou igual que 2 meses e todo adolescente que não receber esta quantidade através de outra suplementação (fórmulas fortificadas ou suplementos vitamínicos); e crianças que receberem fórmulas fortificadas devem ter calculada a quantidade de vitamina D recebida por dia, sendo suplementado o restante para a dose diária mínima de 200UI/dia.

O suprimento de vitaminas como riboflavina, niacina, tiamina, folato e vitamina C pode ser baixo em algumas populações, bem como o de vitamina E, mas não há evidência de benefício da indicação de suplementação dessas vitaminas de forma rotineira (MONTE; GIUGLIANI, 2004).



Para o aprofundamento dos temas estudados nesta unidade, recomendamos a leitura de:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

4.1.9 Orientações Relacionadas à Saúde Bucal

É importante que o médico 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 e deste 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 ela 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 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 adoçados também devem ser desencorajadas.

Sexto Mês ao Primeiro 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 fluoretado. 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 e usando-se uma pequena quantidade de dentifício 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 assim 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 limitar-se 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 Dezoito 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 na limitação dos lanches e bebidas entre as refeições.



Para aprofundar seus conhecimentos sobre o tema, indicamos as seguintes leituras:

Programa Nacional de Imunizações.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/index.asp>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

Atenção Básica: Obesidade

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: obesidade**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/doc_obesidade.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2010.

Caderneta de Saúde da Criança.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação e prevenção: caderneta da saúde da criança**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/vi_sualizar_texto.cfm?idbxt=24225>. Acesso em: 17 jan. 2010.

Cadernos de Atenção Básica

BRASIL. Ministério da Saúde. Carências de micronutrientes. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 20, 2007.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, estudamos os procedimentos e as ações relacionados ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no nível da Atenção Básica, com a intenção de ampliar nossos padrões de percepção e avaliação das mudanças de cada faixa etária. Identificamos os principais fatores de riscos, sugerimos orientações a serem feitas à família com relação a uma alimentação saudável, e higiene bucal nesta fase da vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/8/1/118-CAB_23_Saude_da_Crianc_a_em_0_1_06_09.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2010.

MONTE; C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 80, Supl. 5, p. S131-41: 2004.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child growth standards: training course on child growth assessment. interpreting growth indicators. Geneva, Switzerland, 2008. Disponível em:<<http://www.who.int/childgrowth/training/en/>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

UNIDADE 5

MÓDULO 5

5 EVIDÊNCIAS PARA O ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE PUERICULTURA

Nesta unidade, abordaremos questões do cotidiano da atenção à saúde da criança, que geralmente são motivos de muitas dúvidas. São questões que a princípio parecem simplistas, mas, no entanto, carregam particularidades bem interessantes.

Abordaremos as evidências no rastreamento de doenças através de exames de rotina na puericultura. A avaliação adequada das possíveis alterações de exame físico, são de fundamental importância para a prevenção de doenças e para detecção de patologias, além de ser de responsabilidade médica ficar atento a cada encontro com a criança.

Outro tópico abordado nessa unidade consiste nas orientações quanto as imunizações, que também fazem parte das ações de prevenção do médico da equipe de Saúde da Família.

Com esta organização de estudo, desejamos que você, ao final, esteja apto a realizar ações relacionadas a detecção precoce de doenças na criança e conduza também as ações de prevenção.

5.1 A Consulta de Puericultura

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

- a) supervisão de saúde (incluindo orientações antecipatórias em nutrição, dejeções, sono, disciplina, prevenção de injúrias, etc);
- 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
- e) imunizações, exame físico e triagens adicionais (peso, altura, nível de hemoglobina, visão, audição, etc).

O objetivo da puericultura é garantir que as crianças estejam em uma trajetória ótima de crescimento e desenvolvimento, identificando influências que possam afetar negativamente sua saúde.



Veja no link “Leituras Complementares” o guia de procedimentos em puericultura para consulta pré-natal, neonatal precoce e subsequentes. Ele foi desenvolvido para o atendimento de crianças híginas e visa facilitar a consulta de puericultura, funcionando como “*check-list*”. Não tem a intenção de tolher o profissional em seu ato de avaliar e escolher o melhor para cada paciente.

5.1.1 Avaliação do Teste do Pezinho

No Estado de Santa Catarina, o Laboratório Central é responsável pela execução dos exames, qualificado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para o diagnóstico de cinco patologias, ou seja, Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística e Hemoglobinopatias (MATTOZO; SOUZA, 2005).

A maioria dessas doenças pode ser tratada com sucesso, desde que sejam identificadas antes mesmo de manifestarem seus sintomas. Assim, todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao teste, entre o 3^o e o 30^o dia de vida (MATTOZO; SOUZA, 2005), mas o ideal seria do 3^o ao 5^o dia de vida.

5.1.2 As Evidências na Consulta de Rotina

Várias instituições acadêmicas se dedicam a estabelecer, por meio de revisões sistemáticas de literatura, quais os procedimentos clínicos que têm embasamento científico suficiente para justificar sua inclusão e um protocolo de supervisão de saúde, emitindo, a partir daí, recomendações específicas. As principais instituições são: Canadian Task Force on preventive Health Care, U.S. Preventive Services Task Force, Cochrane health promotion and Public Health Field, National Guideline Clearinghouse (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004). Elas podem ser facilmente encontradas em sites de busca na internet.

É importante que o médico conheça as evidências sobre cada conduta, seja crítico às informações em saúde e adapte as condutas às necessidades da sua população.



Saiba Mais

Se desejar orientações para sua investigação durante a consulta, pode apoiar-se na lista pormenorizada de perguntas a serem dirigidas aos pais, de acordo com cada faixa etária, disponibilizada pela World Health Organization:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child growth standards: training course on child growth assessment. interpreting growth indicators.** Geneva, Switzerland 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/training/en/>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

5.1.3 Exame Físico

É recomendável que o profissional da equipe Saúde da Família realize exame físico minucioso na primeira consulta da criança. Nas consultas subsequentes, o exame físico fica a critério do profissional de saúde, já que para grande parte de seus procedimentos existe pouca ou nenhuma evidência de benefícios do uso rotineiro em pacientes com bom estado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), exceto para ausculta cardíaca, palpação de pulsos, Ortolani, Barlow.

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



Saiba Mais

Para obter mais informações sobre pressão arterial, veja:

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p.105-114, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000100011>. Acesso em: 12 fev. 2010.

Confira as técnicas de aferição em crianças, no quadro 18, a seguir.

Técnica de aferição

- a) A criança deverá ser mantida em repouso, sentada, por um período mínimo de 5 minutos antes da aferição;
- b) a medida deve ser feita pelo menos duas vezes em cada consulta, preferencialmente no braço direito e com a criança sentada;
- c) o método de preferência é o auscultatório, precedido pelo palatário, e o manguito ideal é o de coluna de mercúrio;
- d) o manguito deve ser insuflado cerca de 20 a 30 mmHg acima da PA sistólica estimada e desinsuflado a 2 mmHg por segundo;
- e) a largura do manguito deve ser 40% da circunferência do braço, na metade da distância entre o acrômio e o olecrano;
- f) o comprimento deve envolver 80 a 100% da circunferência do braço.

Quadro 18: Técnicas de aferição em crianças.

Fonte: do autor.

Você costuma seguir tais requisitos quando vai aferir uma criança?
Como se dá esse procedimento na sua ULS?

Conforme o tamanho de cada criança, é necessário usar o manguito adequado. Existe uma variedade disponível para aferição da PA conforme idade e local de aferição (Quadro 19).

	LARGURA (CM)	COMPRIMENTO (CM)	CIRCUNFERÊNCIA MÁXIMA DO BRAÇO(CM)
Recém-nascido	4	8	10
Lactentes	6	12	15
Crianças	9	18	22
Adulto pequeno	10	24	26
Adulto	13	30	34
Adulto grande	16	38	44
Coxa	20	42	52

Quadro 19: Parâmetros de adequação de manguito.

Fonte: do autor.

A PA sistólica deverá ser anotada na I fase de Kortkoff e a diastólica na V. Caso os sons sejam audíveis até a pressão 0, a fase IV também deverá ser marcada.

A classificação da pressão deverá ser realizada de acordo com a idade, sexo e percentil de altura, medida em três ocasiões diferentes (ver quadro 20).

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 5mmHg.
HAS estágio 2	PAS e/ou PAD em percentis >99 acrescidos de 5mmHg.

Quadro 20: Classificação da pressão.

Fonte: do autor.

Para tabelas com percentuais de pressão por idade, sexo e altura, acesse os **gráficos** de níveis de Pressão Arterial para meninos e meninas conforme segue:

Os gráficos acima são do NCHS e devem ser utilizados apenas para a classificação da pressão arterial da criança e para a avaliação da estatura para maiores de 5 anos. Para menores de 5 anos, deve se utilizar as curvas da OMS.



Saiba Mais

Sobre níveis de pressão arterial, consulte:

a) tabelas de níveis de Pressão Arterial para percentis 90 e 95 para meninos de 1 a 17 anos;

HIPERTENSION. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/modules/module3/text/bloodpressure.htm>>.

Acesso em: 12 dez. 2009.

b) tabelas de níveis de Pressão Arterial para percentis 90 e 95 para meninas de 1 a 17 anos;

HIPERTENSION. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/modules/module3/text/bloodpressure.htm>>.

Acesso em: 12 dez. 2009.

5.1.4 Exame da Visão

O exame dos olhos deve ser realizado, a partir do período neonatal, em toda consulta de puericultura (ASSIS et al, 2006, CORSO; VITERITTE; PERES, 2004, RICARDO; CALDEIRA; CORSO).

Confira os procedimentos de avaliação ocular a seguir.

- a) Nascimento aos 3 anos (ver quadro 21):

História ocular

Aparentemente, seu filho enxerga bem?

Seu filho traz objetos próximos à face para tentar focalizá-los?

Os olhos de seu filho parecem normais, tortos, agitados, ou preguiçosos?

Os olhos de seu filho parecem incomuns?

As pálpebras de seu filho caem ou uma delas tende a fechar?

Seu filho já machucou o olho alguma vez?

Inquirir ainda sobre problemas oftalmológicos ou uso de óculos precocemente ou em período pré-escolar por familiares.

Exame físico

- a) Avaliação da visão;
- b) Inspeção externa de olhos e pálpebras;
- c) Avaliação da motilidade ocular;
- d) Teste de cobertura cruzada;
- e) Random dot E stereo test;
- f) Este do reflexo vermelho simultâneo (Teste de Bruckner);
- g) Exame das pupilas;
- h) Exame dos reflexos vermelhos.

Quadro 21: Avaliação ocular do nascimento aos três anos.

Fonte: do autor.

- b) Acima de 3 anos (ver quadro 22):

História ocular

Aparentemente, seu filho enxerga bem?

Seu filho traz objetos próximos à face para tentar focalizá-los?

Os olhos de seu filho parecem normais, ou tortos, ou agitados, ou preguiçosos?

Os olhos de seu filho parecem incomuns?

As pálpebras de seu filho caem ou uma delas tende a fechar?

Seu filho já machucou o olho alguma vez?

Inquirir ainda sobre problemas oftalmológicos ou uso de óculos precocemente ou em período pré-escolar por familiares.

Exame físico

- a) Avaliação da visão;
- b) inspeção externa de olhos e pálpebras;
- c) avaliação da motilidade ocular;
- d) teste de cobertura cruzada;
- e) random dot E stereo test;
- f) teste do reflexo vermelho simultâneo (Teste de Bruckner);
- g) exame das pupilas;
- h) exame dos reflexos vermelhos;
- i) aferição da acuidade visual por método apropriado para a idade;
- j) letras de Snellen;
- k) números de Snellen;
- l) tumbling E;
- m) HOTV;
- n) testes de figuras.

Quadro 22: Avaliação ocular acima de três anos.

Fonte: do autor.

Os pacientes de alto risco para problemas oftalmológicos – como prematuros extremos; história 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 com anormalidades visuais, deverão ser encaminhados ao oftalmopediatra.

Pacientes que apresentarem anormalidades nos procedimentos acima, comprovados ou suspeitos, ou aqueles que, após duas tentativas de realização dos exames, não se conseguiram resultados adequados também devem ser encaminhados (CORSO; VITERITTE; PERES; 2004).

5.1.5 Audição

O exame auditivo deve ser efetuado, a partir do período neonatal, em toda consulta de puericultura. Veja o que investigar:

- 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 as seguintes aquisições descritas a seguir, no quadro 23:

Fim do 1º trimestre

Bebê acorda ou assusta com barulho intenso, acalma com a voz da mãe, sorri e produz sons.

Fim do 2º trimestre

Balbuca, produz sons com variação de entonação, procura ou vira sua cabeça em direção a voz.

9 meses

Emite sílabas isoladas (má, pá), vira a cabeça rapidamente ao ser chamado, aumenta o balbucio na presença de pessoas.

12 meses

Reconhece ordens simples (dá tchau, joga beijo, bate palma), emite sílabas repetidas (mama, papa).

24 meses

Aumenta intensamente o vocabulário, combina duas a três palavras (dá bola).

Quadro 23: Exame auditivo em consulta de puericultura.

Fonte: do autor.

- d) realizar avaliação objetiva, se qualquer destes estiver alterado;
- e) realizar avaliação objetiva em toda criança por volta dos 4 a 5 anos.

5.1.6 Avaliação Desenvolvimento-Comportamental

Para realizarmos a avaliação de desenvolvimento-comportamental em toda consulta de puericultura, devemos avaliar o progresso do desenvolvimento da criança; se há relação de ternura entre criança, pais e outros cuidadores; mutualidade entre pais e criança; adaptação da família à criança; padrão de sono regular; comportamento de autoconforto; parceria entre família e profissional de saúde; e confiança.

5.1.7 Evidências em Relação aos Exames Laboratoriais de Rotina

Outra maneira de avaliar a criança é mediante exames laboratoriais, que são aliados confiáveis quando houver alguma suspeita ou risco, mas não evidência visual segura. Veja a seguir, no quadro 24, os exames que devem ser repetidos frequentemente:

Hemoglobina ou hematócrito

- a) Realizar dosagem de hemoglobina ou hematócrito **entre os 6 e 12 meses**;
- b) hemograma completo ou exames seriados em crianças assintomáticas não são recomendados.

Avaliação do colesterol

- a) Deverá ser realizado em toda criança com idade igual ou maior de 2 anos e história familiar positiva para hipercolesterolemia familiar ou cuja história familiar não pode ser obtida;
- b) História familiar positiva: Parentes de primeiro grau (pais ou irmãos adultos) com colesterol total pré-tratamento maior ou igual a 300mg/dl ou doença coronariana antes dos 55anos (homem) e 65 anos (mulher);
- c) Avaliação inicial: Dosagem do colesterol total (não necessariamente de jejum);
- d) Na presença de fatores de risco como diabetes, hipertensão, obesidade, sedentarismo, tabagismo ou até os 10 anos quando todas as crianças deverão ter o colesterol.

Quadro 24: Exames que devem ser repetidos frequentemente.

Fonte: do autor.

Os parâmetros para avaliar a dosagem do colesterol total detectado no exame são apresentados no quadro 25, a seguir. Observe as alterações no colesterol total:

Se colesterol total for maior que 200mg/dl:

- Solicitar lipidograma de jejum com HDL, triglicerídeos e LDL calculado.
- O paciente deverá fazer jejum de 9 à 12h.

Se LDL for maior ou igual a 164mg/dl:

- Encaminhar paciente para cardiologista ou endocrinologista pediátrico.

Se o LDL for limítrofe (155-175mg/dl):

- Uma nova amostra deverá ser colhida sendo realizado a média entre os dois valores. Deverá ser colhida amostra de familiares.

Quadro 25: Parâmetros para avaliar a dosagem do colesterol.

Fonte: do autor.

Os valores de referência lipídica propostos para crianças de 2 a 19 anos, estão indicados no tabela 26, a seguir, que são:

Tabela 26: Valores de referência lipídica propostos para crianças de 2 a 19 anos.

Fonte: do autor.

LÍPIDES	DESEJÁVEIS (MG/DL)	LIMÍTROFES (MG/DL)	AUMENTADOS (MG/DL)
CT	<150	150-169	>=170
LDL-C	<100	100-129	>=130
HDL-C	>=45		
TG	<100	100-129	>=130



Veja como calcular os valores de referência lipídica propostos para crianças de 2 a 19 anos:

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p.105-114, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000100011>. Acesso em: 12 fev. 2010.

5.1.8 Triagem Metabólica Neonatal

A triagem neonatal (TN) é um dos vários programas de rastreamento populacional que objetiva identificar recém-nascidos, aparentemente sem manifestações clínicas, que apresentam riscos de determinadas doenças, viabilizando a detecção precoce delas. A precocidade do diagnóstico possibilita o tratamento adequado, ainda nos primeiros meses de vida, fator preponderante para a prevenção do aparecimento de sequelas que poderão prejudicar o desenvolvimento infantil.

A realização sistemática da TN de distúrbios metabólicos é obrigatória em todos os estados, conforme as orientações do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), do Ministério da Saúde. Dentre os métodos de triagem, o PNTN recomenda a coleta de amostra de sangue por meio da punção do calcanhar em papel-filtro (teste do pezinho), colhido preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida. As crianças internadas por algum tempo após o nascimento poderão ter a coleta protelada até 30 dias de vida (NORTHERN e DOWNS, 2005, BRASIL, 2002).

a) Teste do Pezinho

No Estado de Santa Catarina, o Laboratório Central é responsável pela execução dos exames, qualificado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para o diagnóstico de cinco patologias, ou seja, Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística e Hemoglobinopatias (ver figura 14) (MATTOZO e SOUZA, 2005).

A maioria dessas doenças pode ser tratada com sucesso, desde que sejam identificadas antes mesmo de manifestarem seus sintomas. Assim, todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao teste entre o 3º e o 30º dia de vida (MATTOZO e SOUZA, 2005), mas idealmente, do 3º ao 5º dia de vida.

b) Teste Tuberculínico

O teste deve ser efetuado em qualquer paciente suspeito de ter tuberculose ativa e nos imigrantes de área endêmica. As crianças em co-domicílio ou com contato íntimo com pessoas sabidamente tuberculosas ou crianças expostas a outras categorias de risco e indivíduos em grupo de alto risco devem fazer o teste tuberculínico.

5.1.9 Imunizações

Imunizar é sinônimo de tranquilidade para os pais e garantia de saúde para os filhos. Dentre as ações de prevenção de doenças, encontra-se a imunização. É importante que o profissional da equipe Saúde da Família reconheça o impacto clínico e epidemiológico de proteger as crianças contra doenças infecto-contagiosas por meio das vacinações. **É importante que o profissional mantenha uma rotina de:**

- a) fazer ou checar as vacinas que estão no calendário vacinal do Ministério da Saúde;
- b) orientar e estimular a realização das vacinas para completar o calendário vacinal sugerido pelo Ministério da Saúde.



Saiba Mais

Para obter maiores informações a respeito do tema acesse:

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário básico de vacinação da criança. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462>. Acesso em: 12 dez. 2009.

Considerações gerais importantes sobre imunização:

- a) tornar acessível a todas as crianças com idade até 05 anos

completos, priorizando crianças menores de 01 ano com a vacinação Sabin, BCG, Hepatite B, Tetravalente e 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 vacina tríplice viral e a vacina contra varicela; e 15 dias entre a vacina 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, apazando, na Caderneta de Saúde, os próximos retornos. Devemos sempre levar em consideração 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 que a vacina protege; quais as reações que a vacina pode causar e o que fazer; quanto à data de retorno para nova dose;
- f) obter informações sobre o estado de saúde da criança e proceder da seguinte forma: adiar a vacinação, em caso de doença febril aguda, com temperatura acima de 38,5°C; em crianças em tratamento com imunossupressores (corticoterapia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia etc.), 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 poderia 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; história de hipersensibilidade ao componente da vacina; presença de neoplasia maligna; tratamento com corticoides, em dose imunossupressora; tratamento com outras terapêuticas imunossupressoras.



Saiba Mais

Para complementar seus conhecimentos, consulte o seguinte manual:

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário básico de vacinação da criança. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462>. Acesso em: 12 dez. 2009.

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

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, estudamos as evidências no rastreamento de doenças através de exames de rotina na puericultura, a avaliação da imunização e outras questões relevantes para o acompanhamento das crianças do seu território.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. A. A.; et. al. Sobrepeso e baixo peso em crianças de 7 à 9 anos de idade de Florianópolis, Sul do Brasil: uma comparação com estudo francês usando protocolo similar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n. 3, Maio/Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300001>. Acesso em: 14 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de triagem neonatal: legislação 2002**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2006.

CORSO, A. C. T.; VITERITTE, P. L.; PERES, M. A. Prevalência de sobrepeso e sua associação com a área de residência em crianças menores de 6 anos de idade matriculadas em creches públicas de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2004000200009&script=sci_arctext>. Acesso em: 16 jan. 2010.

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.

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.

NORTHERN, J. L, DOWNS, M. P. Audição em crianças. In: _____. **Triagem auditiva em crianças**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005. p. 209-43.

RICARDO, G. D.; CALDEIRA, G. V.; CORSO, A. C. T. Prevalência de sobrepeso e obesidade e indicadores de adiposidade central em escolares de Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 1-12, 2009.

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.

UNIDADE 6

MÓDULO 5

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

Para um atendimento integral à saúde da criança, é preciso, além das ações de promoção e prevenção, resolutividade frente aos principais agravos à saúde da criança. O médico da equipe Saúde da Família tem que lidar com segurança com os problemas mais prevalentes.

É preciso conhecer os principais sinais de alerta na avaliação da criança e saber quais condutas tomar diante das alterações.

Nesta unidade, vamos conhecer alguns dos problemas mais comuns na atenção à saúde da criança, e aprender que a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma ferramenta importante na avaliação dos sinais de gravidade.

Seu objetivo de estudo nesta unidade é o de conhecer os principais agravos à saúde da criança e identificar os principais fatores de risco relacionados.

6.1 Problemas mais Comuns no Recém-Nascido e Lactente

Os problemas mais comuns encontrados nos recém-nascidos e nos lactentes serão abordados nesta seção de estudo:

6.1.1 Obstrução Nasal

- a) pode estar presente a partir dos primeiros dias do nascimento, e é causa frequente de atendimento;
- b) obstrução pode ser intensa a ponto de causar esforço respiratório;
- c) realizar exame físico detalhado;
- d) na ausência de outras alterações, orientar a mãe quanto à benignidade do quadro;
- e) prescrever o soro fisiológico nasal para lavar as narinas.

Modo de usar: meio conta-gotas em cada narina sempre que necessário;

- f) contraindicar o uso de qualquer tipo de vasoconstritor nasal.

6.1.2 Conjuntivite Química Neonatal

- a) hiperemia conjuntival, edema palpebral e secreção ocular geralmente bilateral, secundária ao uso do nitrato de prata utilizado para prevenção da conjuntivite gonocócica;
- b) pode evoluir para conjuntivite bacteriana com secreção purulenta franca;

Orientar a limpeza dos olhos com soro fisiológico várias vezes ao dia;

- c) na presença de contaminação bacteriana secundária, o tratamento pode ser feito com colírio à base de aminoglicosídeos (gentamicina ou tobramicina).

Posologia: 1gota de 2/2 horas em cada olho no primeiro dia, de 3/3 horas no segundo dia e, a partir daí, de 4/4 horas até completar 10 dias de tratamento.

6.1.3 Refluxo Gastroesofágico (RGE)

Os pais devem ser orientados sobre a natureza benigna do refluxo fisiológico. Devem-se recomendar medidas posturais: berço elevado, não amamentar deitado, permitir que a criança arrote sempre que mamar, evitar deitar o Recém-Nascido (RN) logo após as mamadas. Evitar o uso do bebê-conforto. Não se recomenda mais decúbito lateral nos lactentes, devido ao risco maior de morte súbita.

Na presença de sinais e sintomas sugestivos de refluxo patológico sem melhora com orientação, deve-se realizar a propedêutica específica e iniciar medicação antirrefluxo.



Na Prática

É importante saber diferenciar Refluxo gastroesofágico (RGE) fisiológico de Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE):

- a) O RGE fisiológico refere-se à presença de refluxo em crianças saudáveis e que não apresentam complicações. Vômitos recorrentes estão presentes em 50% dos lactentes nos primeiros três meses, em 60 a 70% aos 4 meses e em 5 a 10% no final do primeiro ano.
- b) A DRGE (refluxo patológico) inclui: dor abdominal, dor retroesternal, pirose, recusa alimentar, irritabilidade, hiperextensão do pescoço durante as mamadas, hematêmese, anemia e baixo ganho pondero-estatural. Pode estar associado a doenças respiratórias crônicas como asma, estridor, tosse crônica, pneumopatias recorrentes e rouquidão.

6.1.4 Cólicas do Recém-Nascido (RN)

- a) episódios repetidos de choro e irritação em intensidades suficientes para causarem dificuldades e apreensão familiar;
- b) as cólicas são resultantes da imaturidade do funcionamento intestinal;
- c) podem estar relacionadas com a deglutição excessiva de ar durante a mamada, “pega incorreta”, ou com a introdução de outros tipos de alimentos, como leite de vaca e chás;
- d) orientar quanto ao caráter benigno do fato, que pode ocorrer nos três ou quatro primeiros meses de vida. É importante que a ligação mãe-bebê seja a mais tranquila possível;
- e) medicações que diminuem o peristaltismo intestinal são contraindicadas. Há recomendação empírica de uso de analgésicos (DUNCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004);
- f) sinal de alerta: na presença de dor e distensão abdominal, acompanhada de fezes com sangue, a criança deve ser encaminhada imediatamente para um serviço de referência. Suspeitar de alergia alimentar com o choro logo após as mamadas.

6.1.5 Granuloma Umbilical

- a) tecido de granulação com secreção serosa e hemorrágica que aparece após a queda do cordão no fundo da cicatriz umbilical;
- b) tratamento: aplicar o bastão de nitrato de prata a 10% no fundo da lesão, duas vezes ao dia até a cicatrização. O procedimento deve ser realizado pelo médico ou enfermeiro;
- c) avaliar a possibilidade de persistência do ducto onfalomesentérico ou do úraco se após a regressão do granuloma for observada presença de líquido no umbigo.

6.1.6 Hérnia Umbilical

- a) tumoração umbilical, redutível e indolor, determinada pela falta de fechamento do anel umbilical em grau variável;
- b) a cirurgia deve ser indicada em casos de hérnias muito grandes, em que não se observa tendência para involução após o 2º ano de vida.

6.1.7 Hérnia Inguinal

- a) tumoração na região inguinal que surge, geralmente, durante o choro ou qualquer esforço. Quando estrangulada, torna-se irreductível e muito dolorosa. Neste caso, a criança apresenta-se pálida, agitada e com vômitos frequentes. O estrangulamento é mais comum em recém-nascidos, prematuros e lactentes jovens;
- b) a conduta é sempre cirúrgica. Quando ocorre o estrangulamento, deve-se tentar inicialmente a redução manual. Caso não seja possível a redução manual, a herniorrafia deverá ser realizada com urgência.

6.1.8 Onfalite

- c) edema, hiperemia e secreção fétida na região periumbilical;
- d) encaminhar o recém-nascido para serviço de referência devido ao risco iminente de sepse neonatal. O encaminhamento, nesses casos, deve ser feito independentemente da presença de sinais gerais de perigo.

6.1.9 Impetigo

- a) lesões vesiculosas com secreção purulenta e base hiperemiada. A extensão do acometimento pode ser variada;
- b) o recém-nascido com impetigo de pequena extensão e sem nenhuma outra alteração pode ser tratado topicamente, removendo as crostas com água morna e sabão. Usar pomadas tópicas (neomicina, mupirocina, ácido fusídico);
- c) nos casos de grande extensão das lesões e sintomas sistêmicos, usar antibiótico oral (cefalexina ou eritromicina). Se sinais de gravidade, o recém-nascido deve ser encaminhado para um atendimento de maior complexidade.

6.1.10 Monilíase Oral e Perineal

- a) placas esbranquiçadas na mucosa oral, que, ao serem removidas, deixam bases eritematosas;
- b) normalmente há monilíase perineal associada;
- c) tratamento da monilíase oral: nistatina solução oral, 1ml nos cantos da boca de 6/6 horas, por 10 dias. Se resistente, usar miconazol gel oral;
- d) se em uso de mamadeira ou bico, lavar com água e sabão e ferver mais vezes;
- e) tratamento da monilíase perineal: nistatina ou miconazol tópico na região das fraldas após cada troca.

6.2 Avaliação dos Principais Problemas Infeciosos na Criança

Ao nascer, a criança passa de um meio asséptico, dentro do útero da mãe, para outro cheio de micro-organismos. O normal é que alguns destes micro-organismos comecem a crescer na criança. Efetivamente, a digestão normal depende da presença de certas bactérias que vivem no intestino durante a primeira infância. No entanto, alguns micróbios presentes no ambiente podem causar doenças. Os prematuros são especialmente vulneráveis a certas bactérias prejudiciais porque o seu sistema imunitário ainda não está desenvolvido. Além disso, devem ser submetidos a mais tratamentos e procedimentos do que outras crianças e, portanto, correm maiores riscos de contraírem infecções (MANUAL edição de saúde para a família, 2009).

Por este motivo, vamos analisar a seguir alguns problemas infecciosos comuns na criança:

6.2.1 Avaliação da Criança com Febre

A febre é a causa mais comum de procura a serviços de saúde na faixa pediátrica. Não tratamos a febre, mas sim seus sintomas. É importante explicar isso aos pais para evitar a “febrefobia”.

Há argumentos favoráveis e contrários ao tratamento da febre em Duncan; Schmidt; Giugliani (2004). Em geral, a febre de grau moderado parece melhorar a resposta imunológica. Em altas temperaturas, todavia, esses efeitos podem desaparecer ou mesmo reverter. Lembre-se de que a febre altera a avaliação dos dados vitais.

Recomenda-se tratar a febre principalmente quando estiver acima de 40°C; houver história de convulsões, doença cardiopulmonar, renal, neurológica aguda ou metabólica; idade entre seis meses e três anos e indicação relativa à idade inferior a cinco anos; se houver desconforto do paciente (algumas crianças sentem-se bem mesmo com temperatura elevada).

6.2.2 Antipiréticos

Acetaminofeno

- a) é o antipirético mais usado e mais seguro na infância;
- b) o mais conhecido é o Paracetamol;
- c) usar com cautela em crianças que utilizam medicamentos com metabolismo hepático (anticonvulsivantes), na diabetes e em hepatopatias;
- d) efeito antipirético: 30 a 60 min, com pico em 3h;
- e) dose: menores de 12 anos: 10 a 15 mg/kg, a cada 4 a 6 horas. Em recém-nascidos não se deve ultrapassar a dose de 10-15 mg/g a cada 6 a 8 horas;
- f) intoxicação: a partir de 140 mg/kg, risco de necrose hepática, renal e miocárdica. Dose média: uma gota/kg/vez.

Ibuprofeno

- a) é um antiinflamatório não-esteróide;
- b) não deve ser usado em asmáticos e na varicela;
- c) efeito antipirético: 30 a 60 min, mas tem duração mais prolongada (6 a 8h);
- d) dose: 6 meses a 12 anos: 5 a 10mg/kg a cada 6 a 8 horas, não devendo ultrapassar 40mg/kg/dia.

Dipirona

- a) não é recomendada pelo Food and Drug Administration para o tratamento da febre em crianças, pelo risco de causar anemia aplásica. Mas há estudos em diversos países que este fármaco é seguro (KUNKEL; OLIVEIRA; PERES, 2009);
- b) muito usado no manejo da febre nos casos de convulsão febril ou impossibilidade de via oral por ser o único antipirético para uso parenteral em nosso meio;
- c) é eficaz e com ação mais duradoura que o acetaminofeno;
- d) dose: 10-25 mg/Kg/dose. Na prática: número de gotas/vez = 3/4do peso em Kg.

Ácido Acetilsalicílico

- a) não tem indicação para o tratamento da febre na criança;
- b) pode precipitar a síndrome de Reye, irritação e hemorragia gástrica, edema, rinite e broncoespasmo (KUNKEL; OLIVEIRA; PERES, 2009).

ATENÇÃO: Não é recomendado alternar antipiréticos, pelo risco de intoxicação e nefrite. Não há estudos comprovando superioridade terapêutica da associação de dois fármacos.

6.2.3 Medidas Não-Farmacológicas no Manejo da Febre

Medidas não-farmacológicas no manejo da febre (ver quadro 27):

- a) busca-se a redução da febre e não a normalização da temperatura;
- b) usa-se associado aos antipiréticos ou nas situações em que estes são contraindicados (lesões hepáticas graves, coagulopatias, sangramento digestivo, etc.);
- c) resfriamento externo. Recomendam-se compressas ou espojamento (fricção da pele com esponja) de água morna (30° C);
- d) hidratação;
- e) repouso;
- f) roupas frescas e ambiente fresco.

AVALIAR IMEDIATAMENTE SE:

A criança tem menos de três meses de idade.

A temperatura é maior que 40,6°C.

A criança está queixosa ou tem choro inconsolável.

A criança chora ao ser tocada ou mobilizada.

Há dificuldade para acordar a criança.

A criança tem rigidez de nuca.

Há petéquias ou manchas purpúricas na pele.

Há dificuldade respiratória, mesmo depois de desobstruídas as narinas.

A criança está salivando e não consegue engolir nada.

Ocorreu uma crise convulsiva.

A criança parece estar muito doente.

AVALIAR DENTRO DE 24H SE:

A criança tem entre três e cinco meses de idade.

A temperatura é maior do que 40o C.

Há disúria.

A febre tem mais de 24h sem que tenha aparecido uma causa óbvia ou sinal de localização.

A febre desapareceu por mais de 24h e retornou.

A febre está presente há mais de 72h, mesmo com sinais de localização.

Quadro 27: Manejo da febre.

Fonte: Duncan; Schmidt; Giugliani, 2004.

Em crianças menores de 36 meses de idade, há maior risco de bacteremia oculta e infecções graves.

Febre de origem indeterminada: febre por mais de duas semanas sem etiologia discernível pela anamnese, exame físico e investigação laboratorial inicial.

Veja, a seguir, como efetuar a avaliação dos principais problemas infecciosos na criança.

6.2.4 Infecções Respiratórias Agudas Mais Comuns na Criança

O número de episódio de infecção respiratória aguda em crianças residentes em zona rural é de dois a quatro por ano e, entre as residentes em zonas urbanas, de cinco a oito por ano.

As infecções respiratórias agudas mais comuns nas crianças são:

Resfriado Comum (Rinofaringite)

- a) explicar que crianças pré-escolares apresentam de três a nove episódios de resfriado por ano;
- b) tratamento: sintomático para alívio da dor e febre, soro fisiológico nasal (para obstrução nasal) e ingestão adequada de líquidos (favorece a eliminação das secreções).

Síndrome Gripal (Vírus Influenza)

- a) febre mais dor de garganta ou tosse;
- b) sintomáticos;
- c) afastamento (transmissão por sete dias desde o início dos sintomas).



Saiba Mais

Visite o site da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) e leia sobre protocolos e notas técnicas em Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/>>.

Laringite

- d) resfriado que progride para rouquidão e prostração, acompanhado ou não de febre;
- e) a administração de corticosteroide (0,75 a 2 mg/kg de prednisolona VO) é hoje considerada o tratamento-padrão e pode evitar hospitalizações (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004);
- f) nebulização com adrenalina pode aliviar rapidamente os sintomas. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Bronquiolite

- a) ocorre quase que exclusivamente em crianças de até dois anos de idade;
- b) inicia com quadro de rinofaringite aguda e evolui com febre, taquipneia e chiado no peito, com sibilos e roncos;
- c) os quadros leves a moderados podem ser tratados em casa com hidratação e antitérmicos e monitoração pela equipe de saúde. Melhora em uma a três semanas. Os corticoides não mostram benefícios em quadros leves e moderados;
- d) se houver sinais de gravidade (cianose, dificuldade respiratória importante, sinais de descompensação cardíaca ou circulatória), está indicada a hospitalização.

Otite Média Aguda (OMA) 1

- a) estudos apontam que crianças maiores de dois anos que não apresentem fatores de risco, que estejam em boas condições clínicas, que não apresentem complicações, que estejam sem

febre e com pouca dor podem não precisar de antibióticos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008);

- b) crianças abaixo de dois anos: Tratar sempre. Usar amoxicilina 40 a 60 mg/kg/dia, de 12 em 12 horas, durante 7 a 10 dias (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004, CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006, DYNAMED EDITORIAL TEAM, 2009);
- c) crianças acima de dois anos: é indicado apenas o manejo sintomático (analgésicos). Antibiótico imediato apenas quando indicado ou quando não puder reexaminar em 24, 48 ou 72 horas dependendo da idade. Usa-se amoxicilina nas mesmas doses por um período mais curto (AAP, 2004). Cinco dias são suficientes para se tratar (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008, SORE..., 2009);
- d) para pacientes alérgicos à penicilina, pode ser prescrito um macrolídeo como a azitromicina 10 mg/kg/dia durante 5 dias (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006, DYNAMED EDITORIAL TEAM, 2009, SORE..., 2009);
- e) em caso de insucesso do tratamento passadas 72h, pode-se usar (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006):

amoxicilina com clavulanato – 90/6,4 mg/kg/dia, de 12 em 12h, por 10 dias;

cefuroxima – 30 mg/kg/dia, de 12 em 12 horas, durante 10 dias;

caso a criança se apresente com otite média aguda e tenha usado amoxicilina nos últimos 30 dias pelo mesmo motivo, as opções são Amoxicilina em dose alta 90mg/kg, ou Amoxicilina com Clavulanato ou cefuroxima nas doses anteriormente descritas para o insucesso de tratamento após 72h.

Sinusite Aguda

- a) o uso de antibióticos não é necessário na grande maioria dos casos de sinusite aguda. Sendo assim, é indicado apenas o tratamento sintomático (p. ex. paracetamol);

- b) evidências de ensaios clínicos randomizados demonstram benefícios limitados em termos de melhora clínica e cura com o uso de antibiótico. Entretanto, esses benefícios parecem ainda menores na atenção primária, sendo necessário o tratamento de 7 a 15 pessoas para o benefício de um caso;
- c) portanto, a maioria dos autores conclui que, considerando os riscos potenciais, o uso rotineiro de antibióticos não é justificável (AHOVUO-SALORANTA et al., 2009, ARROLL; KENEALY, 2006, FALAGAS et al., 2008, ROSENFELD; SINGER; JONES, 2007, YOUNG et al., 2008);
- d) o uso de antibióticos pode ser indicado em (SORE..., 2009, DYNAMED EDITORIAL TEAM, 2009, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008):

pacientes com secreção nasal purulenta persistente e dor facial sem melhora depois de sete dias;

pacientes com sintomas graves de rinossinusite ou manifestações sistêmicas independente de sua duração;

pacientes com alto risco de complicações devido a **comorbidades**⁴ como doenças cardíaca, pulmonar, renal, hepática ou neuromuscular significantes; imunossupressão; fibrose cística.

- e) as bactérias envolvidas no desencadeamento da sinusite são as mesmas que causam otite média aguda, conseqüentemente, os antibióticos são os mesmos, sendo também a amoxicilina a primeira escolha. Há evidências de que o uso de amoxicilina durante cinco dias é tão efetivo quanto o uso de dez dias. Em caso de alergia, também pode ser indicado um macrolídeo (DYNAMED EDITORIAL TEAM, 2009);
- f) é importante ressaltar que sinusite antes dos três anos de vida é de difícil diagnóstico. Lembramos que os seios maxilares se desenvolvem entre 18 e 24 meses e os frontais entre 5 e 7 anos. Lembramos também que Rx de seios da face não são exemplares para o diagnóstico. O diagnóstico da sinusite aguda é clínico (SORE..., 2009, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008);
- g) deve-se informar os pacientes sobre o curso natural da sinusite aguda, que dura em média 2,5 semanas até sua resolução (semelhante aos resfriados comuns) e, ainda, a sinusite é comumente causada por vírus, sendo desnecessário o uso de antibióticos que podem ainda causar efeitos adversos (SORE..., 2009).

O termo é formado pelo 4 prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas. É considerada tanto a presença de um ou mais distúrbios em adição a um distúrbio primário, quanto ao efeito desses distúrbios adicionais. In: <<http://www.vivasemdrogas.com.br/comorbidades.html>>

Faringo-Amigdalite

- a) Sinais e sintomas sugestivos de faringite estreptocócica, segundo a idade.

Acompanhe o quadro 28, a seguir, que traz os achados clínicos em crianças pequenas e escolares.

ACHADOS CLÍNICOS	CRIANÇAS PEQUENAS	ESCOLARES
Adenite cervical	++++	+++
Exsudato	?	++
Febre	++	++
Dor abdominal	++	++
Dor de garganta	Não usual	++
Coriza	++	Não usual

Quadro 28: Achados clínicos em crianças pequenas e escolares.

Fonte: do autor.

- b) como a diferenciação entre faringite viral e estreptocócica é muito difícil, o critério diagnóstico de escolha é cultura de orofaringe;
- c) considerar na decisão de tratar:
- cultura, se disponível;
 - presença de sinais e sintomas que indicam alta probabilidade da doença (tabela acima);
 - história de caso recente na família;
 - história de febre reumática no passado;
 - presença de *diabetes melito* ou doenças que levam à imunodepressão.
- d) partir do pressuposto baseado em evidência de que essas doenças não precisam ser tratadas em crianças com idade inferior a dois anos;
- e) quanto aos maiores de dois anos, as opções terapêuticas são as seguintes (SORE..., 2009, DYNAMED EDITORIAL TEAM, 2009, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008):

penicilina Benzatina – 50.000 ui/kg/IM profundo em dose única;

amoxicilina – 40 a 60 mg/dia divididas em duas a três doses em 24h. Há vantagens do uso de 12 em 12 horas pela facilidade de aderência ao tratamento, sem prejuízo na eficácia. O uso dessa opção terapêutica implica o prolongamento até 10 dias. Embora a cura se dê em período curto de tratamento, a erradicação se dá ao final de 10 dias;

fenoximetilpenicilina – 50.000 a 100.000 ui/kg/dia divididas as doses para 12 em 12h. Essa penicilina não consta no documento. Estudos comparados entre a amoxicilina e a fenoximetilpenicilina apontam para uma certa vantagem da fenoximetilpenicilina em relação à amoxicilina. É um produto mais barato, bem tolerado, interfere menos na flora intestinal e pode ser usado de 12 em 12h, o que rebate as críticas do passado de que era desaconselhado por ter que ser usado de 6 em 6 horas (ASSOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA, 2009, LAN; COLFORD, 2000, REPORT..., 2009);

- f) para os alérgicos à penicilina as opções são os macrolídeos (SORE..., 2009, DYNAMED EDITORIAL TEAM, 2009, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008):

eritromicina – 50mg/kg/dia de 8 em 8h durante 10 dias;

azitromicina – 10 mg/kg/dia de 24 em 24h durante 5 dias.

Pneumonias

- a) o diagnóstico pode ser clínico, os sinais mais indicativos são tosse com taquipneia e dificuldade respiratória (com tiragem subcostal);
- b) a radiografia de tórax, se disponível, é útil para confirmação diagnóstica e avaliação da extensão da doença;
- c) alguns autores indicam estudo radiológico rotineiro em menores de um ano. Os demais exames complementares ajudam pouco no diagnóstico;
- d) a Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugere que os achados de taquipneia e tiragem subcostal já autorizam os clínicos a iniciarem antibioticoterapia empírica;

- e) conduta na criança com tosse e/ou dificuldade para respirar.

No quadro 29 abaixo, veja quais as condutas seguidas no caso de crianças com tosse ou dificuldades para respirar.

< 2 MESES	Com tiragem e/ou taquipneia	Pneumonia grave Hospitalizar
	Sem tiragem e sem taquipneia	Não-pneumonia Sintomáticos
2 MESES A 4 ANOS	Com tiragem	Pneumonia grave Hospitalizar
	Sem tiragem e com taquipneia	Pneumonia Antibioticoterapia domiciliar
	Sem tiragem e sem taquipneia	Não pneumonia Sintomáticos

Quadro 29: Condutas em caso de tosse ou dificuldades para respirar.

Fonte: Duncan; Schmidt; Giugliani, 2004.

- f) crianças abaixo de dois meses devem ser tratadas no ambiente hospitalar;
- g) crianças de dois meses a cinco anos com quadro agudo pós-IVAS ou pós-bacteremia devem ser classificados da seguinte forma:

pneumonia: quadro de taquipneia;

pneumonia grave: quadro de tiragens (subcostal, fúrcula, infraclavicular);

pneumonia muito grave: quadro de tiragens e toxemia.

- h) crianças que apresentam pneumonia grave e muito grave devem ser tratadas em hospitais. Cabe à Atenção Primária o manejo de crianças com Pneumonia (só taquipneia). O tratamento deve ser feito com:

amoxicilina 60 mg/kg de 8 em 8h durante 7 dias. Embora se tenha disponível a informação de que se deva usar doses maiores (80 a 90 mg/kg) para pneumonias (PRISCO, 2007), estudos comparativos recentes não demonstraram qualquer vantagem em relação à dose primeiramente referida (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006, HAIDER et al, 2009, HAZIR et al, 2007);

em pacientes alérgicos às penicilinas, pode ser indicado um agente macrolídeo como a Azithromycin 10 mg/kg no primeiro

dia seguido de 5 mg/kg uma vez ao dia até 5 dias (OSTAPCHUK et al, 2004).

- i) crianças de 5 a 14 anos, com início agudo sugestivo de pneumonia pós- IVAS devem ser tratadas como o esquema anterior, classificando em pneumonia, pneumonia grave e pneumonia muito grave. Se tiver início insidioso pensar em pneumonia atípica e usar um antibiótico da classe dos macrolídeos: Eritromicina 50 mg/kg de 8 em 8h durante 10 dias ou Azitromicina 10mg/kg/dia seguidos de 5 mg/kg/dia de 24 em 24 horas durante 5 dias (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006).

ATENÇÃO: Sempre enfatizar retorno ou procurar atendimento de urgência se sinais de alerta ou se piora do quadro, como agitação, prostração acentuada, gemidos, dificuldade respiratória progressiva e aumento da taquipneia.

6.3 Medicamentos Utilizados nas Infecções Respiratórias Agudas (IRAS)

A maioria dos medicamentos utilizados para tratar sintomas de infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) não tem efetividade comprovada e podem causar efeitos adversos. Lembre-se de que o uso abusivo de antibióticos aumenta a resistência bacteriana e interfere no diagnóstico de doenças graves.

Acompanhe a seguir os medicamentos utilizados no tratamento de sintomas de infecções relacionadas à Assistência à Saúde e as medidas mais importantes para evitar IRA.

6.3.1 Medicamentos Utilizados

Antitussígenos

- a) explicar que a tosse, na maioria das vezes, é um reflexo protetor e não deve ser suprimida;
- b) estudos não mostram evidências para seu uso, a tosse melhora mesmo com placebo, indicando que esta faz parte da evolução natural da IRA (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004);

- c) sedativos da tosse (codeína) podem excepcionalmente ser usados nos casos de tosse seca intensa que interfere no sono ou na alimentação. Ficar atento para tosse seca prolongada, que pode ser sinal de asma.

Mucolíticos e Expectorantes

- a) não há estudos que comprovem a efetividade desses medicamentos;
- b) podem conter corantes e conservantes e iodo que podem causar efeitos adversos.

Vitamina C

- a) estudos randomizados e controlados com placebo de 5000 casos de resfriado comum demonstrou que o uso de vitamina C acima de 200mg/d não reduz a incidência de IRA. Por isso não é indicado seu uso antes ou depois do início de IRA em crianças.

Antitérmicos e analgésicos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004)

6.3.2 Medidas mais Importantes para Evitar IRAS

A maioria dos medicamentos utilizados para tratar sintomas de infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) não tem efetividade comprovada e podem causar efeitos adversos. – assim, as medidas de prevenção são muito importantes, veja algumas:

- a) boa alimentação;
- b) leite materno;
- c) vacinas;
- d) evitar contato com doentes com IRA.

6.3.3 Diarreia Aguda

Ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de cinco 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 aos hábitos de higiene.

6.3.4 Anamnese

Importante perguntar se algum conhecido está com os mesmos sintomas e se há suspeita de alimento ou água contaminada, o que deve ser comunicado e investigado pela vigilância sanitária. Avaliar a gravidade dos sintomas, número de evacuações; se houve febre, perguntar sobre sinais de gravidade, como sangue e muco nas fezes.

Exame Físico

- a) é importante e tem duas funções essenciais: buscar condições de co-morbidade e estimar níveis de desidratação (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004);
- b) quando há queixa de dor abdominal, o exame do abdome é fundamental para avaliar sinais de peritonite;
- c) se houver sinais para a classificação do estado de hidratação, consultar o Manual da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância AIDPI.

Terapia de Reidratação Oral (TRO)

- a) para a criança com diarreia e desidratação leve a moderada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na Unidade Básica de Saúde (UBS), durando, em média, 4 horas;
- b) durante a reidratação, as crianças deverão ser mantidas em jejum; os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno;
- c) o soro de reidratarão oral (SRO) deve ser preparado na Unidade Básica de Saúde (UBS), e a família, orientada sobre como oferecê-lo. Ele 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;

- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro;
- h) os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro;
- i) 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/vomitou ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação.

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

- j) deve-se suspender a hidratação oral e encaminhar ao hospital na presença das seguintes condições:
 - alteração do nível de consciência;
 - vômitos persistentes (mais de 4/horas);
 - ausência de ganho ou perda de peso com 2 horas de TRO;
 - suspeita de íleo paralítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).

Medicação

Três tipos principais de medicamentos são usados em pacientes com diarreia: sintomáticos, probióticos e antimicrobianos. Vários estudos demonstram que os probióticos reduzem a duração e o volume de diarreia em pacientes com diarreia aquosa aguda. Os mais estudados são os *Lactobacillus* (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004). Os medicamentos com atividade antiperistáltica como loperamida, codeína e difenoxilato podem piorar a evolução das diarreias bacterianas e são contraindicados.

Exames

- a) exames laboratoriais rotineiros não são necessários;
- b) investigar se a diarreia persistir por mais de uma semana, em crianças que recentemente retornaram de uma viagem, ou se há sinais de gravidade.

Encaminhar

Se houver sinais de gravidade, e se não encontrar causa e a diarreia persistir por mais de três semanas.

Orientações

Orientar prevenção com lavagem de mãos após o uso de toalete e cuidados com risco de contaminações alimentares (preparo; tempo de reaquecimento). Explicar que o quadro geralmente é autolimitado e dura de dois a cinco dias.

Pela questão do tempo, muitos médicos acabam não fazendo sempre a lavagem de mãos após cada consulta, o que causa risco de adoecimento para o próprio médico e para os pacientes que forem atendidos na sequência, nos casos de causa viral.



No site do Ministério da Saúde, você tem à disposição para baixar no seu computador três manuais de orientação muito bons, são eles:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: introdução. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/aidpi1.pdf>>.

Acesso em: 11 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0029_M1.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: identificar o tratamento. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/aidpi3.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

Além desses manuais você poderá complementar seus conhecimentos com a leitura de:

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.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, apresentamos as evidências sobre as intervenções efetivas que podem ser realizadas na abordagem dos problemas mais comuns na saúde da criança. Vimos os principais sinais de alerta na avaliação da criança e quais condutas são mais eficazes diante das alterações. Aprendemos que a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma ferramenta importante na avaliação dos sinais de gravidade. Seu objetivo foi o de conhecer os principais agravos à saúde da criança e identificar os principais fatores de risco relacionados.

REFERÊNCIAS

AHOVUO-SALORANTA, A. et al. **Antibiotics for acute maxillary sinusitis**. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 3, 2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). **Pediatrics**, v. 114, n. 1, p. 85-90, Jul. 2004.

ARROLL, B.; KENEALY, T. Are antibiotics effective for acute purulent rhinitis? systematic review and meta-analysis of placebo controlled randomised trials. **British Medical Journal**, v. 333, n. 7562, p. 279, 2006.

ASSOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA (AEPED). Protocolos de infectología, 2009. Disponível em: <<http://aeped.es/protocolos/infectologia/4.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER. **Evidence based care guideline for medical management of acute otitis media in children 2 months to 13 years of age**. Cincinnati, 2006, 17 p.

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.

DYNAMED EDITORIAL TEAM. Streptococcal pharyngitis. Disponível em: <<http://www.ebscohost.com/dynamed>>. Acesso em: 20 Out. 2009.

FALAGAS, M. E. et al. Comparison of antibiotics with placebo for treatment of acute sinusitis: a meta-analysis of randomised controlled trials. **Lancet Infectious Disease**, v. 8, n. 9, p. 543-552, 2008.

HAIDER, B. A. et al. Short-course versus long-course antibiotic therapy for non-severe community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 59 months. **Cochrane Database of of Systematic Reviews**, n. 3, 2009.

HAZIR, T. et al. Comparison of standard versus double dose of amoxicillin in the treatment of non-severe pneumonia in children aged 2-59 months: a multi-centre, double blind, randomised controlled trial, **Pakistan Archives Diseases Childhood**, v. 92, n. 4, p. 291, Abr. 2007.

KUNKEL, N.; OLIVEIRA, W. F.; PERES, M. A. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 226-235, abr. 2009.

LAN, A; COLFORD, J. The impact of dosing frequency on the efficacy of

10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 105, 2000. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/2/e19>>. Acesso em: 20 Out. 2009.

MANUAL Merck: edição de saúde para a família. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D278%26cn%3D1429>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Respiratory tract infections**: antibiotic prescribing, prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. Nice Guideline, 2008. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk>>. Acesso em: 20 Out. 2009.

OSTAPCHUK et al. Community-acquired pneumonia in infants and children. **American Family Physician**, v. 70, n. 5, p. 899, Sep. 2004.

PRISCO, A. High-dose amoxicillin is the preferred treatment for outpatient management of community acquired pneumonia in children 4 mos - 4 years. **Pediatrics**, 2007. Disponível em: <<http://www.med.umich.edu/pediatrics/ebm/cats/amoxicillin.htm>>. Acesso em: 20 out. 2009.

COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. **Red Book 2009**: report p. 628-634, 2009.

ROSENFELD, R. M.; SINGER, M.; JONES, S. Systematic review of antimicrobial therapy in patients with acute rhinosinusitis. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 137, n. 3, p. S32-S45, 2007. Suppl.

SORE throat: acute management. **Clinical Knowledge Summaries**. Disponível em: <<http://www.cks.nhs.uk>>. Acesso em: 20 Out. 2009.

YOUNG, J. et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. **Lancet Infectious Disease**, v. 371, n. 9616, p. 908-914, 2008.

AUTORES

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.

Marcela Ceci Dohms

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná, com título de especialista e residência médica em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente atua com alunos da graduação de Medicina da UFSC e é médica do Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Daniela Lemos Carcereri

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), Mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é professora classe adjunto nível III, do Curso de Graduação em Odontologia e professora responsável pela área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: educação odontológica, saúde da família, atenção à criança com fissura labiopalatal, integralidade e interdisciplinaridade em saúde.

Heitor Tognoli

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde pela Fiocruz (2006). Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí (2006). Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é coordenador e professor da disciplina de Medicina de Familiar e Comunitária da Universidade do Vale do Itajaí, e vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação Médica, Formação de Recursos Humanos para o SUS, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

Leandro Pereira Garcia

Possui graduação em medicina pela Universidade de Brasília (2002) e é Pediatra com residência pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão (2004). Atualmente é pediatra da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Luiz Roberto Agea Cutolo

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Pediatria. Doutor em Educação pela mesma universidade. Professor Adjunto do Departamento de Pediatria. Professor Permanente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Coordenador das disciplinas Saúde da Família na Perspectiva Interdisciplinar e Políticas e Processos Educacionais. Pesquisador nas áreas de Educação Médica, Interdisciplinaridade, Atenção Primária da Saúde e Epistemologia das Ciências da Saúde.

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 são 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.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina

Saúde da Criança: Medicina