

Especialização Multiprofissional em Saúde da Família



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde da Criança
Enfermagem
2ª edição



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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

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

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES 1ª EDIÇÃO

Ana Izabel Jatobá de Souza

Marcela Ceci Döhms

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Astrid Eggert Boehs

Jane Cristina Anders

2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Ana Izabel Jatobá de Souza

Marcela Ceci Döhms

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Astrid Eggert Boehs

Jane Cristina Anders

Carmem Regina Delziovo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde da Criança

Enfermagem

2ª edição

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 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

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção integral à saúde da criança: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Ana Izabel Jatobá de Souza; Marcela Ceci Döhms; Daniela Lemos Carcereri. 2. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

121 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Introdução à Atenção Integral à Saúde da Criança. – Promoção e Proteção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. – Ações Relacionadas ao Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento no Âmbito da Atenção Básica. A Criança o Meio Ambiente e a Família. – Ações da Clínica e do Cuidado nos principais Agravos da Saúde da Criança. – Experiências Exitosas do Trabalho Interdisciplinar na Atenção Básica – Saúde da Criança.

ISBN: 978-85-8267-012-5

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Enfermagem da família. UFSC. II. Souza, Ana Izabel Jatobá de. III. Döhms, Marcela Ceci. IV. Carcereri, Daniela Lemos. V. Título. VI. Série.

CDU: 616-053.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

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

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Marlete Vieira

Revisão Textual: Maria Geralda Soprana Dias, Flávia Goulart

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	13
REFERÊNCIAS	17
UNIDADE 2 PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	19
2.1 Noções gerais de crescimento e desenvolvimento.....	20
2.1.1 A curva de crescimento	23
2.1.2 A avaliação do crescimento	25
2.2 Desenvolvimento neuropsicomotor.....	33
REFERÊNCIAS	38
UNIDADE 3 AÇÕES RELACIONADAS AO ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	41
3.1 Orientações relacionadas à saúde bucal.....	46
3.2 Orientações relacionadas à vacinação.....	49
3.3 Orientações sobre a alimentação da criança	57
3.3.1 Alimentação complementar para crianças menores de 2 anos.....	58
3.3.2 Alimentação para crianças não amamentadas e desmame precoce.....	60
REFERÊNCIAS	68
UNIDADE 4 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA	71
4.1 A Comunicação com a criança e a família	71
4.2 A criança e a escola	72
4.2.1 A importância de um bom começo: promoção da saúde em creches	72
4.2.2 A escola promotora de saúde: maximizando o desempenho educacional	74
4.2.3 Processo de aprendizagem	75
4.3 A família e os limites para a criança	76
4.4 Orientações importantes de prevenção para a família	77
4.4.1 Fumo	78
4.4.2 Atividade física	78
4.4.3 Televisão	79
4.4.4 Proteção contra raios ultravioletas (UV).....	79
4.4.5 Infecção de vias aéreas superiores (IVAS)	80
4.4.6 Posição para dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS)	80
4.4.7 A chupeta	81
4.4.8 Leitura para pré-escolares.....	81
4.4.9 Prevenção de acidentes	81
4.4.10 Prevenindo a violência.....	82
REFERÊNCIAS	84

UNIDADE 5 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS	
AGRAVOS À SAÚDE DA CRIANÇA	87
5.1 Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: fatores de risco relacionados aos agravos à saúde infantil	87
5.2 Problemas mais comuns no lactente	103
5.3 Problemas mais comuns no pré-escolar	105
5.4 Problemas mais comuns no escolar	106
REFERÊNCIAS	109

UNIDADE 6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR	
NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA CRIANÇA	111
6.1 Grupo domiciliar de aleitamento materno para as famílias da comunidade da Vila Vintém	111
6.2 Criança feliz, feliz a brincar	113
6.3 Equipe de Saúde Bucal aposta na parceria com escola para promover a ortodontia preventiva e interceptativa	115
REFERÊNCIAS	117

SÍNTESE DO MÓDULO	118
--------------------------------	------------

AUTORES	119
----------------------	------------

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Seja bem-vindo(a)!

Estamos iniciando mais um módulo de estudos neste curso e apesar de não considerarmos nenhum conteúdo mais importante que outro, a saúde da criança merece um olhar todo especial da equipe de saúde. Este olhar precisa ser ampliado, englobando questões relativas às condições de vida das crianças e de suas famílias na perspectiva da integralidade do cuidado.

É neste contexto que o presente módulo se ocupa em abordar os conhecimentos pertinentes à Atenção Integral à Saúde da Criança.

O conteúdo foi estruturado didaticamente para que você possa acompanhar a criança nas diferentes fases de seu crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, procurando, com isso, prepará-la para as ações clínicas diante dos agravos mais comuns na infância, assim como para o atendimento de puericultura.

Nesta abordagem, alguns assuntos foram selecionados e são trazidos aqui como prioritários para este acompanhamento, tais como: crescimento e desenvolvimento infantil, saúde bucal, imunizações, alimentação, interação da criança com o meio em que vive, discutindo-se aspectos de prevenção de acidentes e de violências, e as ações da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde da criança. A última unidade de estudo apresenta exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família - ESF e desta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, buscando reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar.

Ao longo do texto das unidades de estudo, procuramos discutir as diferentes políticas públicas de saúde vigentes em nosso país, a fim de contextualizá-lo acerca dos debates atuais sobre a Atenção Integral à Saúde da Criança na Atenção Básica. Esperamos que, ao final deste módulo, você seja capaz de visualizar na sua prática cotidiana na Atenção Básica, como este conteúdo pode auxiliá-lo para atuar na atenção integral à saúde das crianças do seu território!

Ementa

Abordagem integral à saúde da criança; humanização da assistência; trabalho interdisciplinar em equipe; promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil; ações relacionadas ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento no âmbito da Atenção Básica; a criança, o meio ambiente e a família; ações da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde da criança; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde da criança.

Objetivo geral

Compreender a atenção à saúde da criança de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à atenção integral à criança, seu crescimento, desenvolvimento e as ações da clínica e do cuidado diante dos agravos mais comuns na infância.

Objetivos específicos

- Contextualizar as políticas públicas de saúde relativas à Atenção Integral à Saúde da Criança no cenário brasileiro, reconhecendo a condição de vulnerabilidade infantil.
- Reconhecer as ações de promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil.
- Identificar as ações relacionadas ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito da Atenção Básica, com enfoque em saúde bucal, imunizações e alimentação.
- Compreender as questões que circundam a criança e os distintos ambientes em que ela vive, identificando a influência exercida pelo meio ambiente e pela família no processo saúde/doença para planejar ações que promovam qualidade de vida e segurança tanto para a criança como para sua família.
- Elencar as principais ações da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde da criança, as ações de atenção integrada às doenças prevalentes na infância e fatores de risco relacionados à saúde infantil.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Introdução à atenção integral à saúde da criança

Unidade 2: Promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil

Unidade 3: Ações relacionadas ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento no âmbito da Atenção Básica

Unidade 4: A criança, o meio ambiente e a família

Unidade 5: Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde da criança

Unidade 6: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica
– Saúde da criança

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo a este módulo!

O cotidiano de trabalho em uma unidade de saúde, apesar de não exigir tecnologias duras avançadas, possui altíssima complexidade. Só quem já trabalhou na Atenção Básica sabe dos problemas diários vivenciados pelos profissionais que nela atuam, da dificuldade do processo de trabalho integrado e em equipe, da realização de ações planejadas coletivamente e de sua conseqüente avaliação, da árdua tarefa que envolve o encaminhamento dos usuários a outros níveis de atenção, assim como outros tantos obstáculos inerentes ao dia a dia nos serviços de saúde.

Mas por que insistimos apesar de tantos problemas?

Porque fazemos parte de um movimento de mudança e de construção de cidadania, e construir saúde com a comunidade tem sido nossa bandeira de luta.

Nesse contexto de transformações, a saúde integral da criança exige um engajamento redobrado, pois precisamos estar atentos a todas as condições envolvidas no processo saúde-doença, como, por exemplo, o meio ambiente, a educação, a relação com os pais, a alimentação, os laços afetivos, uma vez que, sem esse ambiente favorável, o desenvolvimento da criança pode ser prejudicado e com isso afetar as demais fases de sua vida.

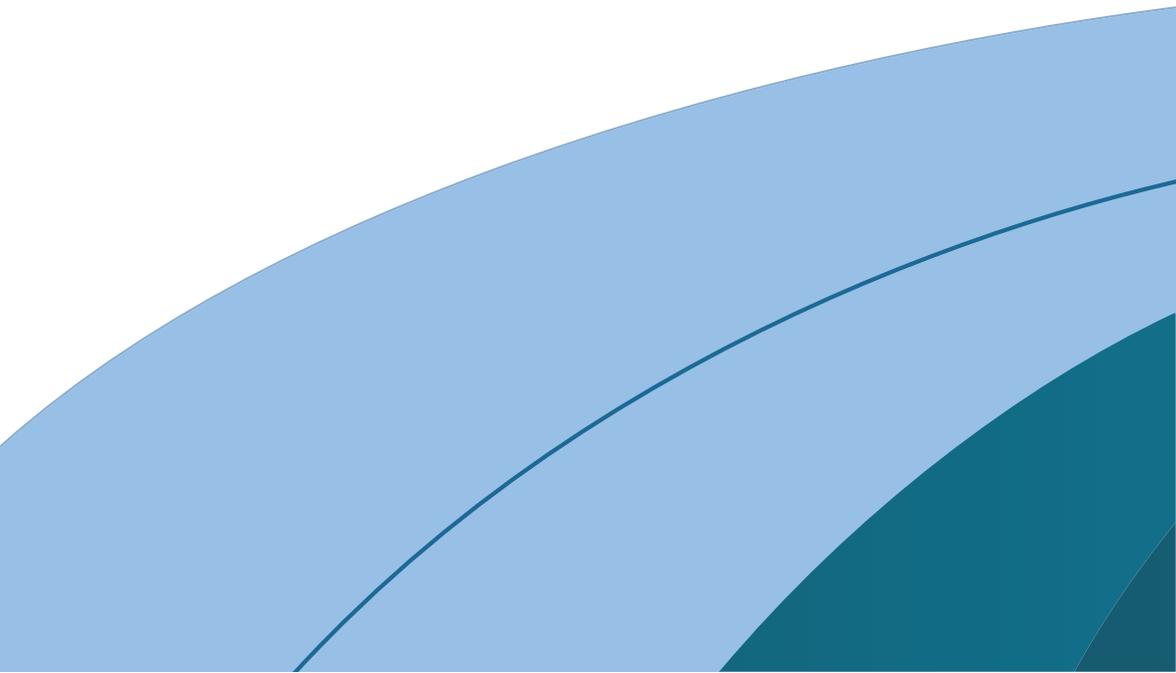
É com esse espírito de luta que convidamos você a iniciar mais um módulo de estudos deste curso de Especialização em Saúde da Família!

Bons Estudos!

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

Atenção Integral à Saúde da Criança
Enfermagem

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

No Brasil, os direitos das crianças já estão consolidados juridicamente por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) desde 1990, com a publicação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). Neste contexto, o Sistema de Saúde (SUS) recebeu como atribuição específica do ECA, promover o direito à vida e à saúde mediante a atenção integral à saúde da criança e do adolescente. Esses direitos incluem o acesso aos bens e serviços nos diferentes níveis de atenção, com ações que envolvem promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de doenças e agravos de forma humanizada (BRASIL, 2010).

Desta forma, a atenção integral à saúde da criança exige dos profissionais um envolvimento redobrado, tendo em vista que precisam estar atentos a todas as condições relacionadas ao processo saúde-doença. Dessa forma, é preciso ampliar o olhar para além de questões clínicas, direcionando-se a visão: aos diferentes contextos sociais, culturais e econômicos em que vivem as famílias; ao ambiente; à educação; à relação da criança com os pais e seus laços afetivos; à alimentação; e a outros fatores que possam vir a interferir na promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança na perspectiva da qualidade de vida e de bem-estar das famílias.

A infância é um período em que a maior parte das potencialidades humanas desenvolve-se (BRASIL, 2009). Assim, os problemas enfrentados pela criança desde a tenra idade poderão trazer graves consequências na fase adulta. Crianças e adolescentes devem ser entendidos como sujeitos de direitos, com especificidades que merecem tratamento prioritário pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, colaboram para uma atenção humanizada e integral as políticas públicas que priorizam a atenção à saúde da criança e que apresentam como proposta ações direcionadas à imunização, ao incentivo ao aleitamento materno, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e controle das doenças prevalentes da infância, como diarreias e infecções respiratórias agudas. Com isso, procura-se atuar de modo a reduzir a mortalidade infantil, além de se realizarem ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa da mortalidade na infância entre menores de 5 anos, no Brasil, caiu 58% entre 1990 e 2008. Nesse período, o índice reduziu de 53,7 óbitos a cada mil nascidos vivos para 22,8. Entretanto, ainda permanece elevado, refletindo a necessidade de melhoria das condições de vida das crianças em nosso país (BRASIL, 2012a).

No ano de 2004, objetivando reduzir ainda mais essa taxa, foram estabelecidos dois compromissos prioritários dentre as ações programáticas direcionadas às crianças: a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, ambos idealizados a partir da constatação dos (ainda) altos índices de mortalidade infantil e de internação por pneumonias e diarreias. Tal agenda fundamenta-se pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Direitos da Criança e do Adolescente e contempla como estratégias de ação a vigilância à saúde pelas equipes de Atenção Básica, a vigilância à saúde materna e infantil, a educação continuada das equipes de atenção à criança e a organização de linhas de cuidado (BRASIL, 2004). Com isso, reforça-se a importância das ações intersetoriais, educativas e de atenção primária.

Seguindo esta lógica, o Ministério da Saúde recomenda que a atenção integral à saúde da criança deve iniciar o mais precocemente possível, contemplando atividades programadas individuais e coletivas, ações educativas e de promoção à saúde, assim como o acesso ao diagnóstico, à cura e reabilitação daquelas crianças com problemas de saúde já instalados. O atendimento à criança doente, em qualquer circunstância, deve ser priorizado no serviço de saúde e precisa fazer parte do planejamento da equipe em todos os níveis de atenção, inclusive da Atenção Básica.

Se, por um lado, tais ações contribuem para a diminuição da taxa de mortalidade infantil, por outro, compreende-se que esta redução está diretamente relacionada à melhoria das condições de vida das crianças e de suas famílias. Por ser considerado um problema multifacetado, a mortalidade infantil não pode ser enfrentada com ações isoladas, pois essas ações não respondem unicamente a toda problemática envolvida na questão. São necessárias distintas frentes de atuação, pois somente o conjunto de ações sociais, econômicas e de ampliação do acesso aos serviços de saúde resulta em melhoria dos indicadores de saúde na população infantil.

Neste sentido, o governo federal lança mão de estratégias de redistribuição de renda, como o programa Bolsa Família e o Programa Brasil Carinhoso. O último, mais especificamente, tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil, uma vez que pretende retirar da miséria extrema crianças até 6 anos, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a R\$ 70. O programa possui três eixos de ação: o reforço da renda familiar, por meio do programa Bolsa Família, o acesso a creches e

a ampliação da cobertura de saúde. O Brasil Carinhoso destina-se às famílias extremamente pobres com crianças nessa faixa etária. Os focos de atuação são o Norte e o Nordeste do país, pois são nessas regiões que vivem a maioria das crianças em tais condições. Além do ingresso em creches, as crianças terão maior acesso aos bens e serviços de saúde, com ações destinadas aos controles de anemia e de carências vitamínicas e distribuição de medicações gratuitas contra asma (BRASIL, 2012b).

Outra ação, que soma esforços nesta direção, é a nova iniciativa do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade infantil: a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Estima-se que as ações de promoção do aleitamento materno e as de promoção da alimentação complementar sejam capazes de reduzir, respectivamente, em até 13% e 6%, a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (BRASIL, 2012c).

Objetivando alcançar e até mesmo superar a meta proposta, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação equilibrada para crianças menores de 2 anos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O foco da estratégia situa-se na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica. Com isso, pretende-se fortalecer as ações de promoção da alimentação equilibrada das crianças nessa faixa etária, aumentando a prevalência do aleitamento materno e contribuindo na melhoria dos indicadores de alimentação e nutrição em crianças nessa idade.

Inserida na Rede Cegonha, a nova estratégia é resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). A ação engloba a realização de oficinas de formação de tutores e de capacitação aos profissionais dos estados e municípios que serão multiplicadores da estratégia. A Rede Amamenta Brasil, lançada em 2008, e a ENPACS, lançada em 2009, tinham como princípio a Educação Permanente em Saúde e apoiavam-se na metodologia crítico-reflexiva para promover o aprendizado por meio de atividades participativas e lúdicas, incentivando a troca de experiência e a construção do conhecimento a partir da realidade local (BRASIL, 2012c).

A proposta de integração surgiu do interesse dos próprios profissionais da Atenção Básica em trabalhar, ao mesmo tempo, aleitamento materno e alimentação complementar, já que as duas estratégias previam as mesmas ações e atingiam o mesmo público alvo: profissionais da Atenção Básica, mães, crianças e suas famílias (BRASIL, 2012c).

Desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade das condições de vida de crianças e suas famílias é uma ação interdisciplinar, intersetorial e de corresponsabilidade, que exige um olhar diferenciado do profissional de saúde sobre as dificuldades e as potencialidades do seu território, indo além do olhar meramente técnico.

Este módulo procura abrir espaço para a discussão de algumas dessas questões, com o intuito de ampliar sua abordagem na atuação junto às crianças e suas famílias, enfatizando que o principal propósito dessas ações deve ser dar a oportunidade para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial com qualidade de vida, respeito e bem-estar.



Leitura Complementar

Acesse o manual do Ministério da Saúde sobre os direitos dos adolescentes em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal:** Saúde, um Direito de Adolescentes. Série A. Normas e manuais técnicos. Ministério da Saúde: Brasília – DF, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta unidade introdutória procurou contextualizar as políticas públicas de saúde relativas à Atenção Integral à Saúde da Criança no cenário brasileiro, reconhecendo a condição de vulnerabilidade infantil, trazendo para a discussão, aspectos relacionados ao cuidado da criança na Atenção Básica no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 28 maio 2012.

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: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 29 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 – 2020**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/conanda/Politica%20e%20Plano%20Decenal%20consulta%20publica%2013%20de%20outubro.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2012.

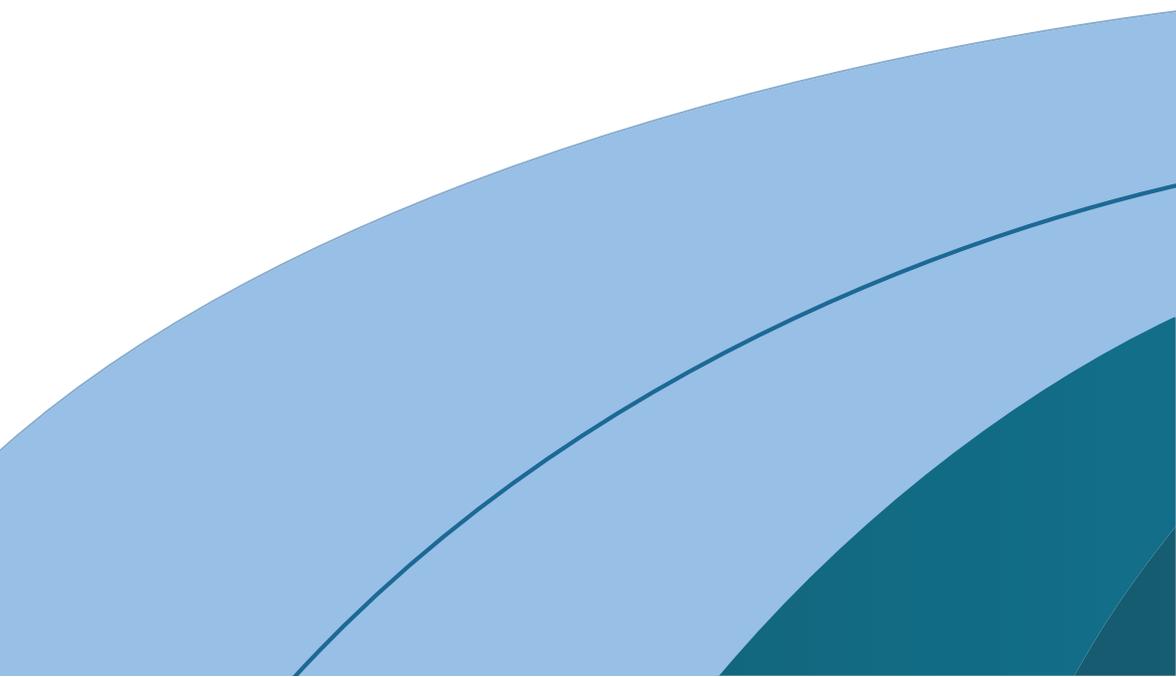
BRASIL. Portal da Saúde. **Taxa de mortalidade na infância cai 58% no Brasil**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspdetalhenoticia&id_area=124&co_noticia=11998>. Acesso em: 31 maio 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica a Saúde. **Lançada nova estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalle.php?cod=1528>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Portal Brasil. **Ações do Brasil Carinhoso começam a valer a partir desta terça-feira (15)**. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/05/15/acoes-do-brasil-carinhoso-comecam-a-valer-ja-nesta-terca-feira-15>>. Acesso em: 22 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Enfermagem

Unidade 2



2 PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

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

Provavelmente, você se recordará das aulas que teve durante a graduação, quando cada faixa etária era desdobrada em seus mais minuciosos detalhes. Outra imagem provavelmente será a de seus encontros com as crianças nos atendimentos cotidianos na unidade de saúde e no território. Tais imagens e conhecimentos, com certeza, serão muito úteis no decorrer do estudo deste conteúdo.

É importante ressaltar que o conteúdo trabalhado neste módulo não se encerra aqui. Dessa forma, será necessário que você retome textos e materiais pertinentes a esse tema e acesse fontes bibliográficas que serão indicadas ao longo das unidades deste módulo. Gostaríamos de enfatizar que o conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento infantil é rico em detalhes – a compreensão dos marcadores de desenvolvimento para cada faixa etária, por exemplo, já ilustra parte da complexidade do processo envolvido em cada etapa.

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

Nesta unidade, vamos rever e acompanhar um pouco essa mágica da vida e de como podemos, como profissionais da saúde, ampliar nossos padrões de percepção e avaliação diante das transformações ocorridas em cada faixa etária. Também retomaremos os aspectos instrumentais de como realizar tais avaliações e acompanhamento, além de refletirmos sobre o papel do enfermeiro e de outros profissionais nesse processo. Vamos rever a nossa responsabilidade diante da atenção integral à saúde da criança, procurando estabelecer vínculos solidários com as pessoas, famílias e comunidades atendidas, assumindo o compromisso com a promoção da saúde e com a qualidade de vida, na perspectiva de um cuidado integral, humanizado e acolhedor.

2.1 Noções gerais de crescimento e desenvolvimento

Nesta seção, é importante que você retome o conteúdo já estudado durante o seu processo de formação na graduação e revise conceitos, como os de crescimento, desenvolvimento, maturação e diferenciação. Aqui faremos uma breve revisão acerca dessas noções a fim de destacar a importância do tema em sua atividade profissional.

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

Período pré-natal:

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

Período Pós-Natal:

- a) neonatal: 0 a 28 dias;
- b) infância:
 - lactente: 29 dias a 2 anos de idade incompletos;
 - pré-escolar: 2 a 6 anos de idade incompletos;
 - escolar: 6 a 10 anos de idade incompletos.

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

Crescimento

Aumento no número e no tamanho das células à medida que elas se dividem e sintetizam novas proteínas; resulta em tamanho e peso aumentados da totalidade ou de qualquer uma de suas partes.

Desenvolvimento

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

Maturação

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

Diferenciação

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

Quadro 1 – Definições no âmbito do crescimento e desenvolvimento
Fonte: Whaley e Wong (1999, p. 75).

Mas em que medida a compreensão desses conceitos nos auxilia na prática? Compreendê-los nos ajuda a distinguir os processos de crescimento e desenvolvimento, do mesmo modo que nos permite retomar outros dois aspectos significativos à avaliação e acompanhamento em saúde: a maturação e a diferenciação.

De um modo geral, considera-se crescimento o aumento do tamanho corporal que cessa com o término do crescimento linear – altura (BRASIL, 2002). Desse modo, são fundamentais para o acompanhamento do crescimento da criança as medidas antropométricas de peso e altura, assim como a relação entre elas (peso em relação à altura) e o índice de massa corpórea. Tais indicadores de crescimento, embora numéricos, são extremamente sensíveis do ponto de vista socioeconômico, remetendo-nos a importantes questões envolvidas no desenvolvimento infantil, como as condições de saúde e de vida da família.

Portanto, pode-se considerar tal mensuração como:

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

Cabe ainda enfatizar que o crescimento e o desenvolvimento infantil estão diretamente relacionados à oportunidade de acesso das famílias a serviços de planejamento familiar que garantam o direito de livre decisão do casal (e/ou do indivíduo) sobre o número, espaçamento e a oportunidade de ter filhos. Do mesmo modo, a assistência adequada durante o pré-natal, parto e puerpério, e as medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida impactam profundamente na saúde da criança (BRASIL, 2002).

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

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

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

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

2 Nas crianças menores de 5 anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para a expressão de seu potencial de crescimento.

Poucas são as funções biológicas que dependem tanto do potencial genético como o crescimento. Assim, a herança genética recebida do pai e da mãe estabelece um potencial ou alvo que pode ser atingido. No entanto, a qualquer momento, desde a concepção e especialmente nas crianças pequenas, fatores ambientais podem perturbar o ritmo e a qualidade desse processo. O alcance dessa meta biológica depende, na verdade, das condições do ambiente onde se dá o crescimento da criança (BRASIL, 2002).

2.1.1 A curva de crescimento

O Ministério da Saúde propõe que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças seja realizado por meio da **curva de crescimento**³ disponibilizada no cartão da criança. A mensuração e a interpretação correta dos dados obtidos no gráfico de crescimento são fundamentais para identificar a situação de saúde das crianças.

A interpretação mostra os sinais de alerta relacionados às alterações no crescimento da criança. A avaliação básica do crescimento envolve a mensuração do peso e da estatura ou altura e a comparação dos resultados obtidos com as curvas de crescimento. Seu objetivo é determinar se a criança está crescendo conforme o esperado para sua faixa etária e condições clínicas. Caso algum **desvio seja identificado**⁴, uma abordagem mais aprofundada é necessária, buscando estabelecer causas e fatores associados.

É importante avaliar as singularidades de cada criança e família atendidas, buscando compreender todos os fatores envolvidos ou que contribuem para o desvio em questão. Algumas vezes, aquela criança já atingiu o seu potencial de crescimento e, portanto, encontra-se nos patamares esperados para a sua herança genética.

3 As novas **curvas de crescimento** constituem um importante instrumento técnico para medir, monitorar e avaliar o crescimento de todas as crianças de 0 a 5 anos, independentemente de origem étnica, situação socioeconômica ou tipo de alimentação. Desnutrição, sobrepeso, obesidade e condições associadas ao crescimento e à nutrição podem ser detectados e encaminhados precocemente na criança. Com a utilização dessas novas curvas, pais, profissionais de saúde e gestores de políticas públicas tomarão conhecimento dos padrões do que constitui uma boa nutrição, saúde e desenvolvimento infantil. Disponível em http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms

4 Nem sempre o desvio identificado corresponde a um processo patológico, uma doença ou a baixas condições socioeconômicas. Os gráficos traduzem padrões de normalidade, ou seja, o peso ou altura (crescimento) esperados para a maioria das crianças em uma determinada idade.

Vale lembrar, ainda, outras questões que fazem parte dos bastidores do cenário familiar e interferem no crescimento e no desenvolvimento infantil. Casos de violência doméstica, crianças que permanecem muito tempo distantes dos pais ou dos cuidadores (em creches ou escolas) ou pouco estimuladas afetivamente podem figurar como causas de baixo peso, por exemplo. Dessa forma, é imprescindível buscar compreender melhor as condições familiares (afetivas, sociais, culturais, econômicas, etc.) da criança que apresenta baixo peso ou estatura.

Discuta o caso com os demais membros da equipe. Os ACSs, por exemplo, possuem informações sobre as condições de vida da família, fundamentais para esta avaliação.

O Ministério da Saúde recomenda que os atendimentos de rotina para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sigam o esquema abaixo:



A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina podem ser anuais, próximas ao mês de aniversário. Esta é uma regra geral. No entanto, algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência. O profissional de saúde deve estar atento e orientar a mãe, pai ou responsável para retornos mais frequentes nesses casos.

Em todos os atendimentos de rotina, o profissional de saúde deve avaliar e orientar sobre:

- alimentação da criança;
- peso, comprimento ou altura e perímetro cefálico (este último até os 2 anos);
- vacinas;
- desenvolvimento;
- prevenção de acidentes;
- identificação de problemas ou riscos para a saúde;
- outros cuidados gerais para a saúde.



Link

Você pode acessar esta caderneta na página do Ministério da Saúde.

Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_7ed.pdf>.

Recém-batizada de Passaporte da Cidadania, a Caderneta de Saúde da Criança passou por reformulações. Hoje ela vem com uma série de novidades em relação a que era distribuída em anos anteriores. A primeira diz respeito ao sexo do bebê. Agora há uma caderneta especial para meninos e outra para meninas. O documento foi dividido assim em razão dos gráficos de crescimento, peso e altura da criança em relação à idade, que se diferem dependendo do sexo. A posse dessa Caderneta é considerada uma expressão de cidadania e conquista de direitos. Com esse documento, pais, responsáveis e profissionais de saúde podem acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança desde o nascimento até os 10 anos de idade, por meio dos gráficos de peso, altura e índice de massa corporal (IMC) nele existentes.

2.1.2 A avaliação do crescimento

Os gráficos de curva de crescimento e desenvolvimento que constam na carteira da criança do Ministério da Saúde foram criados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Eles foram baseados em amostras compostas por crianças de seis diferentes países – entre eles o Brasil – dos cinco continentes. Para a seleção da amostra, uma série de pré-requisitos, como aleitamento exclusivo até os seis meses, acompanhamento de saúde e ausência de tabagismo parental, necessitou ser cumprida.

O estudo seguiu as crianças do nascimento aos 2 anos de idade. Outro grupo foi seguido dos 18 aos 71 meses para a confecção dos gráficos até os cinco anos. Os novos gráficos mostraram que o crescimento pode ser atingido com a alimentação e os cuidados de saúde recomendados (como, por exemplo, imunizações e cuidados durante as doenças). Tais gráficos podem ser utilizados em qualquer parte do mundo, pois o estudo revela que as crianças dos cinco continentes crescem de forma similar quando suas necessidades de nutrição, cuidado e saúde são satisfeitas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).



Leitura Complementar

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

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

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

Interpretação do Gráfico de Crescimento do Cartão da Criança

Observe a figura 1, a seguir, e acompanhe:

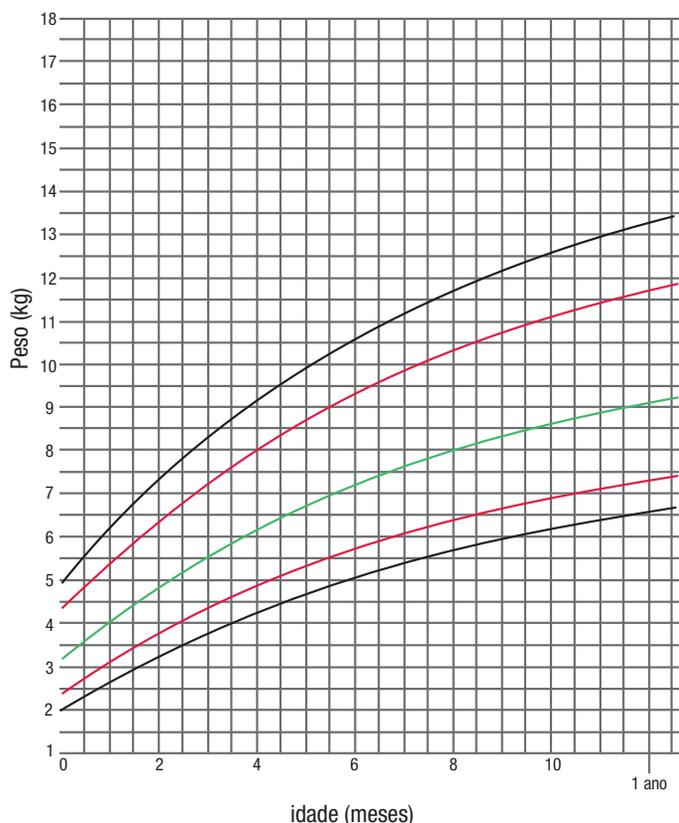


Figura 1 – Reprodução parcial do cartão da criança 0 a 2 anos (menina)
Fonte: Brasil (2011).

A linha verde corresponde ao escore z 0. As outras linhas indicam a distância da mediana. Um ponto ou desvio que esteja fora da área compreendida entre as duas linhas vermelhas indica um problema de crescimento. A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela. Qualquer mudança rápida nessa tendência (desvio da curva da criança para cima ou para baixo do seu traçado normal) deve ser investigada para determinar a causa e orientar a conduta. Um traçado horizontal indica que a criança não está crescendo, o que necessita igualmente de investigação. Um traçado que cruza uma linha de escore z pode indicar risco.

O profissional de saúde deve interpretar o risco baseado na localização do ponto (relativo à mediana) e na velocidade dessa mudança.

As crianças menores de 2 anos devem ser medidas deitadas (**comprimento**). Crianças com 2 anos ou mais devem ser medidas de pé (**altura**). Existe uma diferença de 0,7 cm entre a estatura da criança medida deitada e em pé. Assim, se uma criança de 2 ou mais anos tiver sua estatura aferida deitada, o valor encontrado deve ser diminuído de 0,7 antes de ser registrado no gráfico de 2-5 anos e, do mesmo modo, se uma criança menor que 2 anos for medida de pé, o valor encontrado deve ser acrescido de 0,7 antes de ser registrado no gráfico de 0-2 anos (BRASIL, 2011)⁵.

5 Este texto foi extraído na íntegra do cartão da criança disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2011.

Acompanhe os indicadores abaixo e algumas considerações importantes acerca de suas respectivas interpretações:

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

quer por um baixo comprimento/estatura (nanismo), quer por magreza, ou por ambos. Assim, o peso como índice de crescimento é um indicador nutricional que deve ser relacionado com outras variáveis: idade, sexo e altura.

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

As linhas curvas impressas nos gráficos de crescimento servem para a interpretação do traçado de crescimento da criança. A linha marcada como 0 em cada gráfico representa a mediana, (que é, em geral, a média). As outras curvas são chamadas **linhas de z-score**⁶, ou desvio padrão, e indicam a distância a partir da média.

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

Em geral, um ponto que está longe da mediana, em ambos os sentidos (por exemplo, perto do 3 ou -3 z-score), pode representar um problema de crescimento.

Como já discutimos, outros fatores também devem ser considerados, como a tendência do crescimento, o estado de saúde da criança e a altura dos pais.

Para identificar as tendências do crescimento da criança, deve-se olhar para a curva de crescimento formada pelos pontos marcados na caderneta de saúde da criança em uma série de atendimentos. Lembre-se de que a curva de crescimento da criança pode ficar abaixo ou acima da mediana.

As tendências podem indicar que uma criança está bem e em crescimento constante; ou, por outro lado, que ela tem um problema de crescimento ou que está em risco de ter algum problema e deve ser reavaliada em breve. Normalmente, a criança cresce acompanhando a tendência que é, em geral, paralela à mediana e às linhas de z-scores. A maioria das crianças irá crescer seguindo a curva correspondente à linha verde ou escore z 0 ou entre as demais linhas de z scores.

Como já destacamos, deve-se estar alerta para as seguintes situações que podem indicar um problema ou sugerir risco:

- A linha de crescimento de uma criança atravessa uma linha de z-score: existe uma forte inclinação positiva ou negativa na linha de crescimento da criança.
- A linha de crescimento da criança permanece plana (estagnada): não há ganho de peso ou estatura/altura.
- Uma curva inclinada, atravessando z linha: não é necessariamente um problema, depende de onde a mudança na tendência de crescimento começou e como se comportou. Por exemplo, se uma criança ficou doente e perdeu peso, um rápido ganho, indicado por uma acentuada inclinação no gráfico, pode ser bom e indicar um *catch-up*. Do mesmo modo para uma criança com sobrepeso, um ligeiro declínio ou uma curva plana pode indicar uma tendência de crescimento desejável em direção ao peso médio, um *catch-down*.

Lembre-se de que, além da altura e do peso, outros importantes marcadores no processo de avaliação do crescimento e desenvolvimento são a idade óssea e a dentição. Esses dois dados informam de maneira precisa o padrão e o período maturacional em que a criança está. É importante considerar que outro aspecto significativo nesse processo é a [maturação neurológica](#)⁷. E também de que a mielinização está 90% completa até os 2 anos, os 10% restantes até o final da adolescência.

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

Nesse teor, é relevante enfatizar que o crescimento e o desenvolvimento obedecem a padrões previsíveis, ordenados e progressivos e a partir de um processo de diferenciação que envolve o desenvolvimento físico e a maturação das funções neuromusculares.

No que tange à velocidade de crescimento e ao desenvolvimento de algumas partes do corpo, é interessante verificar a figura 2, a seguir, que ilustra tais aspectos. Perceba que o sistema linfóide é um dos que alcançam uma maior maturidade apenas aos 10 anos. Isso é importante ao considerarmos as razões que levam os lactentes e pré-escolares a ficarem mais suscetíveis a processos infecciosos.

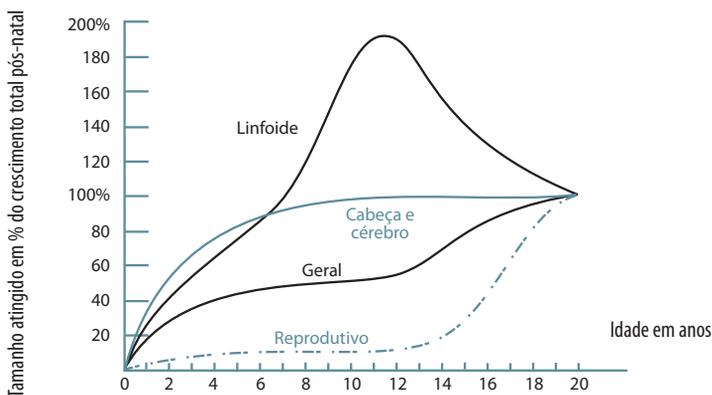


Figura 2 – Curvas de crescimento de diferentes partes e tecidos do corpo
 Fonte: BRASIL (2001, p. 11).

Lembre-se de que o peso é o indicador importante desde a gestação. No nascimento, pesos inferiores a 2.500g podem ser decorrentes de prematuridade e/ou déficit de crescimento intrauterino. Recém-nascidos com menos de 2.500g são classificados genericamente como de baixo peso ao nascer. Os bebês de baixo peso ao nascer podem ser apenas bebês prematuros, assim classificados porque não completaram seu tempo normal de gestação e, portanto, de seu crescimento intrauterino, sendo chamados de bebês com peso adequado para a idade gestacional (AIG).

No entanto, bebês podem ser também classificados bebês a termo (≥ 37 semanas) que não tiveram um crescimento adequado no útero, ou seja, os chamados pequenos para a idade gestacional (PIG). Pode ocorrer que bebês prematuros sejam também pequenos para a idade gestacional.

Outros bebês podem ser grandes para a sua idade gestacional (GIG), como ocorre com alguns bebês filhos de mães diabéticas.

O crescimento da criança é particularmente elevado até os 2 primeiros anos de vida, com declínio gradativo e pronunciado até os 5 anos de idade. A partir do quinto ano, a velocidade de crescimento é praticamente constante, de 5 a 6 cm/ano, até o início do estirão da adolescência⁸.

8 O estirão da adolescência ocorre em torno dos 11 anos de idade nas meninas e dos 13 anos nos meninos.

No quadro 2, a seguir (WHALEY; WONG 1999, p. 77), existem informações importantes para a equipe da Atenção Básica avaliar adequadamente as tendências de ganho de peso e altura de acordo com cada período etário. Acompanhe:

GRUPO ETÁRIO	PESO	ALTURA
Lactentes Nascimento - 6 meses	Ganho semanal de 140 - 120g. O peso do nascimento duplica ao término dos primeiros 4 - 7 meses.	Ganho mensal: 2,5cm.
6 - 12 meses	Ganho de peso: 85 - 140g. O peso do nascimento é triplicado ao final do primeiro ano.	Ganho mensal: 1,25cm; o comprimento do nascimento aumenta em 50% ao término do primeiro ano.
Infantes	O peso do nascimento quadruplica em torno dos 2,5 anos. Ganho anual de 2 a 3kg.	A altura aos 2 anos de idade é de aproximadamente 50% da eventual altura do adulto; ganho durante o segundo ano: cerca de 12cm; ganho durante o terceiro ano: cerca de 6 a 8cm.
Pré-escolares	Ganho anual: 2 - 3kg.	Altura do nascimento duplica em torno dos 4 anos de idade; ganho anual: 5 - 7,5cm.
Escolares	Ganho anual: 2 - 3kg.	Ganho anual após 7 anos de idade: 5cm; altura do nascimento triplica em torno dos 13 anos de idade.
Estirão de Crescimento Puberal Meninas: 10 - 14 anos Meninos: 11 - 16 anos	Ganho de peso: 7 - 25kg. Média: 17,5kg. Ganho de peso: 7 - 30kg. Média: 23,7kg.	Ganho de altura: 5 - 25cm; aproximadamente 95% da altura madura, atingida em torno do início da menarca ou na idade esquelética de 13 anos. Média: 20,5cm. Ganho de altura: 10 - 30cm; aproximadamente 95% da altura madura, atingida em torno ou no início da menarca ou na idade óssea de 15 anos. Média: 27,5cm.

Quadro 2 – Tendências gerais no ganho de peso e altura durante a infância
Fonte: Whaley e Wong (1999, p. 77).

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

Neste momento, também é importante ressaltar informações que contribuem para uma avaliação mais qualificada da criança: metabolismo, sono e temperamento. Confira.

O metabolismo determina os requisitos calóricos da criança e as necessidades hídricas. Seu ritmo é elevado no neonato e diminui até a maturidade; meninos têm um metabolismo mais elevado. A temperatura corporal é reflexo do metabolismo. A temperatura corporal diminui da infância à maturidade e sua regulação é instável no neonato. A produção de calor declina à medida que o lactente entra na infância. Cada grau de febre aumenta o metabolismo basal em 10%, com exigência correspondente de líquidos. Lactentes e crianças jovens são altamente suscetíveis às flutuações de temperatura. Além disso, a temperatura aumenta com a prática de exercício físico, com o choro e o desconforto emocional. Também é importante enfatizar que as infecções aumentam mais rapidamente a temperatura em lactentes e em crianças jovens.

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

Vale lembrar que existem os períodos de aceleração ou desaleração no crescimento corporal total e nos subsistemas. O ritmo de expansão corporal geralmente diminui na fase intermediária da infância, aumenta na adolescência e estabiliza na fase adulta.

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

Os atributos de temperamento são:

- a) atividade;
- b) ritmicidade;
- c) aproximação-retirada;
- d) adaptabilidade;
- e) limiar de responsividade (limiar sensorial);
- f) intensidade de reação;

- g) humor;
- h) dispersão;
- i) espectro de atenção;
- j) persistência.



Leitura Complementar

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

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

2.2 Desenvolvimento neuropsicomotor

Há diversas teorias sobre o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. Genericamente, é importante lembrar que os estágios de desenvolvimento se definem pelos **limites etários**⁹ e pelas **tarefas do desenvolvimento**¹⁰. A velocidade do desenvolvimento é codependente de diversos fatores.

Ao nascer, a criança apresenta os chamados reflexos arcaicos. À medida que ela cresce e se desenvolve, os reflexos arcaicos vão desaparecendo e dando lugar às habilidades e aos comportamentos voluntários. Assim, é importante estarmos atentos durante as avaliações do desenvolvimento infantil ao longo do primeiro ano de vida para os marcos básicos do desenvolvimento neuropsicomotor e para o desaparecimento dos reflexos.

Desse modo, é fundamental que os profissionais da Atenção Básica estejam preparados para a avaliação dos reflexos.

No quadro 3, você encontrará a descrição dos reflexos primitivos do recém-nascido.

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

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

NOME	RESPOSTA	SIGNIFICADO
Retirada	O bebê retira o pé quando a sola é estimulada com um alfinete.	Protege o bebê de estímulos desagradáveis e perigosos.
Sucção	O bebê suga quando algum objeto é colocado em sua boca	Permite a alimentação.
Marcha	Quando o bebê é seguro na posição ereta por um adulto e depois é movido para a frente, começa a mover-se como que dando passos ritmados.	Precursos do andar voluntário.
Rotação	Quando a face do bebê é tocada, ele vira a cabeça na direção do toque e abre a boca.	Ajuda o bebê a encontrar o mamilo para se alimentar.
Preensão palmar	Quando um objeto é colocado na palma da mão do bebê, ele o agarra.	Precursos do andar voluntário.
Piscar	Em resposta à luz ou ruídos fortes, o bebê fecha os olhos.	Proteção dos olhos.
Babinski	Quando a sola do pé é acariciada do calcanhar em direção aos dedos, os dedos dos pés do bebê se distendem.	Desconhecido.
Moro	Em resposta a um ruído alto ou quando a cabeça pende, o bebê abre os braços e fecha num movimento semelhante a um abraço. Desaparece no 5º mês.	É possível que esteja ligado à proteção, ajudando o bebê a se agarrar à mãe.
Preensão plantar	Ocorre quando tocamos a planta do pé, abaixo dos artelhos, e os mesmos assumem a posição de garra; quando para o estímulo, os artelhos se estendem. Até os 9 meses, os dedos se fletem quando na posição em pé, que é quando ele desaparece.	-

Quadro 3 – Avaliação dos reflexos primitivos no recém-nascido
Fonte: Olhweiler, Silva e Rotta (2005).



Leitura Complementar

Confira o artigo publicado e disponível *on-line*:

OLHWEILLER, L.; SILVA, A. R.; ROTTA, M. I. Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. **Arquivo de Neuro-psiquiatria**, v. 63, n. 2a, p. 294-297, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2a/a17v632a.pdf>>.

Outra questão importante a ser considerada quando estamos avaliando crianças é o conhecimento acerca dos marcadores de desenvolvimento motor. Estes marcadores resultaram de um extenso trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS) que, além de desenvolver os gráficos de crescimento físico, selecionou seis marcos do desenvolvimento motor esperados para crianças saudáveis em faixas etárias específicas entre os 4 e os 18 meses. Acompanhe:

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

É importante que o enfermeiro, assim como os demais profissionais da Atenção Básica, tenham conhecimentos sobre esses marcadores a fim de melhor avaliá-los durante o atendimento à criança.

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

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



Leitura Complementar

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_saude_menina_passaporte_cidadania.pdf>.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Acompanhamento do crescimento. **Jornal de Pediatria**, n. 79, p. 23-32, 2003. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a04.pdf>>.

Qual o papel da enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? O que você vem desenvolvendo em suas atividades? O planejamento e o acompanhamento das crianças atendidas em sua unidade são discutidos nas reuniões da equipe? Os profissionais do NASF participam no planejamento e desenvolvimento dessas ações?

Para refletir

Joana está com nove meses de idade, nasceu em casa, de parto natural. Vive com os pais e três irmãos em uma casa de alvenaria na zona rural da cidade. Seus pais são agricultores e trabalham na lavoura em turno integral. Todos os filhos do casal nasceram de parto domiciliar e só conheceram a unidade de saúde tardiamente, quando estavam com algum problema de saúde já instalado.

Com Joana não foi diferente. Por apresentar um quadro febril, a menina é levada para o primeiro atendimento na unidade de saúde. No acolhimento, a enfermeira examina a criança e solicita avaliação do médico da equipe. O médico faz o diagnóstico de IVAS e prescreve a medicação necessária.

Como Joana estava com o calendário vacinal atrasado, a enfermeira aproveita a oportunidade para atualizá-lo, visto que a menina não teve temperatura superior a 38 graus e encontrava-se afebril no momento do atendimento.

Joana também tem seu peso e estatura aferidos. Ao inserirem os valores no gráfico da Caderneta de Saúde da Criança, os profissionais constatam que a menina está com baixo peso para sua idade, sem sinais de desnutrição prolongada. Ao questionarem sobre a alimentação de Joana, são informados que ela ainda recebe leite materno e alimentação complementar em quantidades adequadas para a sua idade.

O exame físico de Joana não apresentou outras alterações. A menina é ativa, alegre e com vínculo bem estabelecido com a mãe.

Investigando um pouco mais a relação familiar, a enfermeira percebe que, enquanto os pais trabalham, a menina é cuidada pelos irmãos mais velhos. A mãe informa que a menina não se alimenta adequadamente durante esse período, pois fica triste com sua ausência, rejeitando o alimento. Somente quando a mãe retorna é que Joana aceita adequadamente a alimentação.

A mãe alega falta de tempo e de condições financeiras para vir à unidade de saúde realizar o acompanhamento das crianças (puericultura e atendimentos odontológicos), a aplicação de vacinas e o cuidado de sua própria saúde.

Diante do caso, os profissionais de saúde decidem discutir a situação da família com os profissionais do NASF, buscando elaborar um projeto terapêutico singular que atenda as questões de saúde daquela família, procurando estabelecer vínculos solidários, sem culpabilizar a família, além de incluí-la na gestão do seu próprio cuidado.

E na sua unidade? Você já se deparou com alguma situação semelhante a esta?

Como foi o procedimento adotado pela equipe? Vocês discutiram o caso com os profissionais do NASF? E com a família?

Você já elaborou projetos terapêuticos singulares em sua área? Como foi a experiência?

SÍNTESE DA UNIDADE

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

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. 7. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_saude_menina_passaporte_cidadania.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

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

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

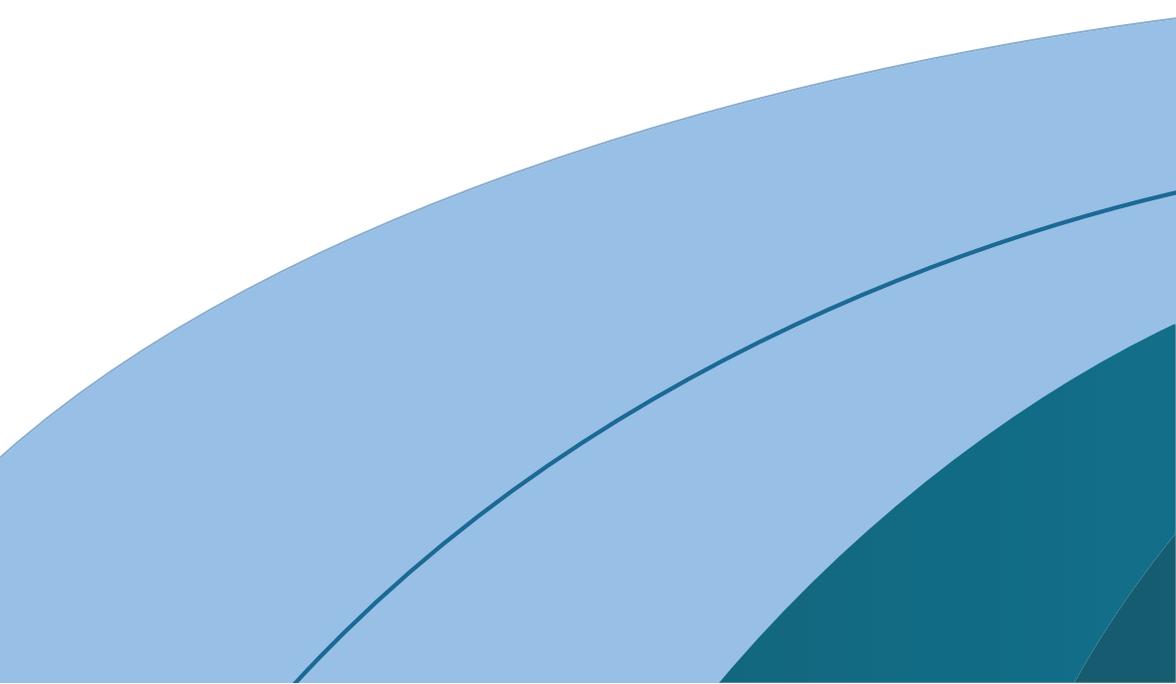
OLHWEILER, L.; SILVA, A. R.; ROTTA, M. I. Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. **Arquivo de Neuro-psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 294-297, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional**. Washington, 2006. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/EPSportu.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2012.

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

Atenção Integral à Saúde da Criança
Enfermagem

Unidade 3



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

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

No âmbito da Atenção Básica, o atendimento de puericultura, realizado por diferentes profissionais, é entendido como um dos momentos mais favoráveis para o fortalecimento do vínculo e a troca de informações entre a equipe e a família. A puericultura pode ser definida como cuidados de prevenção de doenças e promoção de saúde para com as crianças, que incluem:

- a) acompanhamento de saúde (abrangendo orientações antecipatórias em nutrição, eliminações, sono, prevenção de injúrias, entre outros);
- b) inquérito sobre marcos do desenvolvimento e *performance* escolar;
- c) avaliação das condições psicossociais da criança e da família;
- d) gestão compartilhada do cuidado (ou seja, os encaminhamentos a recursos/ serviços comunitários necessários);
- e) imunização, realização de exame físico e solicitação de exames adicionais (peso, altura, nível de hemoglobina, visão, audição, entre outros).

A avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento progressivo individual de cada criança. Permite identificar aquelas crianças com maior risco de morbimortalidade, assim como sinaliza precocemente a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil.

Se a caracterização do risco e o diagnóstico precoce forem subestimados, a condição de saúde da criança pode deteriorar-se e, por vezes, caso as medidas adequadas não sejam adotadas em tempo, conduzir inclusive ao óbito.

A puericultura possibilita identificar e estabelecer condutas curativas diante de processos patológicos em curso, além de constituir-se em um momento de realização de ações em saúde adequadas a cada idade, incluindo vacinação, orientação sobre alimentação, estimulação precoce e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de promoção de qualidade de vida infantil.

A identificação de um ou mais fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idades maternas extremas (<19 anos e >35 anos), gemelari-
dade, intervalo intergestacional curto (inferior a dois anos), criança indesejada, des-
mame precoce, mortalidade em crianças menores de 5 anos na família, condições
inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar, exige do profissio-
nal de saúde um acompanhamento especial e singular, pois aumenta a probabilidade
da existência de doenças perinatais e infantis.

É fundamental que os profissionais desenvolvam um processo sistematizado, discutido e pactuado na equipe de saúde para a realização do acompanhamento das crianças do seu território. No caso do enfermeiro, a consulta de enfermagem inclui a entrevista com a criança e com a família, o exame físico e a avaliação de exames laboratoriais, o registro dos dados encontrados, das orientações e dos cuidados realizados.

Vale lembrar que os atendimentos em saúde da criança podem ser realizados em conjunto com outros profissionais da equipe, como médicos, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais do NASF, etc.

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

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

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

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

Na primeira consulta de enfermagem, o enfermeiro deve levantar cuidadosamente as informações sobre a criança e atualizar o que for necessário. Relembre pontos fundamentais dessa etapa. É importante também investigar as condições sociais, econômicas e culturais da família.

Dados de identificação:

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

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

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

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

Atente para o fato de que é comum a criança ser trazida para a consulta de puericultura e apresentar alguma intercorrência clínica. O enfermeiro deve estar preparado para avaliar os sinais, os sintomas e o nível de gravidade e solicitar apoio e avaliação médica (nas modalidades de interconsulta ou encaminhamento para o médico).



Leitura Complementar

Para mais informações, você pode acessar:

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

A entrevista com a criança e a família é a parte inicial da consulta e deve propiciar a formação de um vínculo entre as crianças, seus acompanhantes e o profissional. Neste sentido, a linguagem utilizada durante a entrevista deve favorecer o vínculo e proporcionar uma comunicação facilitadora do processo.

Sobre a verificação dos perímetros e dos sinais vitais, é importante você revisar os parâmetros correspondentes para cada faixa etária. Para tal, volte a consultar a bibliografia recomendada.

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

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

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

Acompanhe, no quadro 4, a seguir, os manguitos disponíveis para a aferição da pressão arterial.

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

Quadro 4 – Manguitos para a aferição da pressão arterial
Fonte: Mauro (2009).

A classificação da pressão arterial é realizada de acordo com a idade, sexo e percentil de altura, medida em três ocasiões diferentes, como pode ser visto no quadro 5:

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

Quadro 5 – Critérios para a classificação de hipertensão
Fonte: Bonatto (2006).

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

Esteja atento para as crianças com alto risco de problemas oftalmológicos: prematuros extremos, histórico familiar de catarata, retinoblastoma ou doença metabólica, aqueles que têm atraso importante do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) ou dificuldades neurológicas e aqueles com doenças sistêmicas associadas a anormalidades visuais. Nessas situações, discuta as possíveis condutas com o médico de sua equipe ou com o pediatra do NASF.

Em qualquer faixa etária, crianças que apresentarem comprovação ou suspeita de anormalidades, ou aqueles em que, após duas tentativas de realização dos exames, não se obtiverem resultados adequados, precisam necessariamente de avaliação médica. Esta é uma oportunidade para o atendimento conjunto na modalidade de interconsulta com o médico de sua equipe ou com o pediatra do NASF.

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

- a) conferir se foi realizada triagem otoacústica neonatal. Se não, orientar a realização;
- b) no caso de ter sido realizada a triagem otoacústica neonatal, e o resultado apresentar alterações, seguir o protocolo do seu município para o encaminhamento ao especialista da área - prefeitura local;
- c) no caso de ter sido realizada, e o resultado for normal, realizar segmento subjetivo em toda consulta de puericultura, verificando aquisições conforme o quadro 6 a seguir:

3 meses	O bebê acorda ou se assusta com barulho intenso, acalma com a voz da mãe, sorri e produz sons.
6 meses	Balbucia, produz sons com variação de entonação, procura ou vira sua cabeça em direção à 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).
18 meses	Mostra partes do corpo (cabela, mão, pé), emite palavras com significado (mãe, papai), procura e aponta pessoas e objetos familiares.
24 meses	Aumenta intensamente o vocabulário, combina duas a três palavras (dá bola).

Quadro 6 – Avaliação da acuidade auditiva

- d) Realizar avaliação objetiva, se qualquer desses fatores estiver alterado.
- e) Realizar avaliação objetiva em toda criança por volta dos 4 a 5 anos.

Outras considerações importantes a serem abordadas na consulta de puericultura são: os exames de rotina e triagem neonatal e as orientações relacionadas à saúde bucal.

No Estado de Santa Catarina, o Laboratório Central, responsável pela execução dos exames, foi qualificado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para o diagnóstico de cinco patologias, são elas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística e Hemoglobinopatias (MATTOZO; SOUZA, 2005, p. 84).

De acordo com o mesmo autor, a maioria dessas enfermidades pode ser tratada com sucesso, desde que sejam identificadas antes mesmo de manifestarem seus sintomas. Deste modo, todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao teste, entre o 3º e o 30º dia de vida. Contudo, o ideal é que aconteça do 3º ao 5º dia de vida. As orientações da equipe de saúde devem ressaltar a finalidade deste exame e sua importância para o futuro da criança. Os profissionais de saúde devem permitir que a família expresse suas dúvidas a respeito do teste.

3.1 Orientações relacionadas à saúde bucal

São fundamentais nas consultas de puericultura, as orientações relacionadas à higiene oral, na perspectiva de promover a saúde bucal e a alimentação.

As crianças, aos 28 dias de vida, já devem realizar a primeira consulta odontológica. O enfermeiro e os demais membros da equipe podem contribuir positivamente para a saúde bucal da criança, reforçando os cuidados que seguem:

- orientar que a higiene oral deve ser feita pelo menos três vezes ao dia;
- desaconselhar o uso de chupeta e a inclusão de açúcares nas fórmulas lácteas e nos alimentos quando estiver fora dos períodos de aleitamento materno, entre outros.

Lembre-se de que os cuidados com uma boa dentição já começam no pré-natal com as **orientações para a mãe**¹¹.

11 A colonização da boca da mãe é uma das principais fontes, se não a principal, de colonização da boca da criança.

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

Período pré-natal

Orientar a futura mãe para que procure, já na primeira consulta do pré-natal na unidade de saúde, proceder 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 disso, a colonização bacteriana da boca da mãe é considerada uma importante fonte precoce de colonização da boca da criança.

Estimular, além da mulher em período gestacional, que os demais membros da família cuidem 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 materno pela alimentação artificial, desencorajando o uso da mamadeira. No caso da impossibilidade de se continuar a amamentação, a alimentação artificial deverá utilizar-se de copinho ou colher. Se a família insistir no uso da mamadeira, orientar para que não ofereçam a mamadeira no berço.
- b) Orientar para que não sejam oferecidas bebidas adoçadas artificialmente e que o suco de frutas deve ser usado com parcimônia, pois não substitui os benefícios da amamentação, evitando assim prejuízos no crescimento e desenvolvimento 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. Lembre-se de que o mel é contraindicado para crianças menores de 1 ano de idade pelo risco de desenvolver botulismo.



Leitura Complementar

Entenda os riscos relacionado à oferta de mel a crianças menores de 1 ano, acessando o *site* **RGNutri**: I dentidade em Nutrição.

Disponível em: <<http://www.rgnutri.com.br/sqv/criancas/mbi.php>>.

Sexto mês a 1 ano

- a) Informar que, a partir do sexto mês, os primeiros dentes iniciam seu processo de erupção. Nesta fase, é comum a criança sentir desconforto causado pela erupção dos dentes decíduos. Pode-se indicar, para o alívio desse desconforto, que a criança utilize mordedores frios ou que a mãe use gaze embebida em água gelada (previamente fervida ou filtrada) sobre a parte da gengiva com 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 (BRASIL, 2009a), toda a população deve fazer uso de dentífrico 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, usando uma pequena quantidade de dentífrico equivalente ao tamanho de um grão de arroz. É recomendável que, ao final da escovação, o excesso de espuma produzida pela pasta dental seja retirado, evitando-se assim que a criança faça a sua deglutição. Para a remoção do excesso da espuma, pode-se usar gaze ou a ponta de uma fralda molhada. A partir do momento em que a criança já tenha condições motoras de bochechar sem engolir, a remoção passa a ser feita através dos bochechos com água.
- c) Incentivar o uso do fio dental nos dentes da criança, no mínimo uma vez ao dia, a partir do momento em que os dentes começam a ter contato lateral entre si.
- d) Orientar os pais a manterem produtos que contenham flúor fora do alcance das crianças, evitando-se, desta forma, possíveis deglutições acidentais.
- e) Desaconselhar os pais e cuidadores a utilizarem alimentos adoçados e mamadeiras adocicadas na alimentação da criança. A ingestão de líquido entre as refeições deve se restringir a água ou leite. Se houver oferta de suco, este não deve ser adoçado artificialmente e sua quantidade e frequência devem ser limitadas. É preferível que a criança coma a fruta a que beba o seu suco.

A partir dos 18 meses

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

Lembre-se, as orientações dietéticas devem focar-se na minimização do uso do açúcar e limitação dos lanches e bebidas entre as refeições. Solicite o apoio do nutricionista do NASF, caso esse profissional faça parte de sua equipe.

3.2 Orientações relacionadas à vacinação

É relevante, nesse momento, que você busque o calendário de vacinação disponibilizado pelo *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a). Todos os profissionais da Atenção Básica devem ter conhecimento sobre as vacinas obrigatórias. As especificidades e reações são igualmente importantes, e o enfermeiro, mais especificamente, precisa aprofundar seus conhecimentos acerca desse tema a fim de que possa orientar a família e a equipe nessas situações.

Considerações gerais significativas sobre imunização:

- a) tornar acessível a todas as crianças com idade até 5 anos completos, priorizando crianças menores de 1 ano, as vacinas contra a poliomielite (Sabin), BCG, tetravalente, contra a hepatite B e contra o rotavírus;
- b) a aplicação de várias vacinas no mesmo dia não oferece risco à criança ou ao adulto;
- c) respeitar o intervalo mínimo de:
 - 30 dias entre a tríplice viral e a vacina contra varicela;
 - 15 dias entre a tríplice viral e a vacina contra febre amarela.
- d) se a criança interromper o esquema de vacinação, não será preciso reiniciá-lo, devendo-se apenas completar as doses faltantes e aprazar, na Caderneta de Saúde da Criança, os próximos retornos. Devemos sempre levar em conta o estado vacinal, não importando o tempo decorrido desde sua aplicação.
- e) toda mãe, pai ou cuidador que leva o filho para vacinar deve receber explicações sobre:
 - as doenças contra as quais a vacina protege;
 - as reações que a vacina pode causar e o que fazer;
 - a data de retorno para nova dose.
- f) Obter informações sobre o estado de saúde da criança e proceder da seguinte forma:
 - casos de doença febril aguda, com temperatura acima de 38,5° C: adiar a vacinação;

- crianças em tratamento com imunossupressores (corticoterapia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia etc.): nesses casos, é recomendado o adiamento da vacinação para 90 dias após a suspensão do tratamento, mesmo que a vacina seja composta por microrganismos (ou fragmentos de bactérias, vírus, etc.) mortos ou inativados, em razão da resposta imunológica inadequada ou insuficiente.
- g) Mesmo que já tenha história prévia de 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 confundidos com outras doenças; desta forma, sem comprovação laboratorial, não é justificável dispensar a aplicação da vacina;
 - a poliomielite produz imunidade permanente apenas para a cepa viral específica que causou a doença; assim, a criança pode adoecer novamente caso entre em contato com os outros dois tipos de vírus.
- h) A vacina combinada contra difteria e tétano (dupla adulto) é indicada a partir dos 7 anos de idade em qualquer dos seguintes casos: crianças que não receberam nenhuma dose da vacina tríplice bacteriana (DTP), da vacina dupla bacteriana infantil ou da tríplice bacteriana acelular; crianças com esquema básico incompleto de tríplice ou tetravalente (bacterianas); como reforço da vacinação efetuada com a tríplice ou com a dupla tipo adulto (bacterianas).
- i) São contraindicações gerais à vacinação:
- reação anafilática pós-vacinal;
 - histórico de hipersensibilidade ao componente da vacina;
 - presença de neoplasia maligna;
 - tratamento com corticoides, em dose imunossupressora;
 - tratamento com outras terapias imunossupressoras.

É importante que o profissional da Atenção Básica mantenha-se atualizado no que se refere à imunização, assim pode contribuir com sua equipe e fornecer orientações atuais aos usuários .

Além de todos os aspectos levantados, é importante que: os profissionais da Atenção Básica reforcem os benefícios da vacinação junto aos familiares; conheçam o calendário regular de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde para o seu Estado; não reafirmem falsas contraindicações à vacinação, atentando para as reais contraindicações das vacinas, tais como uso de imunossupressores e/ou criança em imunossupressão (consulte o médico responsável pelo atendimento da criança quando tiver dúvidas);

É importante que a equipe de saúde realize busca ativa de crianças com vacinas em atraso (faltosos). Os agentes comunitários de saúde possuem uma cópia da caderneta da criança – Ficha C – (da parte do calendário vacinal) a fim de acompanhar todas as crianças de sua microárea, evitando atrasos e faltas à vacinação.

Calendário básico de vacinação da criança

Confira o calendário básico de vacinação preconizado atualmente pelo Ministério da Saúde. Fique atento à versão utilizado em seu Estado, lembrando que o esquema vacinal é dinâmico e sofre alterações e atualizações à medida que surgem novos conhecimentos nessa área. Observe o quadro 7, abaixo:

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG-ID⁽¹⁾ vacina BCG	Dose única	Formas graves de tuberculose (principalmente nas formas miliar meníngea)
	Hepatite B⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Hepatite B⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Tetraivalente (DTP + Hib)⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomelite (VOP)⁽⁴⁾ vacina poliomelite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomelite ou paralisia infantil
	Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH)⁽⁵⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)		Diarreia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)⁽⁶⁾		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
3 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada)⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
4 meses	Tetraivalente (DTP + Hib)⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomeélite (VOP)⁽⁴⁾ vacina poliomeélite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomeélite ou paralisia infantil
	Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH)⁽⁵⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)		Diarreia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)⁽⁶⁾ (vacina pneumocócica 10-valente (conjugada))		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
5 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada)⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogruppo C
6 meses	Hepatite B⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Vacina oral poliomeélite (VOP)⁽⁴⁾ vacina poliomeélite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomeélite ou paralisia infantil
	Tetraivalente (DTP + Hib)⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)		Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)⁽⁶⁾ (vacina pneumocócica 10-valente (conjugada))		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
9 meses	Febre Amarela⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial	Febre amarela
12 meses	Tríplice viral⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)⁽⁶⁾ (vacina pneumocócica 10-valente (conjugada))	Reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
15 meses	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	1º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Vacina oral poliomeélite (VOP)⁽⁴⁾ vacina poliomeélite 1, 2 e 3 (atenuada)	Reforço	Poliomeélite ou paralisia infantil
	Vacina Meningocócica C (conjugada)⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)		Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogruppo C
4 anos	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Tríplice viral⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	2ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
10 anos	Febre Amarela⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Quadro 7 – Calendário básico de vacinação infantil
Fonte: Brasil (2012a).

(1) vacina BCG: Recém-nascidos devem ser vacinados imediatamente. Administrar uma dose de BCG o mais precocemente possível, de preferência logo após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas, administrar a vacina quando a criança completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 Kg. Administrar uma dose em crianças menores de 5 anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 (um) ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 (um) ano de idade, sem cicatriz, administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose, administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina. Contatos com duas doses, não administrar nenhuma dose adicional. Ao exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade quando na incerteza da existência de cicatriz vacinal. Para crianças portadoras de HIV, a BCG deve ser administrada imediatamente após o nascimento ou o mais precocemente possível. Crianças soropositivas para HIV assintomáticas que chegam ao serviço de saúde, assim como filhas de mães com HIV devem ser vacinadas. Para as portadoras de HIV com evidências clínicas ou laboratoriais de imunodeficiência, a vacina está contraindicada (BRASIL, 2001).



Link

Veja as recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV, disponíveis em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0932_M.pdf

(2) Vacina hepatite B (recombinante): Administrar preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento ou na primeira visita ao serviço de saúde. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou em recém-nascidos a termo de baixo peso (menor de 2 Kg), seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. Administrar a vacina e a HBIG em locais anatômicos distintos. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e da imunoglobulina.

(3) vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae b* (conjugada): Administrar aos 2, 4 e 6 meses de idade. Intervalo entre as doses de 60 dias e mínimo de 30 dias. São indicados atualmente dois reforços da – DTP (tríplice bacteriana). O primeiro reforço administrar aos 15 meses de idade e o segundo reforço dos 4 aos 6 anos, 11 meses e 29 dias. Diante de um caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados menores de 1 ano, iniciar esquema com DTP+ Hib; não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, iniciar esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com DTP + Hib; crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, completar esquema com DTP. Crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos ou mais, devem antecipar o reforço com dT (dupla bacteriana do tipo adulto).

(4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada): Administrar três doses (2, 4 e 6 meses). Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e mínimo de 30 dias. Administrar o reforço aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose. Está indicada para todas as crianças menores de 5 anos, independentemente de vacinação prévia, durante as campanhas de vacinação.

(5) vacina oral rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada): Administrar duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária: Primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias. Segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose.

(6) vacina pneumocócica 10 (conjugada): No primeiro semestre de vida, administrar 3 (três) doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias e mínimo de 30 dias. Fazer um reforço, preferencialmente, entre 12 e 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses após a 3ª dose. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses.

(7) vacina meningocócica C (conjugada): Administrar duas doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.

(8) vacina febre amarela (atenuada): Administrar aos 9 (nove) meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 (seis) meses. Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso,

Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. No momento da vacinação, considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar reforço a cada dez anos após a data da última dose.

(9) vacina sarampo, caxumba e rubéola: Administrar duas doses. A primeira dose aos 12 meses de idade, e a segunda dose deve ser administrada aos 4 anos de idade. Em situação de circulação viral, antecipar a administração de vacina para os 6 (seis) meses de idade, porém deve ser mantido o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.



Leitura Complementar

Confira também as recomendações para imunização ativa e passiva de doentes com neoplasias.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Recomendações para imunização ativa e passiva de doentes com neoplasias**. Brasília: Ministério da Saúde – Fundação Nacional da Saúde, 2002. 28p. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/vacinacao_neoplasias.pdf>.

Conheça a proposta para introdução da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) no calendário básico de vacinação da criança. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/intro_pneumococica10_val_04_02_10_ver_final.pdf>.

A inclusão desta vacina se configura como grande avanço para a saúde pública brasileira, uma vez que protegerá as crianças menores de 2 anos de idade contra doenças invasivas e otite média aguda causadas por *Streptococcus pneumoniae* sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.

Outras informações sobre os benefícios da inclusão desta vacina ao calendário básico vacinal brasileiro podem ser consultadas, acessando o seguinte *site*:

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cost_effectiveness_introducing_10_pn.pdf>.

Além do Calendário Básico de Vacinação, vale lembrar que existem Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), criados em novembro de 2000, por meio da Portaria n. 464/2000, com o objetivo de beneficiar uma parcela especial da população brasileira que, por motivos biológicos, é impedida de usufruir dos imunobiológicos disponíveis na rede pública ou necessita de outros imunobiológicos especiais, tais como pessoas portadoras de imunodeficiência congênita, infectados pelo HIV, portadores de doenças neurológicas, cardiopatas, pneumopatas, doenças hematológicas, dentre outros, e apoiar a investigação de casos suspeitos de eventos adversos pós-vacinação.



Link

Confira as vacinas disponibilizadas pelo CRIE e conheça os imunobiológicos especiais e suas indicações acessando o *folder* explicativo do CRIE, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_crie_2011_web.pdf>.

Lembre-se de que uma vacinação segura implica: utilizar vacinas de qualidade; realizar corretamente a técnica de aplicação, respeitando a dose, via, indicação e contraindicação, etc.; monitorar os eventos adversos pós-vacinação (EAPV) que, por ventura, possam ocorrer; além de fortalecer alianças com os meios de comunicação com mensagens claras sobre as estratégias, prioridades e segurança da vacinação.

Entende-se por evento adverso pós-vacinação (EAPV) qualquer ocorrência clínica indesejável em indivíduo que tenha recebido algum imunobiológico. Um evento que está temporalmente associado ao uso de uma vacina nem sempre tem relação causal com a vacina administrada. Esses eventos podem ser relacionados à composição da vacina, aos indivíduos vacinados, à técnica usada em sua administração ou a coincidências com outros agravos.

Os eventos adversos podem ser locais ou sistêmicos, leves, moderados ou severos (graves). De acordo com o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, é considerado evento adverso grave aquele que:

- necessite de hospitalização por pelo menos 24 horas;
- gere incapacidade significativa ou persistente (sequela);
- resulte em anomalias congênitas;
- cause ameaça à vida (necessidade de intervenção imediata para evitar o óbito); ou
- leve ao óbito (BRASIL, 2012b).

Sempre que você identificar um possível caso de Evento Adverso Pós-Vacinação, adote as medidas de notificação disponíveis no Manual de vigilância com informações sobre os principais eventos associados às vacinas utilizadas na rede pública. Consulte a conduta a ser adotada diante da ocorrência desses agravos (BRASIL, 2008).

O Brasil ampliou o Calendário Básico de Vacinação da Criança em 2012 com a introdução da vacina polio injetável (VIP) com vírus inativado. A injetável só será aplicada para crianças cujos calendários de vacinação estejam iniciando. A VIP será aplicada aos 2 e aos 4 meses de idade da criança. Já os reforços serão realizados com a vacina oral aos 6 e aos 15 meses de idade.

Outra conquista foi, em 2012, a vacina pentavalente que reúne em uma só dose a proteção contra cinco doenças (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e as causadas pelo *Haemophilus influenza B*). As crianças serão vacinadas aos 2, aos 4 e aos 6 meses de idade (BRASIL, 2012).

3.3 Orientações sobre a alimentação da criança

Outro ponto relevante a ser considerado nas consultas de puericulturas realizadas no âmbito da Atenção Básica refere-se à alimentação da criança. A alimentação inadequada nos primeiros anos de vida relaciona-se intimamente à morbimortalidade de crianças em virtude de doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes, como ferro, zinco e vitamina A. Atualmente, no Brasil, 50% das crianças menores de 2 anos apresentam anemia por deficiência de ferro e 20% apresentam hipovitaminose A. Estima-se que ações de promoção do aleitamento materno e ações de promoção da alimentação complementar sejam capazes de reduzir, respectivamente, em até 13% e 6%, a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (BRASIL, 2012c).



Link

Com a integração das duas estratégias: Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), as famílias atendidas pelo SUS poderão obter informações sobre a importância do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças com até 2 anos de idade. O Ministério da Saúde elaborou um guia de alimentação que auxilia os profissionais de saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/enpacs_10passos.pdf>.

Outra ação que se alia aos esforços no sentido de reduzir a mortalidade infantil é o programa Brasil Carinhoso, lançado com o objetivo de tirar da miséria crianças até 6 anos, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a R\$ 70. O programa possui três eixos de ação: o reforço da renda familiar, por meio do programa Bolsa Família, o acesso a creches e a ampliação da cobertura de saúde. O Brasil Carinhoso destina-se às famílias extremamente pobres que tenham crianças nessa faixa etária, com foco no Norte e no Nordeste, pois são essas as regiões do país em que a maioria das crianças em tais condições vivem. Além do ingresso em creches, as crianças terão maior acesso aos bens e serviços de saúde, com ações como controles de anemia e da carência de vitamina A e distribuição de medicações gratuitas contra asma (BRASIL, 2012d).

Agora, confira a seguir algumas considerações sobre a alimentação em crianças. Ademais, sobre a promoção do aleitamento materno exclusivo, consulte o álbum seriado, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).



Leitura Complementar

Consulte o álbum seriado produzido pelo Ministério da Saúde. Nele você encontrará informações atualizadas sobre o aleitamento materno. Confira.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno 2. ed., revisada. Álbum seriado. 18p. Brasília: 2007. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf>.

3.3.1 Alimentação complementar para crianças menores de 2 anos

Acompanhe o quadro 8, a seguir, e veja o esquema para a introdução dos alimentos complementares:

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 8 – Orientações para a alimentação complementar da criança
Fonte: Brasil (2009b); Brasil (2010).

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

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

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

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

Crianças que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 500 ml por dia. Lembre-se de solicitar apoio do nutricionista do NASF para complementar suas orientações às famílias e à criança.

Cuidados no preparo da alimentação:

- a) a água deve ser tratada, fervida ou filtrada;
- b) lavar as mãos com água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;
- c) todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação precisa ser lavado e enxaguado com água limpa;
- d) os alimentos contidos nas papas salgadas devem ser bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados;

- e) as frutas devem ser bem lavadas, em água corrente, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca;
- f) a sobra do prato não deve ser oferecida novamente, nem a sobra da mamadeira.

Mesmo contraindicados, sabemos que o uso de mamadeiras e chupetas em nossa cultura ainda persiste. Sabemos ainda que ambos prejudicam a formação da arcada dentária, a fala e a amamentação. No entanto, muitos pais recorrem a este recurso nos seus cotidianos. Por isso, é necessário orientar adequadamente como higienizar esses objetos, para evitar infecções.

As mamadeiras¹² e bicos são mais difíceis de limpar que os copinhos. A mamadeira e o bico necessitam ser passados em água fria imediatamente após o uso. Para completar a higienização, deve-se ainda, utilizar uma escova específica para mamadeira, lavando o objeto com água quente e sabão neutro. As mamadeiras deverão ser fervidas pelo menos uma vez ao dia.

12 A mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreia. Por isso, devemos sempre reforçar as orientações sobre sua correta higienização.

As formas de esterilizar as mamadeiras lavadas podem incluir:

- a) Fervura: para ferver a mamadeira, é preciso colocá-la em um recipiente com água e submergi-la completamente. Deixar a mamadeira fervendo na água borbulhante durante pelo menos 10 minutos.
- b) Submersão em solução de hipoclorito de sódio: manter o objeto submerso por pelo menos 30 minutos.
- c) Os bicos devem ser revirados de dentro para fora de modo a facilitar a completa remoção de resíduos. É indicado o uso de sal ou outro produto abrasivo, como o sabão neutro. Após, é necessário utilizar o método da fervura ou submersão em hipoclorito de sódio. A troca dos bicos artificiais deve ocorrer a cada seis semanas, pois o acúmulo de resíduos nas dobras acomoda microrganismos como fungos e bactérias.

3.3.2 Alimentação para crianças não amamentadas e desmame precoce

Quando o desmame é inevitável, indicado (como no caso da mãe soropositiva para o vírus HIV e HTLV-1 e HTLV-2) ou não pôde ser revertido após orientações e acompanhamento dos profissionais de saúde, a melhor opção para crianças totalmente desmamadas com idade inferior a quatro meses é a alimentação láctea, por meio da oferta de leite humano pasteurizado proveniente de Banco de Leite Humano, quando disponível. O uso de leite de vaca e/ou fórmula infantil deve ser avaliado pelo profissional de saúde (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010).

É importante lembrar que o leite de vaca não modificado deve ser evitado no primeiro ano de vida em função do seu pobre teor e baixa disponibilidade de ferro, o que pode predispor à anemia, além de aumentar o risco de desenvolvimento de alergia alimentar, de distúrbios hidroeletrólíticos e predisposição futura para excesso de peso e diabete *mellitus*.



Link

Consulte o esquema alimentar diário para crianças menores de 2 anos não amamentadas, no *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

Para acompanhar as crianças desmamadas precocemente, solicite apoio do nutricionista ou do pediatra da equipe NASF. Juntos vocês poderão discutir acerca das necessidades da criança, na perspectiva da integralidade do cuidado.

A criança também deve receber água em temperatura ambiente no intervalo das refeições, no mínimo 3 a 4 vezes por dia, de acordo com o que pode ser visto no quadro 9.

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

Quadro 9 – Frequência e volume da alimentação da criança pequena desmamada de acordo com a idade
Fonte: Brasil (2009b); Brasil (2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010) também recomenda a diluição correta do leite em pó e do leite integral fluido para crianças menores de quatro meses, da seguinte forma:

Leite em pó integral:

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

Leite integral fluido:

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

Os valores indicados acima são aproximados, variando conforme o peso corporal da criança nas diferentes faixas etárias. Após os quatro meses de idade, o leite integral líquido não é mais diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. Além disso, o preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

Caso a criança não esteja mais sendo alimentada ao peito, oferecer quatro refeições diárias, além de duas refeições lácteas, a partir dos quatro meses de vida. Veja o quadro 10, a seguir.

- duas refeições básicas (almoço e jantar) e duas frutas, além do leite sem adição de açúcar. A composição das papas, forma de introdução e consistência devem seguir as orientações contidas a seguir:

MENORES DE 4 MESES	DE 4 A 8 MESES	APÓS COMPLETAR 8 MESES	APÓS COMPLETAR 12 MESES
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de Fruta	Fruta	Fruta
	Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
	Papa de Fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou cereal ou tubérculo
	Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Quadro 10 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas
Fonte: Brasil (2010).

Obs.1 – Se a criança estiver recebendo fórmula infantil, não há necessidade de suplementação com ferro e vitaminas, porque já são enriquecidas. Fórmulas infantis são os leites industrializados próprios para o lactente.

Obs. 2 – Se a criança estiver recebendo preparação com leite de vaca integral em pó ou fluido, seguir o seguinte esquema: com 2 meses – suplementação com vitamina C (30mg/dia), suco de fruta ou suplemento medicamentoso; na idade de 2 a 3 meses – suplementação com ferro (1 a 2mg por kg de peso/dia) até que a alimentação complementar seja introduzida e supra as necessidades desses minerais.

Em relação à interrupção e conseqüente descontinuidade do aleitamento materno, é preciso que a equipe de saúde entenda que o desmame não é um evento, e sim um processo que faz parte da evolução da mulher como mãe e do desenvolvimento da criança. Nessa lógica, o desmame deveria ocorrer naturalmente, na medida em que a criança vai adquirindo competências para se alimentar.

No desmame natural, que pode ocorrer em diferentes idades, a criança autodesmama, entre os 2 e 4 anos, em média, e raramente antes de um ano. Costuma ser gradual, no entanto pode acontecer subitamente, como, por exemplo, em uma nova gravidez da mãe. É importante ressaltar que a mulher participa ativamente do processo de desmame. O profissional de saúde deve apoiá-la nesse momento, considerando que, com frequência, a mulher sente-se pressionada a desmamar mesmo sem que ela e o bebê estejam prontos para tal.

Existem vários mitos relacionados à amamentação dita “prolongada”, tais como as crenças de que aleitamento materno além do primeiro ano é danoso para a criança sob o ponto de vista psicológico, que uma criança jamais desmama por si própria, que a amamentação prolongada é um sinal de problema sexual ou necessidade materna e não da criança, e que a criança que mama fica muito dependente. Algumas mães, de fato, desmamam para promover a independência da criança. No entanto, é importante lembrar que o desmame provavelmente não vai mudar a personalidade da criança. Além disso, o desmame forçado pode gerar insegurança na criança, o que dificulta o processo de independização (BRASIL, 2009b, p. 64).

As razões mais frequentemente alegadas para a interrupção precoce são leite insuficiente, rejeição do peito pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas nas mamas.

É importante que a mãe não confunda o autodesmame natural com a chamada “greve de amamentação” do bebê, que ocorre principalmente em crianças menores de um ano. Tem início súbito e inesperado e a criança parece insatisfeita. Geralmente é possível identificar uma causa específica para a insatisfação da criança: 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 (BRASIL, 2009b).

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

Sinais Indicativos de que a Criança Está Madura para o Desmame (BRASIL, 2009b):

- a) idade maior que um ano;
 - b) **diminuição**¹³ do interesse nas mamadas;
 - c) aceitação de 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 amamentar;
 - i) às vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar.
-
- 13** A criança pode estranhar o gosto do leite, que se altera, e o volume, que diminui.
-

O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois, se a criança não está pronta, ela pode se sentir rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, e luto pela descontinuidade da amamentação ou por mudanças hormonais. É importante que a mãe não confunda o autodesmame natural com a chamada greve de amamentação do bebê.

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 e a apoie nesse processo. Entre os fatores que facilitam o processo do desmame, encontram-se os seguintes:

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

- e) o suporte e a atenção adicionais à criança – a mãe deve evitar se afastar nesse período;
- f) a ausência de outras alterações na rotina, como, por exemplo, controle dos esfíncteres, separações, mudança de residência, entre outras;
- g) sempre que possível, fazer o desmame gradual, retirando uma mamada do dia a cada uma ou duas semanas (BRASIL, 2009b, p. 65).

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

- a) Se a criança for maior, o desmame pode ser planejado com ela.
- b) Pode-se propor uma data, oferecer uma recompensa e até mesmo uma festa.
- c) A mãe pode começar não oferecendo o seio, mas também não recusando.
- d) Pode também encurtar as mamadas e adiá-las.
- e) Mamadas podem ser suprimidas distraindo a criança com brincadeiras, chamando amiguinhos, entretendo a criança com algo que lhe prenda a atenção. A participação do pai ou de outros cuidadores 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 (BRASIL, 2009b, p. 65).

Além dessas ações que podem ser comuns aos profissionais que realizam a avaliação da criança, é importante que o enfermeiro igualmente consiga traçar uma linha de cuidados voltados para a promoção da saúde em várias dimensões, na perspectiva do trabalho em equipe interdisciplinar e na integralidade da atenção à saúde.

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

Embora tenhamos focado a consulta de enfermagem em puericultura, gostaríamos enfatizar a importância do trabalho em equipe multidisciplinar para um atendimento à saúde da criança ampliado e integral. Nesse sentido, vale lembrar que é possível avaliar e observar o crescimento e o desenvolvimento infantil em vários momentos e a partir de distintos olhares:

- durante a aplicação de uma vacina;
- nas visitas domiciliares;
- quando não é a criança que está em atendimento, como nos casos em que ela acompanha a mãe a uma consulta, por exemplo. Lembre-se de que tais ações podem ser executadas pelos diferentes profissionais da equipe nos mais variados encontros com as crianças e seus familiares.

Durante a puericultura, o profissional precisa manter um canal aberto de diálogo e discussão com a família da criança, assim como deve estabelecer estratégias de atendimento em conjunto com os demais colegas da equipe, buscando compartilhar informações, dúvidas, situações singulares, etc, na perspectiva de integrar os diferentes olhares e saberes necessários ao cuidado humanizado, acolhedor e integral.



Leitura Complementar

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

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

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

GEHRMANN, T. et al. O grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente. **Ciência e Cuidado à Saúde**, v. 6, n. 1, p.120-125, jan/mar. 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4984/3232>>.

BELO HORIZONTE. **Atenção à saúde da criança**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas gerais - Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>>.

Para refletir

Uma criança de 4 anos é trazida pela mãe para vacinação e a enfermeira identifica visualmente que ela apresenta dentes com cárie. A enfermeira então conversa com a mãe, procurando discutir questões de saúde bucal, como orientações para uma adequada higiene bucal, sobre a necessidade de agendar uma consulta com o dentista, além de convidar a mãe para um grupo educativo com o nutricionista do NASF. Neste caso, uma vez identificada a necessidade de saúde, a enfermeira adotou uma postura ativa de intervir a partir da identificação de necessidades, na perspectiva do acolhimento e do cuidado integral à saúde, que deve acontecer nos diferentes espaços de atuação da equipe de saúde.

E na sua equipe? Como ocorre este processo?

Os profissionais de saúde adotam posturas semelhantes a esta?

Como os profissionais do NASF participam da atenção integral à saúde da criança?

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, destacamos ações relacionadas ao acompanhamento da criança na Atenção Básica e as ações da equipe de saúde para a promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento: focamos nosso estudo na consulta de puericultura (entrevista, exame físico, avaliação do crescimento e desenvolvimento; orientações odontológicas; imunizações; e recordamos ainda a alimentação na primeira infância e os cuidados referentes ao uso de bicos e chupetas artificiais. Enfatizamos a importância da família e do trabalho em equipe durante o acompanhamento de todo o processo de crescimento e desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

BONATTO, R. C. et al. Curvas de percentis de valores normais de medidas ecocardiográficas em crianças eutróficas procedentes da região centro-sul do estado de São Paulo. **Arq. Bras. Cardiol.** Botucatu, v. 87, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/06.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Recomendações para imunização de pessoas infectadas pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 16 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0932_M.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno.** 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 18 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na Atenção Básica.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/enpacs_10passos.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Imunizações: calendário básico da vacinação da criança.** Brasília, 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462>. Acesso em: 21 maio, 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Imunizações: eventos adversos pós-vacinação.** Brasília, 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30950&janela=1>. Acesso em: 21 maio 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica a Saúde. **Lançada nova estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1528>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Portal Brasil. **Ações do Brasil Carinhoso começam a valer a partir desta terça-feira (15)**. Brasília, 2012d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/05/15/acoes-do-brasil-carinhoso-comecam-a-valer-ja-nesta-terca-feira-15>>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. **Caderno de Atenção Básica**, n. 33. Brasília, 2012.

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

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.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Enfermagem

Unidade 4



4 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA

Desde o momento de sua concepção e mesmo durante o período intrauterino, a criança já pode ser considerada parte integrante da sociedade na qual foi gerada, sofrendo, portanto, as consequências das condições sociais, históricas e familiares que a cercam. Diante desta realidade, alguns questionamentos vêm à tona, como, por exemplo:

Você já parou para pensar como os meios familiar e social das crianças que cuidamos diariamente são constituídos? O que existe ao redor dessas crianças? Como são suas relações afetivas? Em que medida esses espaços influenciam no processo saúde-doença?

Alguma vez você já parou para refletir como nós, profissionais de saúde, podemos contribuir para a qualidade de vida da criança e de seus familiares desde as primeiras etapas da infância?

Será que sua abordagem na atenção à criança pode ser ainda melhor?

Neste sentido, propomos aqui discutir questões que circundam a criança e os distintos ambientes em que ela vive. Pretendemos identificar a influência exercida pelo meio ambiente e pela família no processo saúde/doença da criança e, conseqüentemente, planejar ações que promovam qualidade de vida, na perspectiva do processo de gestão compartilhada do cuidado em que, tanto familiares como profissionais, sejam corresponsáveis pela saúde da família.

4.1 A Comunicação com a criança e a família

O profissional da Atenção Básica, por (idealmente) acompanhar toda a família na ESF, com o apoio do NASF, tem a possibilidade de estabelecer um vínculo especial com todos. Esta condição oportuniza conhecer melhor a dinâmica familiar, facilitando, desse modo, o processo de acompanhamento da criança. Muitas vezes, são esses profissionais que realizam o pré-natal da mãe, atendem o pai e os avós da criança.

É preciso lembrar que muitos problemas se resolvem de forma espontânea e, nesses casos, o mais importante é dar apoio e segurança à família.

Para melhor obter informações, o médico, o enfermeiro, o dentista, assim como os profissionais do NASF, podem lançar mão de perguntas facilitadoras, específicas e abertas. Desta forma, sentimentos negativos ou problemas familiares previamente não percebidos podem vir à tona, facilitando o planejamento de ações eficazes direcionadas ao cuidado da criança.

Esta estratégia está bem desenvolvida no projeto *Bright Futures*, que mostra dezenas de sugestões daquilo que os autores chamam de perguntas-gatilho, destinadas às mais distintas 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 ter sutileza ao adentrar 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 são condutas indicadas. 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. É fundamental discutir e esclarecer dúvidas, tendo em vista que evitar a ansiedade na família pode prevenir somatizações e problemas emocionais.

Busque uma [aliança terapêutica](#)¹⁴ com a família. A comunicação com a família envolve uma certa carga emocional, às vezes, difícil para o profissional de saúde, e isso é normal. Mas é importante procurar refletir sobre os seus sentimentos, ao invés de negá-los.

14 A aliança terapêutica é um conceito construído ao longo dos encontros e da interação entre o profissional de saúde e os usuários. Dela depende o sucesso do próprio processo terapêutico.

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

4.2 A criança e a escola

4.2.1 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.

A exemplo das escolas, também as creches se mostram como ambientes coletivos favoráveis ao desenvolvimento de ações promotoras de saúde.

Dentre as ações promotoras, destacam-se as políticas relativas à alimentação infantil. Por exemplo, o consumo da sacarose na infância está condicionado a múltiplos fatores e, portanto, requer uma abordagem abrangente nos diferentes cenários em que a criança vive. Veja o quadro a seguir, nele estão detalhados o tipo de estratégia e as abordagens possíveis:

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.

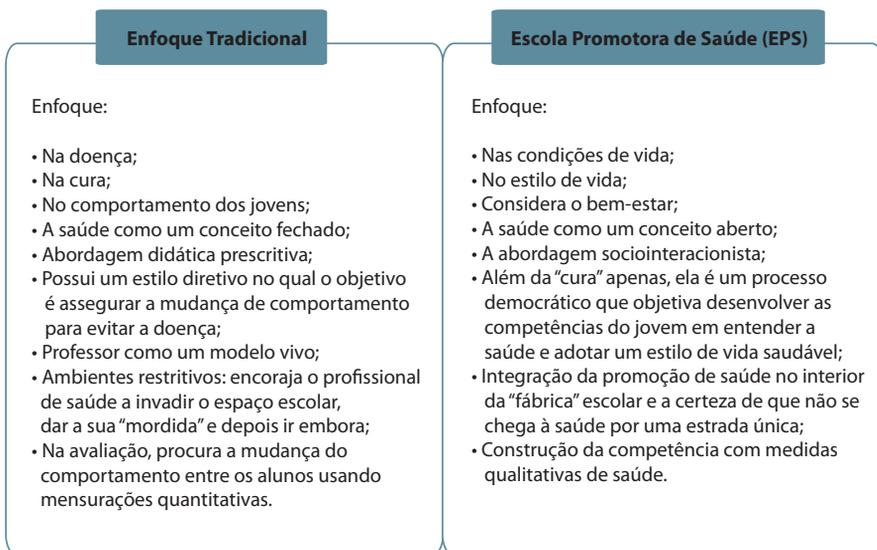
Quadro 11 – Estratégias de abordagem de dieta nos cenários de vivência das crianças
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

4.2.2 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.

A Escola Promotora de Saúde (EPS), de acordo com a OMS (OPS/OMS, 1998), “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 12:



Quadro 12 – Diferença entre o enfoque tradicional de saúde na escola e escola promotora de saúde
Fonte: Elaborado com base em Sociedade Brasileira de Pediatria (2005).

É importante que o profissional da Atenção Básica saiba que existem programas sobre Saúde do Escolar no seu município. Informe-se. Converse com o assistente social do NASF!

4.2.3 Processo de aprendizagem

Os problemas escolares enfrentados pela criança constituem um verdadeiro desafio e, por isso, devem ser alvo das ações de cuidado promovidas pelos profissionais da Atenção Básica em conjunto com a escola e com a família. A **abordagem interdisciplinar**¹⁵ desenvolvida por meio do trabalho em equipe é a forma mais adequada de avaliar e gerir as complexas **dificuldades de aprendizagem**¹⁶, que muitas vezes são a causa do mau desempenho escolar e os possíveis problemas de saúde da criança. O papel principal do profissional de saúde é identificar e excluir as possíveis causas clínicas envolvidas nesse processo.

De acordo com Schirmer, Fontoura e Nunes (2004), as crianças que estejam vivenciando tais problemas na escola podem ser ajudadas a alcançar seu potencial pleno, por meio da obtenção da história clínica, social e familiar e da realização de uma avaliação clínica. Também é útil que os profissionais envolvidos estejam familiarizados com o sistema educacional e escolar da comunidade além de conhecerem os direitos da criança à educação de qualidade. Nesses casos, o assistente social do NASF pode contribuir, procurando discutir com a equipe as leis educacionais voltadas à construção de ambientes menos restritivos e estabelecendo e ou apoiando na comunicação com os funcionários da escola, quando necessário.

Exames complementares só se justificam se o exame físico e ou a história sugerirem 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 durante a avaliação do desempenho escolar. Existem, no entanto, casos em que essas questões são supervalorizadas, de tal modo que podem estigmatizar a criança e resultar em tratamentos medicamentosos desnecessários.

No Brasil, cerca de 40% das crianças em séries iniciais de alfabetização apresentam dificuldades escolares. Sabe-se que, se um aluno com dificuldades

15 A interdisciplinaridade não dilui as disciplinas, ao contrário, mantém sua individualidade. Mas integra as disciplinas a partir da compreensão das múltiplas causas ou fatores que intervêm sobre a realidade e trabalha todas as linguagens necessárias para a constituição de conhecimentos, comunicação e negociação de significados e registro sistemático dos resultados. (BRASIL, 1999, p. 89).

16 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.

de aprendizagem for bem avaliado pelos profissionais de saúde e educação, em conjunto com a família, poderá obter êxito nos resultados escolares.



Leitura Complementar

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?>>.

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/pdf/rbee/v13n2/a02v13n2.pdf> >.

4.3 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. Estabelecer os limites necessários, no momento certo, é fundamental para promover o bem-estar da criança e qualidade de vida no decorrer do desenvolvimento infantil.

Debater este tema precocemente com a família, antes dos nove meses e, se possível, antes do nascimento, é uma ação que os profissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF devem assumir nos diferentes encontros com as famílias de sua comunidade.

Confira algumas orientações que devem ser discutidas com os 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) Escutar cuidadosamente a criança e ajudá-la a usar palavras que expressem seus sentimentos.
- e) Ser flexível, principalmente com crianças mais velhas e adolescentes, ouvindo e negociando, para reduzir os episódios de discordância do comportamento da criança com as expectativas dos pais.

- f) Envolver as crianças nas tomadas de decisão.
- g) Prover a criança de oportunidades de escolha, sempre que opções apropriadas existirem, e ensiná-la a avaliar as possíveis consequências de tais escolhas.
- h) Reforçar os pontos positivos com elogios.
- i) Prezar e reforçar o respeito, a comunicação respeitável e as estratégias de resolução colaborativa de problemas.
- j) Regras são essenciais e admite-se o relaxamento em ocasiões especiais: doenças, férias, acontecimentos excepcionais.
- k) Ser sempre coerente, agindo sempre da mesma maneira, é primordial.
- l) Não fazer uso de gritos ou punição física.

4.4 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, ou seja, nos primeiros seis anos de vida. Essas primeiras relações são determinantes para a vida adulta.

Assim, a atenção integral à saúde infantil implica possibilitar que a própria criança organize suas experiências. É necessário que suas necessidades humanas essenciais sejam atendidas e que ela seja percebida em sua condição biológica e cultural, com identidade e subjetividade próprias e singulares.

Nesta perspectiva, cabe à família orientar, preservar e proteger as crianças das possíveis agressões do meio ambiente e da sociedade. Cabe, portanto, ao profissional da Atenção Básica, discutir com os familiares ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças e agravos, possibilitando, desta maneira, que a criança se torne um adulto com qualidade de vida e bem-estar.

Trataremos a seguir de alguns temas diretamente ligados às questões acima mencionadas. Veja com atenção.



Leitura Complementar

BELO HORIZONTE. **Atenção à saúde da criança**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>>.

4.4.1 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 atraso no desenvolvimento das funções pulmonares das crianças, a maior chance de os filhos fumarem quando se tornarem 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 planejar estratégias para a cessação do hábito do tabaco. Se possível, devem ser encaminhados para um grupo antitabagista de referência e receber material didático-informativo.



Leitura Complementar

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>>.

4.4.2 Atividade física

- a) Avaliar, com a família, o nível dos exercícios e o tempo gasto com atividades físicas.
- b) Avaliar o tempo utilizado em sedentarismo (televisão, telefone, jogos eletrônicos e computador).
- c) Enfatizar para a família os benefícios da atividade física regular.
- d) Discutir o fato de que os hábitos para uma vida saudável iniciam-se na infância.
- e) Encorajar a diminuição do tempo de sedentarismo (não mais que duas horas) e aumentar o tempo das brincadeiras.
- f) Individualizar os benefícios da atividade física, inclusive a sensação de bem-estar.
- g) Incentivar, precocemente, a adoção de um estilo de vida ativo, a ser iniciado, idealmente, aos 2 anos e mantido pelo resto da vida.
- h) 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).

- i) Mesmo os pequenos aumentos na atividade física são benéficos.
- j) Encorajar atividades que promovam benefícios à saúde. Essas 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.
- k) Encorajar atividades que promovam adesão por longos períodos. Deve-se procurar tornar essas atividades prazerosas, convenientes e acessíveis financeiramente.
- l) Incentivar os que já se encontram em atividade física regular a se manterem na mesma.
- m) Instruir os pais a planejar atividade física (jogos, brincadeiras e esportes) ao invés de refeições como parte da recompensa ao bom desempenho da criança.
- n) 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.

4.4.3 Televisão

Estimular as seguintes ações:

- a) Promover 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. É recomendado que os programas sejam informativos, educacionais e não violentos.
- d) Assistir a programas de televisão e filmes com as crianças e discutir seu conteúdo.
- e) Encorajar entretenimentos alternativos para as crianças, como ler, atividades físicas, *hobbies* e brincadeiras criativas.

4.4.4 Proteção contra raios ultravioletas (UV)

O profissional de saúde deve discutir com a família acerca da importância da proteção diária contra raios ultravioletas. É indicado que essa questão seja abordada 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. Essas 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 nas quais possam ocorrer queimaduras. Tomar cuidado com dias nublados, pois apresentam maior índice de queimadura.
- f) Bonés devem ser usados com a aba para a frente, para a proteção da face e dos olhos.

4.4.5 Infecção de vias aéreas superiores (IVAS)

Discutir com os pais ou cuidadores de crianças com idade menor ou igual a 2 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.

4.4.6 Posição para dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS)

- a) Para dormir, a criança deve ser colocada sempre em posição supina, mesmo em breves períodos de sono, principalmente se essa já é a sua posição de costume.
- b) A superfície onde a criança é colocada para dormir deve ser firme.
- c) Deve-se 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 e crianças durmam na mesma cama.

4.4.7 A chupeta

- a) Se possível, o uso de chupetas deve ser evitado, mas se houver uso, orientar no sentido de que não deva ser molhada em [soluções adocicadas](#)¹⁷.
- 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.

17 Lembre-se de que o mel é contraindicado para crianças menores de 1 ano devido ao risco aumentado de botulismo.

4.4.8 Leitura para pré-escolares

- a) Promover e estimular que pais leiam precocemente (6 meses a 5 anos) para as crianças.



Link

Para maiores informações sobre método de promoção de leitura precoce, acessar o [site do Reach Out And Read National Center](http://www.reachoutandread.org). Disponível em: <<http://www.reachoutandread.org>>.

4.4.9 Prevenção de acidentes

À medida que a criança cresce, sua curiosidade pelo ambiente aumenta progressivamente. Os movimentos em busca de novas descobertas podem aumentar o risco de acidentes.

Medidas de cuidado e supervisão contínua podem impedir acidentes graves, fatais ou que deixam sequelas que podem comprometer as outras fases do ciclo de vida. Observe os seguintes cuidados descritos abaixo:

- a) colocar proteção nas laterais do berço do bebê e telas nas janelas quando a criança já se locomove sozinha;
- b) não deixar a criança sozinha em cima de móveis, nem sob os cuidados de outra criança;
- c) cuidar com líquidos quentes e panelas no fogão;
- d) cuidar para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros;
- e) utilizar brinquedos grandes e inquebráveis;

- f) nunca deixar a criança sozinha na banheira;
- g) não deixar medicamentos e produtos de limpeza ao alcance das crianças;
- h) manter as crianças afastadas de sacos plásticos, piscinas, baldes com água;
- i) colocar protetores nas tomadas elétricas;
- j) evitar fios elétricos soltos e ao alcance das crianças;
- k) transportar as crianças no veículo de acordo com as normas de trânsito.

O profissional de saúde pode discutir com os pais ou responsáveis acerca da adoção de medidas que contribuam na prevenção de acidentes. Com isso, é possível reduzir consideravelmente a exposição das crianças a possíveis situações perigosas, causadoras de **injúrias físicas**¹⁸.

18 As injúrias físicas são um dos maiores problemas mundiais de saúde pública. As causas externas respondem por 53% da sobrecarga total das dez principais doenças entre 5 a 14 anos de idade. Existem evidências suficientes para recomendar orientação sobre este tema em todas as consultas de rotina.

4.4.10 Prevenindo a violência

Toda criança tem o direito de crescer e se desenvolver com qualidade.

A criança amada e desejada cresce mais tranquila e tende a se relacionar de forma mais harmoniosa com seus pais/cuidadores e com outras crianças. A exposição de crianças a situações de violência pode comprometer seu desenvolvimento físico, emocional e mental.

Quando os maus-tratos ocorrem na infância, os prejuízos são maiores do que em qualquer outra faixa etária. Como o aprendizado se dá pela imitação do comportamento dos adultos, crianças que assistem ou são vítimas de contínuas cenas de violência em casa podem achar que essa é uma forma natural de lidar com os conflitos e, assim, passar a adotar esse modelo de comportamento.

Os seguintes sinais: manchas roxas, queimaduras de cigarros, mãos queimadas em luvas, secreção/sangue na genitália e ânus, medo do contato físico, choro sem causa aparente, tristeza, isolamento, agressividade, criança faltar à escola e negligência na saúde e higiene podem significar que a criança está sendo vítima de violência.

Ficar atento para esses sinais ou sintomas é um papel contínuo dos pais/cuidadores e profissionais de saúde. Quando você se deparar com um caso suspeito de violência ou abuso infantil, lembre-se de que os profissionais do NASF, como o assistente social ou o pediatra podem apoiá-lo e auxiliá-lo a conduzir essa situação de maneira mais adequada, sem expor a família ou a criança, garantindo-lhes atendimento e proteção.



Leitura Complementar

BRASIL. Linha de Cuidado para Atenção Integral à saúde a Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf>.

Para refletir

Durante um atendimento odontológico, o auxiliar de consultório dentário e o dentista percebem que a criança encontra-se extremamente resistente ao contato físico e verbal dos profissionais. Ao falar com a avó, responsável pela criança no momento do atendimento, ela informa que os pais estão separados, a mãe trabalha em um escritório em turno integral e o pai da criança é ausente. A criança fica sob os cuidados de uma babá enquanto sua avó e sua mãe trabalham.

Na tentativa de realizar os procedimentos necessários, o dentista identifica a presença de manchas roxas na região cervical da criança. Nesse momento, suspeita de maus tratos e violência doméstica.

A fim de preservar a criança e a família e proporcionar uma atenção integral à menina, a equipe de saúde bucal discute o caso com o assistente social do NASF e solicita avaliação conjunta com o médico e o ACS da respectiva microárea. Juntos, os profissionais discutem como proceder diante daquela situação familiar.

E na sua equipe? Você já se deparou com algum caso de violência doméstica?

Quais foram, ou seriam, as suas condutas? O caso foi discutido em equipe? E os profissionais do NASF, como contribuíram ou poderiam contribuir?

SÍNTESE DA UNIDADE

Iniciamos, abordando a comunicação com a criança e a família. Em seguida, enfocamos a criança e a escola, analisando os tipos de escolas que promovem a saúde e as diferenças para um enfoque tradicional. Analisamos, também, as questões familiares envolvidas no desenvolvimento saudável da criança, como estabelecer limites e dar bons exemplos. Por fim, vimos questões que podem ser orientadas e estimuladas pelo profissional da saúde, bem como orientações diretas à família em relação ao fumo, às atividades físicas, à televisão, à proteção contra raios UV, infecção de vias aéreas superiores, prevenção de acidentes e outros temas básicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. 7. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_saude_menina_passaporte_cidadania.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: ensino médio. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

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.

MOYSES, M. A. **A institucionalização invisível**: crianças que não aprendem na escola. 2. ed. Campinas: Mercado de Letras: FAPESP, 2008.

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

OPS/OMS. Escuelas Promotoras para la Salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. **Comunicación para la Salud**, n. 13. Washington: OPAS/OMS, 1998.

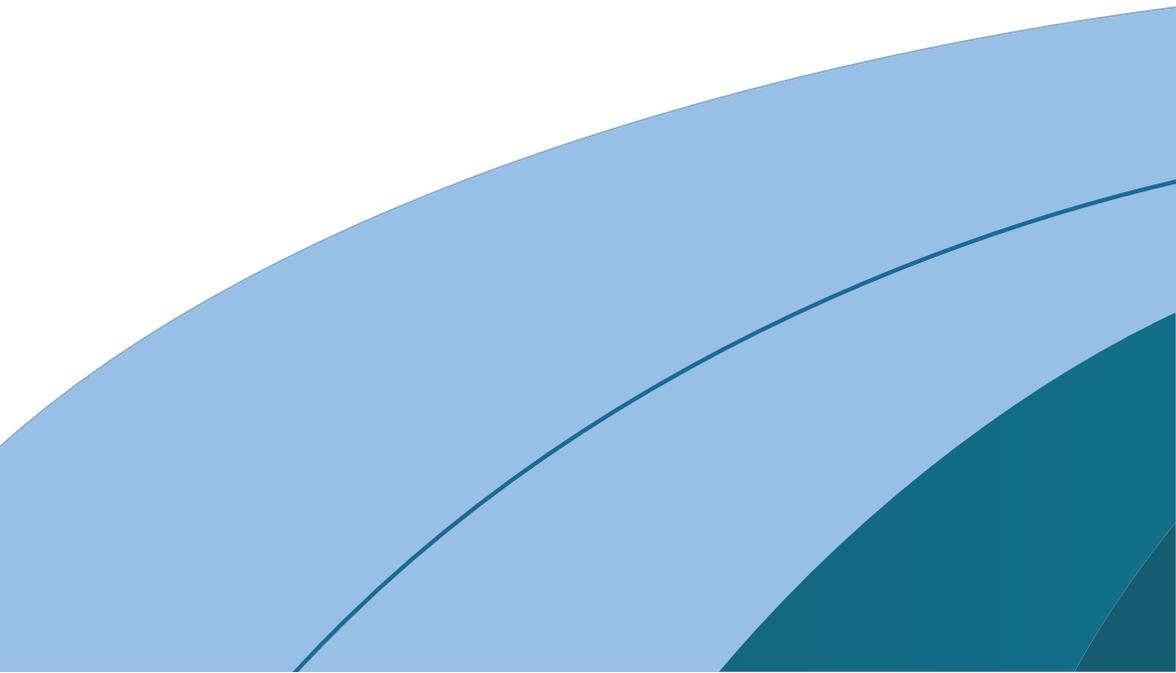
SCHIRMER, C. R.; FONTOURA, D. R.; NUNES, M. L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa11.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2006. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/manuais/manual_alim_dc_nutrologia.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Enfermagem

Unidade 5



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

Nesta unidade, resgataremos a importância do planejamento do trabalho em equipe e discutiremos a organização do fluxo de atendimento à criança. Para tanto, é necessário conhecer os indicadores de saúde discutidos anteriormente para a avaliação de fatores de risco à saúde da criança e para o planejamento de ações individuais e coletivas. Também vamos aprofundar o estudo das ações educativas.

Para um atendimento integral à criança, além das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, é preciso que a equipe esteja preparada para fazer uma abordagem que avalie os principais sinais de alerta no exame da criança e saiba que condutas tomar diante das alterações. Além disso, é importante que a comunicação com a criança e a família seja acolhedora e efetiva.

À medida que você avança no conteúdo desta unidade, sugerimos que reflita como está o fluxo de atendimento à criança na sua equipe de saúde. Questione-se também se você e sua equipe conhecem as intervenções efetivas propostas atualmente para a abordagem dos problemas mais comuns na saúde da criança.

5.1 Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: fatores de risco relacionados aos agravos à saúde infantil

Na sequência, faremos uma breve revisão acerca da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Você lembra em que momento ela apareceu como um dos programas de atendimento à criança?

A AIDPI é uma política pública que tem o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e foi criada em um momento importante, em que os índices de mortalidade infantil por doenças como diarreia e pneumonia eram alarmantes. A AIDPI surge por um movimento conjunto do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF).

Vamos lembrar algumas das recomendações acerca do foco da AIDPI.

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



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação - introdução: módulo 1, 2. ed. rev. Brasília: Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

No Brasil, a estratégia AIDPI foi adaptada às características epidemiológicas da criança e às normas nacionais. As condutas preconizadas pela AIDPI incorporam todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação equilibrada, crescimento e desenvolvimento, imunização, assim como o controle dos agravos à saúde, tais como: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros. A operacionalização dessa estratégia vem sendo efetivada principalmente pelas equipes que atuam na Atenção Básica e capilarizada em todo o território nacional (BRASIL, 2002, p. 7).

Pensando um pouco em sua realidade. Você sabe como vem acontecendo a implantação e a execução da AIDPI em seu município?

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

Objetiva-se com esta unidade enfatizar alguns aspectos dessa estratégia de AIDPI, dando um enfoque diferente do usualmente preconizado pelo Ministério da Saúde, principalmente em relação aos agravos à saúde mais prevalentes e seu respectivo tratamento.

O conjunto de módulos que contêm o material didático utilizado nos cursos de capacitação em AIDPI, promovidos pelo Ministério da Saúde, são destinados principalmente aos profissionais de saúde que atendem crianças nos serviços de Atenção Básica no Brasil.

Nesse sentido, é importante reforçar que os profissionais da Atenção Básica revisem seus conhecimentos a respeito da AIDPI e procurem realizar o referido curso de capacitação, uma vez que auxilia nos processos de tomada de decisão que envolvem os encaminhamentos a outros níveis da atenção, as condutas diante de agravos prevalentes na infância e a orientação familiar sobre as condutas necessárias no domicílio.



Link

Aprofunde seus conhecimentos sobre AIDPI, consultando o *site* da Editora do Ministério da Saúde, onde estão disponibilizadas as obras que abordam o tema. Acesse todos os módulos do Curso de Capacitação em AIDPI do MS no *site*: <<http://bvsm.s.acesobrasil.org.br/portal/seo-saude-da-crianca-175.htm>>.

No quadro 13 a seguir, vamos recordar alguns passos da AIDPI:

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

Nessa estratégia, os itens do quadro acima têm as seguintes significações:

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

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

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

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

Quadro 13 – Passos da AIDPI
Fonte: Brasil (2002).

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

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

Lembre-se de que, em algumas situações, os problemas encontrados não se relacionam necessariamente a doenças ou processos patológicos agudos. O quadro abaixo relaciona os problemas mais comuns encontrados nos recém-nascidos, suas causas e as ações de enfermagem. Acompanhe:

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

Quadro 14 – Problemas comuns que acometem as crianças recém-nascidas
Fonte: Boehs (2005, p. 240).

De acordo com o que já estudamos até agora, procure responder aos seguintes questionamentos:

Quais as doenças prevalentes na infância no seu território? Qual o papel do enfermeiro nesse processo? Qual o papel da equipe de saúde? Como os profissionais do NASF podem auxiliar nesse processo?

Sua equipe discute o planejamento e a atuação diante dessas doenças? É de conhecimento da equipe quais doenças infantis são as mais comuns no seu território? São as respiratórias e as diarreicas? Provavelmente sim. Por isso, a partir de agora vamos nos deter um pouco na abordagem destas.

As **infecções respiratórias** são classificadas em dois tipos:

- do trato respiratório superior: otite, amigdalite, sinusite, rinofaringite;
- do trato respiratório inferior: epiglote, laringite, traqueobronquite, bronquiolite, bronquite, pneumonia.

O documento *Normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas* (BRASIL, 1993), elaborado em parceria com a Sociedade Brasileira de Pneumologia, Pediatria e Enfermagem, surgiu com a finalidade de orientar a conduta diagnóstica e terapêutica, estimulando o tratamento ambulatorial e a reavaliação obrigatória em 48 horas e estabelecendo critérios para a internação. De igual forma, esse manual foi incorporado às AIDPIs.

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

O processo de avaliação está organizado nos seguintes passos: avaliar a criança quanto ao estado clínico, incluindo a identificação de sinais de risco de vida e a tomada de decisão; classificar a criança de acordo com as seguintes categoriais: menor de 2 meses com tosse ou dificuldade para respirar; de 2 meses a 4 anos com tosse ou dificuldade para respirar; com outros problemas respiratórios, tais como dor de garganta, dor de ouvido, estridor e sibilância (BOEHS, 2005).

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

Sinais de risco:

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

O enfermeiro deve avaliar os sinais e os sintomas e lembrar que tosse, dispneia, chiado, coriza, dor de garganta com duração média de sete dias caracterizam-se como um caso de Infecção Respiratória Aguda (IRA). Lembramos que os sinais mais importantes que indicam a probabilidade de a criança estar com pneumonia são a tosse e a dificuldade para respirar.

Ações de enfermagem:

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

Veja no quadro 15, a seguir, sinais de gravidade e complicações das doenças respiratórias agudas:

DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES	SINAIS DE GRAVIDADE E COMPLICAÇÕES
Amigdalite	Dor de garganta, dificuldade de deglutição, hiperemia de orofaringe, exsudato, adenomegalia cervical dolorosa.	Placas ou membranas (Difteria). Não consegue engolir (abscesso). Aspecto toxoêmico.
Otite Média Aguda (OMA)	Otalgia, otorrêia aguda, sinais otoscópicos (abaulamento e/ou hiperemia do tímpano).	Sinais inflamatórios da mastoide (Mastoidite). Sinais de irritação meníngea.
Sinusite	Tosse e secreção purulenta no nasofaringe e por mais de 7 dias.	Celulite facial. Sinais de irritação meníngea.
Rinofaringite Aguda (Resfriado comum)	Hiperemia de orofaringe. Obstrução nasal. Secreção nasal.	OMA. Sinusite.
Laringotraqueobronquite Laringite Diftérica Epiglottite (Síndrome do Crupe)	Tosse, rouquidão, estridor sem sibilância.	Toxemia, comagem (tiragem extrema com estridor), salivação abundante.
Pneumonia	Mais de 60 RPM em menores de 2 meses. Mais de 50 RPM de 2 meses a 1 ano. Mais de 40 RPM de 1 a 4 anos.	Aspecto toxêmico. Tiragem sub-costal. Cianose.
Bronquiolite	Tosse, taquipnéia, dispnéia, tiragem, batimentos de asas do nariz. Ausculta: crepitações fixas ou evidência de consolidação pulmonar. Pode haver todos os sinais acima e sibilância.	Agitação e/ou prostração. Taquipnéia acentuada. Gemido Respiratório.

Quadro 15 – Normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas
Fonte: Brasil (1993, p. 5).

É importante saber que conduta adotar quando houver agravamento de um dos sintomas. No quadro 16, a seguir, encontram-se sintetizados as condutas recomendadas de acordo com a classificação de risco identificada.

Lembre-se de que a faixa etária mais vulnerável e que apresenta sintomatologias por vezes inespecíficas é a dos lactentes menores de dois meses. Muitos dos sintomas mencionados podem ser confundidos com várias outras patologias. Dentre os sintomas inespecíficos, destacam-se a distensão abdominal, a anorexia, a febre e tiragem subcostal comum ao processo respiratório dessa faixa etária.

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

Abaixo a indicação de conduta para um quadro de tosse ou dificuldade respiratória em criança menor de dois meses:

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

Quadro 16 – Conduta para um quadro de tosse ou dificuldade respiratória em criança menor de dois meses
Fonte: Brasil (1993, p. 12).

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

- Instituir medidas de controle de disseminação de doenças respiratórias, tais como: manter o ambiente ventilado, atentar para a lavagem das mãos, dormir em cama e/ou quarto separado sempre que possível, tossir e/ou espirrar tomando medidas de proteção para não disseminar as gotículas.
- Controlar a temperatura e, em caso de febre, instituir medidas não medicamentosas se a temperatura estiver até 38°C, tais como desagasalhar; dar banho morno; colocar compressa na região das grandes artérias; oferecer líquidos frios. Caso necessário, administre o antitérmico conforme as orientações médicas.
- Manter a alimentação e a hidratação da criança, lembrando aos pais que habitualmente elas podem atravessar um período de inapetência, portanto é importante oferecer alimentos líquidos mais vezes e em menos quantidade.

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

Lembre-se de que o aumento da frequência respiratória, a febre, o vômito e a anorexia podem evoluir muito rapidamente para uma desidratação, portanto estimule a família a ser criativa ao oferecer alimentos e líquidos às crianças, utilizando recipientes coloridos, por exemplo.

Fluidificar secreções, seja pela administração de líquidos mais vezes em menor quantidade, seja através do processo de vaporização¹⁹, tal como a nebulização com soro fisiológico a 0,9%.

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

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

Desobstruir as narinas, lavando-as com soro fisiológico. Injetar 0,5 ml em cada narina sempre que necessário. Lembre a família de desprezar a solução após 24 horas. Os corticoesteroides presentes em descongestionantes nasais são contraindicados na infância.

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

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

Outros agravos relevantes na infância são a **desidratação** e a **diarreia**.

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

A diminuição dos casos de diarreia depende do acesso à água potável, do saneamento ambiental e de hábitos de higiene.

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

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



Leitura Complementar

Para saber mais sobre o assunto, consulte a bibliografia:

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

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

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

É importante reforçar junto às famílias a orientação de manter as vacinas em dia, a manutenção do aleitamento materno exclusivo, pelo menos até o sexto mês de vida e a higienização correta das mãos e dos alimentos²⁰. Outra medida profilática é o uso da reidratação oral nos casos iniciais da diarreia. Além disso, é fundamental que a equipe verifique as condições de saneamento do território, visando à redução de casos de diarreia na comunidade.

20 A conservação adequada dos alimentos é um fator preponderante na prevenção das doenças diarreicas.



Leitura Complementar

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

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

Para a criança com diarreia associada à desidratação leve ou moderada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na unidade de saúde, durando em média quatro horas.

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

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

- f) Em caso de surgimento de vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro.
- g) Os antieméticos não são indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro.
- h) Uma vez hidratada, a criança deve ter alta para casa, recebendo os pais todas as orientações e envelopes do soro para oferecer à criança aos poucos e sempre que ela evacuar/vomitar ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação.

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

Deve-se suspender a hidratação oral e encaminhar a criança ao hospital nas seguintes condições:

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

Outra intercorrência, embora representativa de uma série de alterações correlacionadas ao processo de adoecimento, é a **febre**. Habitualmente, essa é a queixa que mais traz famílias às unidades de saúde, além de ser um fator de considerável preocupação no ambiente hospitalar.

Você se lembra de que o controle da temperatura é feito pelo hipotálamo a partir dos centros termorreguladores?

A **febre**²¹ está associada ao aumento da temperatura interna, podendo ser causada por diversos fatores, dentre eles por toxinas que afetam os centros termorreguladores ou por anormalidades cerebrais (BOEHS, 2005). O controle da temperatura está bem desenvolvido em períodos etários mais avançados que o infantil. Em especial, os recém-nascidos e prematuros têm mais dificuldade no controle da temperatura. A criança, de maneira geral, está mais sujeita às oscilações de temperatura dos que os demais.

21 Na prática, não tratamos a febre, mas sim seus sintomas. É importante explicar isso aos pais para tranquilizá-los.

Lembre que a febre altera a avaliação dos dados vitais. Recomenda-se tratar a febre principalmente quando:

- a) está acima de 39° C;
- b) há histórico de convulsões, doença cardiopulmonar real, neurológica aguda ou metabólica;
- c) a criança tem idade entre 6 meses e 3 anos e também tem indicação relativa na idade inferior a 5 anos;
- d) há desconforto da criança (algumas crianças sentem-se bem mesmo com temperatura elevada).

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

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

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

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

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

- a) a criança tem entre 3 e 5 meses de idade;
- b) a temperatura é maior do que 40° C;
- c) há disúria;
- d) a febre tem mais de 24h sem que tenha aparecido uma causa óbvia ou sinal de localização;
- e) a febre desapareceu por mais de 24h e retornou;
- f) a febre está presente há mais de 72h, mesmo com sinais de localização.

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

O enfermeiro precisa compartilhar com a família algumas informações que podem ajudá-la no controle da febre. Essas informações englobam medidas não farmacológicas para diminuição da temperatura e o reconhecimento dos sinais e os sintomas de agravamento da condição da criança. É importante orientar a família de que a febre em crianças maiores de 2 meses, bem nutridas e saudáveis, deve ser tratada inicialmente através de medidas para diminuir a temperatura, deixando a criança confortável e estando atento quanto à sua reação ao tratamento (BOEHS, 2005).

As anemias

Aa anemias nutricionais e a desnutrição são as doenças carenciais mais prevalentes na realidade brasileira (ALONSO; CARTANA, 2005).

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

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

Nesse sentido, a avaliação do enfermeiro, sobretudo durante a avaliação de crescimento e desenvolvimento da criança, é de suma importância. O sinal mais

evidente é a palidez cutânea (palma das mãos, leito ungueal e mucosas). Além do exame físico, exames complementares podem ser solicitados, tais como o nível sérico de hemoglobina.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, UNU, UNICEF, 2001) adotou os seguintes pontos de corte na concentração de hemoglobina para definir anemia em indivíduos que moram ao nível do mar:

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

É importante orientar a família que o suplemento de ferro deve ser oferecido 1 hora antes ou 2 horas após as refeições para melhor absorção, de preferência acompanhado de suco rico em vitamina C. Ademais, oriente a higienização dos dentes após o uso, para evitar coloração escura, e informe aos pais que, caso isso ocorra, é reversível. A recomendação quanto à alimentação é fundamental. Portanto, oriente a ingestão de alimentos ricos em vitamina C (laranja, goiaba, limão, manga, mamão, melão, banana, folhas verdes, brócolis, entre outros) e suplemento de ferro.

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

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

Além disso, a equipe de saúde, diante do diagnóstico de condições precárias de saneamento no território, pode articular ações intersetoriais em parceria com a comunidade, com soluções coletivas para esses problemas. Lembre-se de que os profissionais do NASF podem auxiliar a equipe de saúde da família na elaboração de projetos terapêuticos singulares, destinados a famílias específicas, ou, ainda, na construção de projetos de saúde no território, abrangendo a coletividade. Outra ação importante pode ser desempenhada por meio de processos de educação em saúde, trabalhando com a comunidade questões relativas à alimentação e às formas adequadas de conservação.

5.2 Problemas mais comuns no lactente

Com relação ao lactente, atente para os problemas mais comuns, as causas e as ações de enfermagem, descritos a seguir:

Regurgitação

Causas mais comuns

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

Ações de enfermagem

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

Dor abdominal – cólica

Causas mais comuns

Comum em lactentes menores de três meses.

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

Ações de enfermagem

Procurar investigar as possíveis causas. As medidas indicadas são utilizadas para os recém-nascidos, discutidas no quadro 13.

Constipação intestinal

Causas mais comuns

Além das questões dietéticas, como a baixa ingestão de fibras, existem outras condições associadas, tais como: doença de Hirschprung, malformação anorretal, Chagas, pseudo-obstrução intestinal, tumores, hipotireoidismo, hipocalemia, hipercalcemia, espinha bífida, trauma, mielomeningocele, doença celíaca e fibrose cística. No entanto, 90% dos casos acontecem devido a alterações funcionais; caso suspeite de doença orgânica, encaminhe para investigação. Se possível, peça apoio ao pediatra do NASF ou ao médico de sua equipe.

Ações de enfermagem

Orientar uma dieta rica em fibras alimentares. No lactente, recomenda-se caldo de ameixa-preta com açúcar mascavo (DUNCAN, 2004); aumento de ingestão de líquidos; criação do hábito de sentar no vaso sanitário após as principais refeições, sem repreensão, com os pés apoiados e com protetor sanitário para que a criança se sinta segura. Um banquinho apoiando os pés ajuda na prensa abdominal. O uso de um calendário com marcador (por exemplo, com carinhas, sol...) do hábito intestinal e reforço positivo não material pode ser útil. O estímulo com cotonete embebido com vaselina na ponta do ânus pode ser útil. Explicar aos pais e à criança sobre constipação funcional; estimular uma postura não acusatória, evitando atitudes e comportamentos negativos.

Uma das principais causas de falha, recorrência ou abandono do tratamento da constipação é a falta de conhecimento por parte dos pais e da criança em relação ao caráter prolongado do tratamento.

Acompanhe, no quadro 17, como avaliar a constipação funcional em crianças:

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

Quadro 17 – Critérios para diagnóstico de constipação funcional em crianças
Fonte: Motta e Silva (1998).

5.3 Problemas mais comuns no pré-escolar

Conjuntivite

Causas mais comuns

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

Ações de enfermagem

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

Parasitoses intestinais

Causas mais comuns

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

Ações de enfermagem

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

Estomatite

Causas mais comuns

Pode ser infecciosa ou não infecciosa por fatores locais ou sistêmicos. Tipos: estomatite aftosa (condição benigna – pode ser ocasionada por traumatismo na gengiva ou bochecha); gengivoestomatite herpética – causada por vírus herpes simples tipo 1.

Ações de enfermagem

Fazer a higiene oral com água bicarbonatada; aplicar anestésicos locais de acordo com a orientação médica; utilizar medicamento adequado ao agente causador;

orientar a utilização de canudos para a administração de líquidos; orientar a limpeza da boca; reforçar a orientação para os pais acerca da higienização dos objetos que a criança leva à boca. Crianças em estado de imunossupressão devem ser mantidas longe de pessoas com outras doenças infectocontagiosas.

5.4 Problemas mais comuns no escolar

Mononucleose Infecciosa

Causas mais comuns

Doença aguda, autolimitada, caracterizada pelo aumento dos elementos mononucleares do sangue e sintomas gerais de um processo infeccioso. Causada pelo vírus Epstein-Barr, provavelmente disseminado por secreções orais. Tem um período de incubação de quatro a seis semanas.

Ações de enfermagem

Avaliar os sintomas iniciais, como cefaleia, indisposição, fadiga, calafrios, febre baixa, anorexia, edema ocular, febre, faringite, adenopatia cervical. Em alguns casos, aparece esplenomegalia, petéquias palatais, erupção macular, faringite e acometimento hepático em algum grau, com icterícia associada. Alertar a família a procurar atendimento médico se: a respiração ficar difícil, dor abdominal, odinofagia intensa impedindo a criança de beber ou comer. As ações de enfermagem centram-se na avaliação dos sintomas, diminuição dos mesmos através de medidas medicamentosas, verificação da temperatura, promoção de recreação e distração, orientação quanto ao repouso relativo, orientação aos familiares quanto ao processo de adoecimento (CARTANA, 2005).

Distúrbios comportamentais como encoprese e enurese

Causas mais comuns

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

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

Ações de enfermagem

Para a enurese: verificar a possível causa; estimular o treinamento vesical, diminuir a ingestão de líquidos nos períodos próximos ao horário de dormir. Em alguns casos, há orientação de determinados medicamentos para a contenção vesical. Conversar com a criança e a família para verificar mudanças nos hábitos e rotinas. Você pode trabalhar em conjunto com o psicólogo do NASF, especialmente se forem descartadas as causas físicas do problema.

Para a encoprese: treinamento intestinal; apoio à família e à criança no sentido de verificar as possíveis causas que podem estar relacionadas a situações emocionais de difícil enfrentamento pela criança, seja no ambiente familiar, seja no ambiente escolar; tratar qualquer constipação existente. Você pode trabalhar tais questões em conjunto com o psicólogo e o assistente social do NASF.



Leitura Complementar

Para complementar as suas leituras sobre a unidade 5, sugerimos:

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

Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>.

Para refletir

Maria Luísa tem 15 meses de vida e vive com sua família em uma casa de alvenaria, com três quartos, dois banheiros, sala, cozinha, área de serviço e quintal. Todos os cômodos são bem estruturados e apresentam adequadas condições de saneamento, com acesso à água e esgoto tratados. No domicílio, vivem quatro pessoas e uma mascote, uma cadelinha chamada Vicky, que dorme no quarto das crianças. Maria Luísa, sua irmã mais velha Vitória, com 4 anos de idade, e os pais das duas meninas moram na casa. Os pais trabalham em turno integral e possuem alta escolaridade. Ambos os pais fumam, mas, embora sejam tabagistas, realizam atividade física regular. As meninas frequentam uma escola infantil da rede privada.

Maria Luísa foi levada à unidade de saúde para realizar o reforço da tríplice bacteriana (DTP). Após aplicar a vacina, a auxiliar de enfermagem pesa a menina e conversa com a mãe sobre a alimentação da criança. Ao anotar o valor de peso e estatura na Caderneta da Criança, a auxiliar percebe que ela não se encontra com baixo peso, porém a curva de peso manteve-se praticamente inalterada desde a última avaliação com o pediatra da menina (a criança possui plano de saúde e é atendida em um consultório privado). A profissional decide chamar a enfermeira para discutir o caso.

Ambas as profissionais percebem que a menina apresenta palidez cutânea (palma das mãos, leito ungueal e mucosas). Além do exame físico, a enfermeira e o médico solicitam o exame de nível sérico de hemoglobina.

A mãe de Maria Luísa informa à equipe que a menina não aceita qualquer alimento e com frequência rejeita a alimentação mais consistente oferecida, preferindo sucos e frutas. Além disso, informa que a criança tem história de bronqueolites de repetição e atualmente tem diagnóstico de asma brônquica, fazendo uso de medicações antiasmáticas com regularidade.

Diante da situação, a equipe discute o caso com a família e orienta os pais acerca do grupo antitabagista que acontece na unidade. Além disso, solicitam apoio do nutricionista do NASF para conversar com os cuidadores sobre uma alimentação equilibrada na infância. O médico conversa com os pais da menina sobre a necessidade de cessar o fumo e, se não for possível parar de fumar, que evitem fazê-lo perto das crianças. Os profissionais alertam ainda acerca dos riscos do tabagismo passivo. O veterinário do NASF discute com a família sobre a convivência com animais de estimação.

E na sua equipe? Existem situações semelhantes? Como a equipe se articula para a atenção das crianças nessas situações?

Como os profissionais do NASF podem apoiar a equipe de saúde da família em situações como esta?

Veja que todas as crianças devem ser avaliadas e atendidas integralmente, independentemente de sua situação socioeconômica.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, relembramos a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e suas características. Nesse contexto, relembramos fatores de risco relacionados aos agravos à saúde infantil. Revimos as ações de cuidado diante dos principais agravos à saúde da criança e a interação com a família da criança doente. Também conferimos ações de promoção da saúde e prevenção dos principais agravos à saúde da criança: desde o processo educativo a como transformar o dia a dia para criar um ambiente favorável ao crescimento com qualidade de vida e bem-estar.

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI atenção integrada às doenças prevalentes na Infância: curso de capacitação**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf>. Acesso em: 23 maio 2012.

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

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

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

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

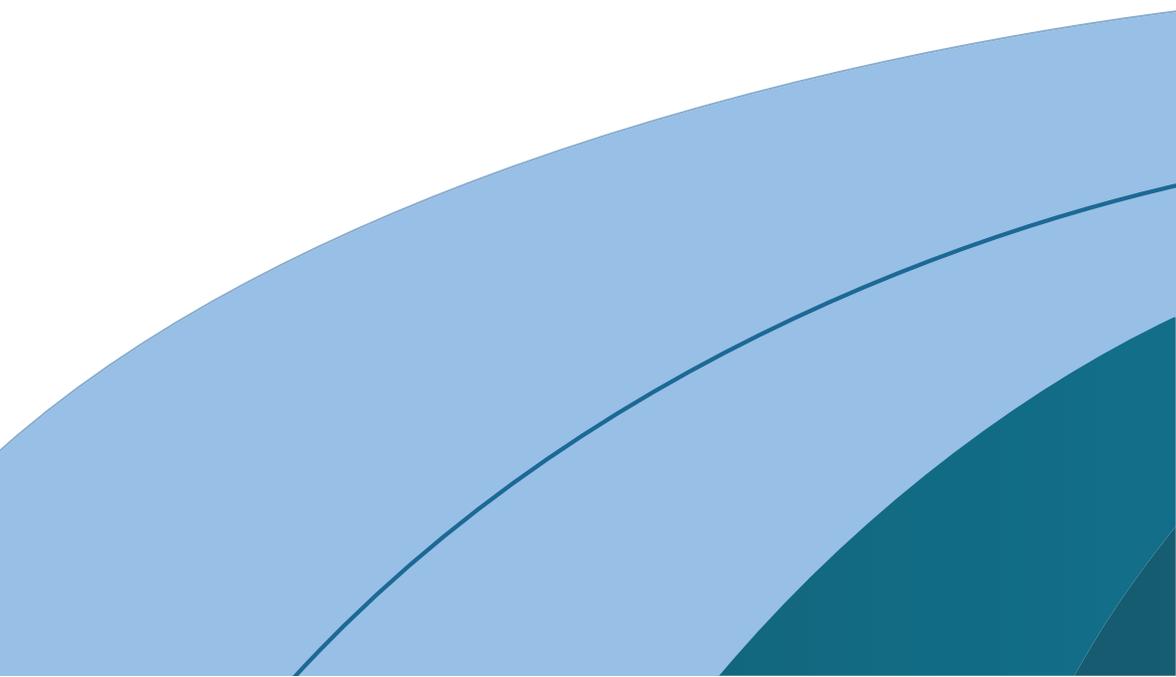
SIGAUD, J. S. da S.; VERÍSSIMO, M. de la R. (Org.). **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996.

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

WHO. UNU. UNICEF. **Iron Deficiency Anaemia – Assessment, Prevention, and Control: a guide for programme managers**. Geneva: WHO; UNU; UNICEF, 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.3.pdf>. Acesso em: 31 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Enfermagem

Unidade 6



6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA CRIANÇA

6.1 Grupo domiciliar de aleitamento materno para as famílias da comunidade da Vila Vintém

Discutir com a população a importância e promover a amamentação entre as moradoras da Vila Vintém: um desafio ao qual se dedicam sete Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) desde a constatação do desmame precoce (BRASIL, 2008a).

O início do trabalho deu-se em julho de 2005, a partir da observação pelas ACSs, entre outros fatores, de que o número de adolescentes grávidas vinha aumentando na comunidade.

O grupo começou a promover reuniões para mulheres gestantes e no puerpério, com o objetivo de promover o aleitamento materno exclusivo, na própria Unidade Básica de Saúde Vila Vintém, em Realengo, Rio de Janeiro, com mais de 14.600 habitantes cadastrados pela Estratégia Saúde da Família. Porém, após um ano de tentativas, o trabalho não surtiu o impacto esperado.

Segundo as ACSs, as tentativas não obtiveram o sucesso esperado porque a maioria das mães da área era adolescente e apresentava dificuldades, relacionadas: à adaptação à nova condição; aos horários previstos para os encontros; à tensão das adolescentes, que, em sua maioria, não estavam preparadas para a maternidade, algumas até revoltadas por estarem grávidas; à preocupação com a estética; era comum o fato de essas jovens desejarem ir ao baile *funk* e deixarem seus bebês com alguém, introduzindo mamadeiras e chupetas, favorecendo, com isso, o desmame precoce.

Foi preciso repensar as estratégias e ações de incentivo ao aleitamento materno na comunidade. Então, a partir de 2007, o grupo se reestruturou e passou a realizar atividades domiciliares, nas casas das mulheres puérperas. Um dos principais objetivos desse trabalho com cada mãe é disseminar o conhecimento sobre este tema para cada uma das 4.323 famílias da comunidade e fomentar a participação delas no processo da amamentação:

“Procuramos conscientizar todos os familiares de que esta não é uma atividade isolada da mulher e incentivamos os pais a participarem desse momento importante tanto na vida de suas companheiras como na vida de seus filhos”. “[...] às vezes, não têm ninguém para ajudar a olhar os filhos. Então, dessa forma (com o atendimento domiciliar), funciona melhor. Antes só falávamos com as mães, e agora, com o trabalho domiciliar, conseguimos envolver todos os que estão presentes nas casas na hora das visitas”, afirma uma ACS.

Só para esse projeto, são realizadas 48 visitas de ACSs por mês. Este trabalho vem se tornando mais efetivo e apresentando resultados a partir do momento em que a equipe conhece a maneira como cada núcleo familiar se estrutura e como vive. As condições quase nunca são as ideais para propiciar uma amamentação tranquila. As casas são, em geral, pequenas e compartilhadas por um grande número de pessoas, com excesso de ruídos. Assim, foi imprescindível que o trabalho fosse voltado também às pessoas que convivem com as nutrizes, para que elas (pais, avós, demais familiares e até mesmo vizinhos) favoreçam condições mais amenas para os instantes da amamentação. As visitas domiciliares são sempre marcadas com antecedência, privilegiando-se horários com presenças de outros familiares, com efeito direto no aumento do número de pais mais envolvidos com a amamentação.

“Eles (os pais) estão participando mais e até mesmo ajudam a mulher a, por exemplo, pegar a criança de forma mais correta, alguns até mesmo já chegaram pra mim perguntando como é que se faz o armazenamento adequado do leite materno”, relata uma profissional da equipe.

A pega do bebê e o correto posicionamento da mãe estão entre as maiores dificuldades observadas pela equipe, aliadas ao ingurgitamento mamário. Essa observação foi feita pela equipe durante todo um período de visitas domiciliares, de outubro de 2007 a fevereiro de 2008. Outros efeitos buscados são a diminuição da morbimortalidade infantil e o aumento do aleitamento exclusivo até os seis meses de vida da criança. Conforme demonstra o consolidado dos indicadores da Saúde da Família na Vila Vintém, a média do primeiro semestre de 2008, de aleitamento exclusivo, entre as crianças de zero e três meses e 29 dias, é de 88,30%, chegando ao pico de 91,38% em março. Esse trabalho começa quando as mulheres estão no período de gestação, a porcentagem de crianças pesadas ao nascer é de 100%.

6.2 Criança feliz, feliz a brincar

O título escolhido para este trabalho pode ser uma das frases mais exaustivamente usadas quando se trata do assunto infância, mas, por mais que já se tenha repetido, ela não perde sua força. Isso pelo simples motivo de que criança precisa brincar. E precisa fazê-lo não só para ser feliz, mas também para aprender. Para os profissionais da UBS Vila Espanhola, “é nos jogos ou brincando que a criança aprende a conviver e conhecer, e a se conhecer, saber quais são seus direitos e quais os do próximo, quais são seus deveres” (BRASIL, 2008b).

Nesse sentido, a UBS Vila Espanhola idealizou o projeto de criação de uma Brinquedoteca em sua unidade de saúde, procurando desenvolver hábitos de responsabilidade e trabalho, valorizar os brinquedos e as atividades lúdicas e criativas, criar um espaço de convivência que propicie interações espontâneas e desprovidas de preconceitos. Foi aberta, há dez anos, a Brinquedoteca da Vila Espanhola. Inicialmente em um barracão da prefeitura que não vinha sendo usado, atrás da própria unidade.

Tinha como objetivos estimular o desenvolvimento global das crianças, procurando minimizar carências afetivas, e dar oportunidade para as crianças de serem crianças!

A realidade vivenciada por algumas crianças, infelizmente, privam-nas desse direito muito cedo.

Quem está à frente, no dia a dia do projeto, são as agentes comunitárias de saúde da unidade, que se revezam nos períodos matutinos e vespertinos, nos quais são atendidas cerca de quarenta crianças, com idades entre cinco e 12 anos.

Apesar de não haver um projeto pedagógico, por não se tratar de uma escola ou creche, a gerente da UBS Vila Espanhola afirma que “em tudo que é feito aqui existe uma intenção, num desenho que é exibido, depois procuramos conversar com as crianças para saberem o que elas entenderam, que lição pode ser tirada do que viram, seja desenho, seja filme”.

São, então, propostas rodas de conversa sempre que surge um novo assunto, um novo questionamento por parte das crianças.

Além disso, há a preocupação das profissionais de estarem próximas às crianças, para que possam pontualmente “ensinar noções de higiene, comportamento e educação, estimulando a convivência com as outras crianças, a convivência em grupo, a respeitar os limites dos outros e o próprio”. Uma ACS se comove ao falar sobre uma das meninas que atende na Brinquedoteca: “Eu me emociono muito com essa menina, a mãe dela nos procurou, estava difícil lidar com a criança,

que na época tinha de 4 para 5 anos. Era muito desobediente, só ficava na rua, era respondona, falava muito palavrão; e então, devagarzinho, íamos fazendo as visitas na casa dela, no início ela não queria me ver, mas toda semana eu ia lá e com jeitinho e com muita paciência fui ganhando a sua confiança. Ela deixou de ser arredia, e conseguimos trazê-la para cá. A partir do momento em que passou a conviver com as outras crianças, principalmente com as outras meninas, brincando, ela foi deixando de falar palavrão, deixando de ser agressiva. Ela hoje já tem 6 anos e está um encanto só!” Outra ACS cita o caso de dois irmãos frequentadores da Brinquedoteca: um deles expansivo, muito ativo, brinca (e briga!), o outro, extremamente calado, introspectivo, quase não se relacionando com as demais crianças. “Quando constatamos esse problema, passamos a intensificar nossas visitas domiciliares à casa deles e identificamos que essa família estava bem desestruturada, com os pais apresentando sérios problemas e, por alguma razão, aparentemente, só um dos irmãos estava desenvolvendo dificuldades de convívio. Levamos então a questão para o restante da equipe”. Esse é um dos benefícios em ter as ACSs envolvidas nas atividades da Brinquedoteca, pois, além de lidarem com as crianças, elas têm a oportunidade de chegar às famílias.

A partir do trabalho das ACSs, toda a equipe se envolveu e, em conjunto, desenvolveu um projeto para interceder positivamente junto àquela família: a médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e as ACSs. Todos se envolveram, e um dos reflexos é que, hoje, essa criança, que ainda está na Brinquedoteca, já se relaciona um pouco mais com as outras. “E é muito gratificante ver um retorno do nosso trabalho.”

“Muitas dessas crianças não têm nenhuma regra em casa, podem tudo na hora que querem, do jeito que querem, mas, ao chegar aqui na Brinquedoteca, nós temos regras”, coloca. “E com tantas crianças assim, é preciso que todas sigam e isso faz com que elas tenham responsabilidades sobre suas coisas, sobre seus brinquedos”. “Com os resultados alcançados com essa parceria entre a ESF e comunidade, é possível perceber ao longo desses dez anos, em particular nos últimos dois, uma mudança comportamental significativa entre as crianças da comunidade”. “Não podemos computar esse avanço em números, mas podemos observar o empenho das nossas primeiras crianças em dar melhores condições às novas crianças que hoje estão sob os cuidados da Brinquedoteca. Observou-se que a ocorrência de problemas graves e os índices de violência foram sendo reduzidos ao longo do percurso do projeto.

6.3 Equipe de Saúde Bucal aposta na parceria com escola para promover a ortodontia preventiva e interceptativa

Em uma pequena cidade do Rio Grande do Sul, a cerca de 180 quilômetros de Porto Alegre, a população de 2.300 habitantes conta com 100% de cobertura da Saúde da Família. E essa cobertura tem se mostrado decisiva para a construção de uma saúde bucal nas crianças e jovens do município. Em 2003, o resultado de um levantamento epidemiológico realizado junto aos alunos do Ensino Fundamental da cidade revelou índices elevados de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). Enquanto, no Brasil, esse índice, aos 12 anos de idade, é de 2,78, a cidade registrou 3,68 (BRASIL, 2008c).

O mesmo levantamento registrou o índice de CEO-D²² (dente decíduo cariado, com extração indicada e obturado) de 4,33, contra 2,80 da média nacional. Esses indicativos levaram a Equipe Saúde da Família (ESF) a elaborar uma estratégia específica para o combate a esses males, identificando que as ações a serem adotadas deveriam partir da educação e prevenção nas escolas.

Considerando que os dentes permanentes nascem normalmente dos 6 aos 12 anos, em idade escolar, a escola é considerada como um espaço privilegiado para o desenvolver ações de promoção da saúde, assim como projetos preventivos.

A Escola Estadual de Ensino Médio Silvio Sanson, com mais de 330 alunos, tem uma realidade singular, pois mais de 30% desses alunos são migrantes, provenientes de outras cidades. Para o diretor da escola, esse fator é decisivo na hora de elaborar o projeto pedagógico dos alunos. A introdução da agricultura familiar como disciplina da 5ª - 8ª séries, por exemplo, foi idealizada a partir da realidade local. A região conta com muitas famílias com pequenas propriedades, em que as pessoas vivem praticamente da subsistência.

A partir da parceria entre a unidade de saúde e a escola, os profissionais de saúde puderam identificar e tratar muitos alunos com problemas de saúde. À medida que o trabalho foi avançando, a abordagem foi ampliando o leque de ações, pautando-se sempre por busca de qualidade de vida. Desse modo, foram desenvolvidas práticas de prevenção e promoção, como o escovódromo na escola, o projeto Sorrindo para Passear e a prevenção e o tratamento da má oclusão dentária.

²² Em 2005, o índice de CPO-D aos 12 anos era de 3,68; em 2008, pouco mais de dois anos após o início do trabalho, o índice reduziu para 3,09, aproximando-se ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS): menor ou igual a 3,0.

Lidando com a má oclusão dentária nas UBSs

A má oclusão dentária é a alteração do crescimento e desenvolvimento que afeta a oclusão dos dentes, problemas de posicionamento dos dentes na arcada e mau relacionamento dos ossos maxilares. Sendo o terceiro problema de saúde bucal no Brasil, a má oclusão dentária gera efeitos estéticos, como os dentes encavalados – como se diz popularmente – ou com diastemas (os dentes separados), ou, ainda, dentes permanentes que nascem fora do lugar. Porém, mais que efeitos estéticos negativos, esses problemas podem trazer sérias consequências para a vida da criança: desde desgastes ósseos ao prejuízo à interação social e ao bem-estar.

Esse problema, assim como a cárie e a doença periodontal, não precisa ser tratado apenas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). É possível tratá-lo na própria Unidade de Saúde.

É o que a equipe de saúde bucal da Unidade São Valentim tem feito a partir do momento em que foi identificado um elevado número de crianças com esse problema. Aliado à ortodontia preventiva, a equipe tem atuado junto à escola também com ortodontia interceptativa.

A **ortodontia preventiva** visa a evitar más oclusões por meio da discussão de valores, saberes e crenças da população. Por isso, na cidade, o tema é trabalhado com o grupo de gestantes, nas reuniões de pais na escola, nas campanhas de vacinação infantil e, sobretudo, conta a auxiliar de consultório dentário, nos momentos de visitas domiciliares. O trabalho é de toda a equipe²³ e, sobretudo, das Agentes Comunitárias de Saúde, que discutem com os adultos e as crianças acerca da importância da escovação e dos cuidados em saúde bucal.

23 O gestor também participa ativamente do processo, apontando o diálogo em saúde e a educação como pilares da Atenção Básica, e reconhecendo que as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde merecem receber maiores investimentos.

Embora seja possível prevenir e amenizar alguns problemas de má oclusão dentária, há aqueles casos em que é necessária uma intervenção mecânica. Aí entra a **ortodontia interceptativa**, que procura atenuar o problema ainda precocemente, evitando ou facilitando um posterior tratamento, que, no caso de aparelhos ortodônticos, em geral, são caros, e o tratamento é mais demorado. Entre as intervenções possíveis de serem feitas pela Equipe de Saúde Bucal, estão: a rampa acrílica autopolimerizável para descruzamento de dentes anteriores; a guia canina com resina fotopolimerizável; e ajuste oclusal, para alguns casos de mordida cruzada lateral.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família - ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade, em que, cada vez mais, o saber popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora nas diferentes fases do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Grupo domiciliar de aleitamento materno para as famílias da comunidade da Vila Vintém. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 20, fev. 2008a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Criança feliz, feliz a brincar. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 20, fev. 2008b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Equipe de Saúde Bucal aposta na parceria com escola para promover a ortodontia preventiva e interceptativa. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 20, fev. 2008c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.



Saiba Mais

Manual da atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI), disponível em: <<http://www.opas.org.br/aidpi/home/manual/cap2m.pdf>>.

SÍNTESE DO MÓDULO

Neste módulo você teve a oportunidade de rever a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e de refletir sobre a influência exercida pelo meio ambiente e pela família no processo saúde-doença. Neste contexto, trouxemos aspectos importantes como a identificação das ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, com enfoque em saúde bucal, imunizações e alimentação. Além disso, elencamos evidências para: o acompanhamento da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde da criança; as ações de atenção integrada às doenças prevalentes na infância; e os fatores de risco relacionados à saúde infantil. Finalizamos trazendo exemplos de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica e da prática profissional fundamentada na integralidade do cuidado.

Esperamos ter contribuído para ampliar ainda mais sua prática profissional na Saúde da Família!

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.

<http://lattes.cnpq.br/2199731743760117>

Marcela Ceci Döhms

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.

<http://lattes.cnpq.br/6756304170067431>

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.

<http://lattes.cnpq.br/2680120470556112>

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) e doutor em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente, é coordenador e professor da disciplina Medicina 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.

<http://lattes.cnpq.br/0924957139162042>

Astrid Eggert Boehs

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

<http://lattes.cnpq.br/1103802277148330>

Jane Cristina Anders

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1992), especialização em Enfermagem Hematológica pela Universidade de São Paulo (1996), mestrado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2004). Atualmente, é Professor Adjunto II da Universidade Federal de Santa Catarina e membro do corpo editorial da CuidArte enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: criança, adolescente, transplante de medula óssea, enfermagem pediátrica, qualidade de vida.

<http://lattes.cnpq.br/9159712062803014>

Carmem Regina Delzivo

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985), graduação em Licenciatura Em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985) e mestrado em Ciências da Saúde Humana pela Universidade do Contestado (2003). Atualmente é doutoranda em Saúde Pública na UFSC. Atua na Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de Santa Catarina na Gerência da Coordenação da Atenção Básica. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Gestão , atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, regulação, controle e avaliação, vigilância em saúde, estratégia de saúde da família e NASF.

<http://lattes.cnpq.br/9192985272761930>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina