

Especialização Multiprofissional na **Atenção Básica**



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde da Criança
Medicina



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

Reitor Luís Carlos Cancellier de Olivo

Vice-Reitora Alacoque Lorenzini Erdmann

Pró-Reitor de Pós-graduação Sérgio Fernando Torres de Freitas

Pró-Reitor de Pesquisa Sebastião Roberto Soares

Pró-Reitor de Extensão Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

Vice-Diretor Ricardo de Souza Vieira

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Fabrício Augusto Menegon

Coordenadora do Curso Fatima Buchele Assis

COMITÊ GESTOR

Coordenadora 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

Leandro Pereira Garcia

Luiz Roberto Agea Cutolo

2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Ana Izabel Jatobá de Souza

Marcela Ceci Döhms

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Leandro Pereira Garcia

Luiz Roberto Agea Cutolo

Carmem Regina Delzियो

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde da Criança Medicina

Versão adaptada do curso de
Especialização Multiprofissional em Saúde da Família

Eixo III
A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2016

© 2016 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 por Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância.

Atenção integral à saúde da criança: medicina [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Ana Izabel Jatobá de Souza... [et al] (Organizadores). 2. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

132 p.

Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: A criança o meio ambiente e a família. – Crescimento e desenvolvimento infantil, alimentação e saúde bucal. – Quatro evidências para o acompanhamento clínico de puericultura. – Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

ISBN: 978-85-8267-093-4

1. Atenção básica em saúde. 2. Saúde da criança. 3. Cuidados de saúde. I. UFSC. II. Souza, Ana Izabel Jatobá de. III. Döhms, Marcela Ceci. IV. Carcereri, Daniela Lemos. V. Tognoli, Heitor. VI. Garcia, Leandro Pereira. VII. Cutolo, Luiz Roberto Agea. VIII. Delzियो, Carmem Regina. IX. Título.

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: Marcelo Capillé

Revisão Textual: Maria Geralda Soprana Dias, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO	13
REFERÊNCIAS	17

UNIDADE 2 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA	21
2.1 A comunicação com a criança e a família	21
2.2 A criança e a escola	23
2.2.1 A escola promotora de saúde: maximizando o desempenho educacional	24
2.2.2 Processo de aprendizagem	25
2.3 A família e os limites para a criança	26
2.4 Orientações importantes de prevenção para a família	27
2.4.1 Fumo	28
2.4.2 Atividade física	29
2.4.3 Televisão	30
2.4.4 Proteção contra Raios Ultravioletas (UV)	30
2.4.5 Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS)	31
2.4.6 Posição para dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS)	31
2.4.7 A chupeta	31
2.4.8 Leitura para pré-escolares	32
2.4.9 Prevenção de acidentes	32
2.4.10 Prevenindo a violência	33
REFERÊNCIAS	35

UNIDADE 3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL, ALIMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL..	39
3.1 Interpretando os gráficos de crescimento e desenvolvimento	39
3.1.1 Indicadores	40
3.1.2 Interpretação das curvas de crescimento infantil	41
3.1.3 Interpretação dos gráficos de desenvolvimento	45
3.1.4 Sinais de alerta de problemas no desenvolvimento	47
3.1.5 Interpretação dos gráficos de crescimento e desenvolvimento no Brasil	48
3.1.6 Avaliação da alimentação da criança	49
3.1.7 Processo de desmame	55
3.1.8 Evidências em relação a suplementações	57
3.1.9 Orientações relacionadas à saúde bucal	59
REFERÊNCIAS	64

UNIDADE 4 QUATRO EVIDÊNCIAS PARA O ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE PUERICULTURA	67
4.1 A Consulta de puericultura	67
4.1.1 Avaliação do teste do pezinho	68
4.1.2 As evidências na consulta de rotina	69
4.1.3 Exame físico	69
4.1.4 Exame da visão	72
4.1.5 Audição	75
4.1.6 Avaliação de desenvolvimento comportamental	77
4.1.7 Evidências em relação aos exames laboratoriais de rotina	79
4.1.8 Triagem metabólica neonatal	82
4.1.9 Imunizações	83
REFERÊNCIAS	93

UNIDADE 5 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS DA SAÚDE DA CRIANÇA	97
5.1 Problemas mais comuns no recém-nascido e lactente	97
5.1.1 Obstrução nasal	97
5.1.2 Conjuntivite química neonatal	97
5.1.3 Refluxo gastroesofágico (RGE)	98
5.1.4 Cólicas do recém-nascido (RN)	99
5.1.5 Granuloma umbilical	99
5.1.6 Hérnia umbilical	99
5.1.7 Hérnia inguinal	99
5.1.8 Onfalite	100
5.1.9 Impetigo	100
5.1.10 Monilíase oral e perineal	100
5.2 Avaliação dos principais problemas infecciosos na criança	100
5.2.1 Avaliação da criança com febre	101
5.2.2 Antipiréticos	101
5.2.3 Medidas não farmacológicas no manejo da febre	102
5.2.4 Infecções respiratórias agudas mais comuns na criança	104
5.3 Medicamentos utilizados nas Infecções Respiratórias Agudas (IRAS)	110
5.3.1 Medicamentos que não devem ser utilizados	110
5.3.2 Medidas mais importantes para evitar IRAS	111
5.3.3 Diarreia aguda	111
5.3.4 Anamnese	112
REFERÊNCIAS	117

UNIDADE 6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA CRIANÇA	121
6.1 Grupo domiciliar de aleitamento materno para as famílias da comunidade da Vila Vintém.....	121
6.2 Criança feliz, feliz a brincar	122
6.3 Equipe de Saúde Bucal aposta na parceria com escola para promover a ortodontia preventiva e interceptativa	124
REFERÊNCIAS.....	126
SÍNTESE DO MÓDULO.....	127
AUTORES.....	128

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

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 a condições de vida das crianças e de suas famílias na perspectiva da integralidade do cuidado. É neste contexto que o presente módulo pretende 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-lo 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; e interação da criança com o meio em que vive, discutindo-se aspectos de prevenção de acidentes e de violências, além das 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; a criança, o meio ambiente e a família; crescimento e desenvolvimento infantil; alimentação e saúde bucal; evidências para o acompanhamento clínico de puericultura; ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na atenção básica à 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.
- 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 da criança para planejar ações que promovam qualidade de vida e segurança para a criança e sua família.
- Identificar as ações relacionadas ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito da atenção básica com enfoque na saúde bucal, imunizações e alimentação.
- Reconhecer evidências para o acompanhamento clínico de puericultura e as ações de promoção e proteção envolvidas na Atenção Integral à Saúde da Criança.
- 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

Unidade 2: A criança, o meio ambiente e a família

Unidade 3: Crescimento e desenvolvimento infantil, alimentação e saúde bucal

Unidade 4: Quatro evidências para o acompanhamento clínico de puericultura

Unidade 5: Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da 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!

Prezado profissional, 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, como a dificuldade do processo de trabalho integrado e em equipe, da realização de ações planejadas coletivamente e de sua consequente 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 porque insistir apesar de tantos problemas?

Porque fazemos parte de um movimento de mudança e de construção de saúde e de cidadania. Portanto, ajudar a construir a saúde junto 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, tais como: o meio ambiente, a educação, a relação com os pais, a alimentação, os laços afetivos, entre outras condições, uma vez que, sem esse ambiente favorável, fica prejudicado o desenvolvimento da criança, podendo afetar também as demais fases de sua vida.

É com este espírito de luta que convidamos você a iniciar mais uma unidade de estudo do nosso curso de Especialização!

Bons estudos!

Ana Izabel Jatobá de Souza
Marcela Ceci Döhms
Daniela Lemos Carcereri
Heitor Tognoli
Leandro Pereira Garcia
Luiz Roberto Agea Cutolo
Carmem Regina Delziovo

Atenção Integral à Saúde da Criança
Medicina

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO

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 Único de Saúde (SUS) recebeu do ECA a atribuição específica de promover à criança e ao adolescente o direito à vida e à saúde, mediante a atenção integral. 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. Assim, é preciso ampliar o olhar para além de questões clínicas, focando nos diferentes contextos sociais, culturais e econômicos em que vivem as famílias, direcionando a visão ao ambiente, à educação, à relação da criança com os pais e seus laços afetivos, à alimentação, e a outros fatores que possam intervir na promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança, na perspectiva da qualidade de vida e do bem-estar familiar.

A infância é um período em que a maior parte das potencialidades humanas se desenvolve (BRASIL, 2009). Assim, os problemas enfrentados pela criança desde a tenra idade podem se refletir em graves consequências para o adulto. As crianças e os adolescentes devem ser entendidos como sujeitos de direitos, com especificidades que merecem tratamento prioritário pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010).

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

Segundo o UNICEF, a taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos no Brasil, caiu 77% entre 1990 e 2012 (UNICEF, 2012). Em 2011, segundo o Portal Brasil, a taxa passou de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 17,7 óbitos por mil, em 2011. A meta estabelecida para o País consiste em reduzir a mortalidade entre crianças menores de 5 anos a dois terços do nível de 1990 (Brasil, 2015).

De acordo com o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (2014) a taxa de mortalidade infantil (mortes de crianças com menos de 1 ano de idade) caiu no Brasil, de 1990 a 2011, de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos. O Ministério da Saúde tem investido na rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2012).

Apesar do Brasil ter cumprido um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposto pelo UNICEF, precisa-se considerar a desigualdade do país, uma vez que os avanços entre as regiões se dão de maneira desigual. Dos 5.500 municípios brasileiros, aproximadamente 1.000 tem 5 ou menos mortes a cada 1.000 nascidos vivos. Em 2015, 32 municípios tiveram uma taxa de 80 mortes de crianças menores que 5 anos entre 1.000 nascidos vivos (CRESCER, 2015).

Segundo o UNICEF (2015) a maior desigualdade diz respeito às crianças indígenas brasileiras são as que se encontram em situação mais frágil. Elas têm duas vezes mais risco de morrer antes de completar 1 ano do que as demais crianças brasileiras. E as principais causas de morte entre elas estão relacionadas à desnutrição, diarreia, infecções respiratórias e malária.

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, 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 estas 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 resultam em melhoria dos indicadores de saúde na população infantil.

Neste sentido, já em 2003, o governo federal lançou mão de estratégias de redistribuição de renda, como os programas Bolsa Família e 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. O programa possui três eixos de ação: o reforço da renda familiar, por meio do 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, por serem essas as regiões em que a maioria das crianças em tais condições vivem. Além do ingresso em creches, as crianças tem maior acesso aos bens e serviços de saúde, com ações destinadas ao controle de anemia e de carências vitamínicas e distribuição de medicações gratuitas contra asma (BRASIL, 2012b).

Outra ação que soma esforços nesta direção é a iniciativa do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade infantil: a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", lançada em 2012.

Estima-se que as ações de promoção do aleitamento materno e as ações de promoção da alimentação complementar, respectivamente, sejam capazes de reduzirem até 13% e 6% a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (BRASIL, 2015).

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](#)¹, a 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

¹ Rede Cegonha: foi lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de propor um novo modelo em rede de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduza a mortalidade materna e neonatal.

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, 2015).

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, 2015).

Assim, contribuir para a melhoria da qualidade das condições de vida das 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 discutir algumas destas questões, com o intuito de ampliar sua abordagem na atuação junto às crianças e suas famílias, enfatizando que o principal propósito das ações deve ser dar 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 direitos dos adolescentes em:
BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes.**
Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>.

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: 13 mar. 2016.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf> Acesso em 13 mar. 2016.

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://www.unicef.org/brazil/pt/PoliticaPlanoDecenal_ConsultaPublica.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Portal da Saúde. **Taxa de mortalidade na infância cai 58% no Brasil**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2010/dezembro/taxa-de-mortalidade-na-infancia-cai-58-no-brasil>> Acesso em 13 mar. 2016

BRASIL. Departamento de Atenção Básica a Saúde. **Lançada nova estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em 13 mar. 2016.

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/cidadania-e-justica/2012/05/acoes-do-brasil-carinhoso-comecam-a-valer-ja-nesta-terca-feira-15>> Acesso em 13 mar. 2016.

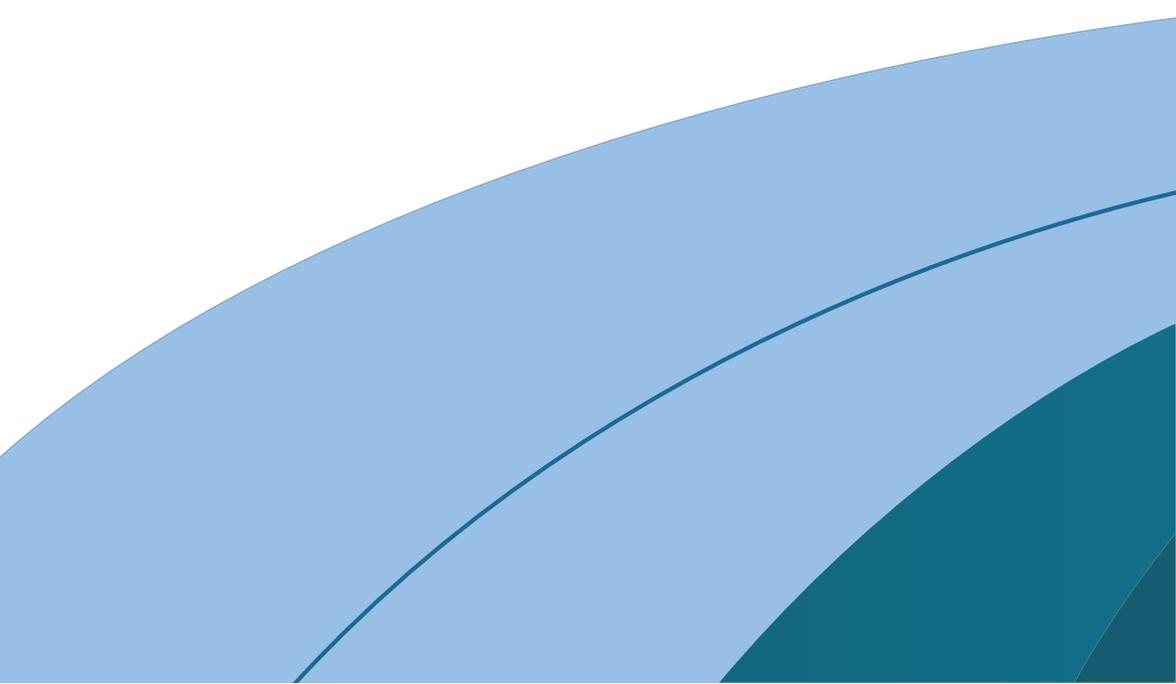
BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: relatório nacional de desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em 17 mar. 2016.

Brasil, Ministério da Saúde. Portal Brasil. Cidadania e Justiça. **Brasil está acima da média mundial na redução da mortalidade infantil, diz ONU.** 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/brasil-esta-acima-da-media-mundial-na-reducao-da-mortalidade-infantil-diz-onu>>. Acesso em 17 mar. 2016.

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. **Cerca de 35 milhões de crianças menores de 5 anos estão sob risco se a meta de mortalidade na infância não for atingida.** 2012. Disponível em:<http://www.unicef.org/brazil/pt/media_26030.htm>. Acesso em 17 mar. 2016.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Medicina

Unidade 2



2 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 diariamente são constituídos os meios familiar e social das crianças que cuidamos?
- O que existe ao redor dessas crianças?
- Como são suas relações afetivas?
- Em que medida esses espaços influenciam no processo saúde-doença?
- Alguma vez já parou para refletir como você, profissional de saúde, pode 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, propõe-se aqui discutir questões que circundam a criança e os distintos ambientes em que ela vive. Pretende-se 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.

2.1 A comunicação com a criança e a família

O profissional da atenção básica, pelo fato de, idealmente, acompanhar toda a família na ESF, com o apoio do NASF, tem a possibilidade de estabelecer um vínculo especial com todos. Esta condição lhe dá a oportunidade de conhecer melhor a dinâmica familiar, facilitando desse modo o processo de acompanhamento da criança.

Muitas vezes, são estes 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 nestes casos o mais importante é dar apoio e segurança à família.

Na comunicação com a criança, deve-se deixar que ela se expresse, e falar sobre o motivo da consulta quando a faixa etária permitir. Sempre estabeleça contato ocular com ela quando estiver conversando. Abaixar-se, fique de cócoras, na altura da criança. Seja gentil, mas naturalmente, sem exageros.

Para melhor obter informações, o médico, o enfermeiro e 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 que o preocupa no comportamento do seu filho?

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 com a família. A comunicação com a família envolve certa carga emocional, que por vezes é difícil para o profissional de saúde, mas isso é normal. Contudo, é importante procurar refletir sobre os seus sentimentos, ao invés de negá-los.

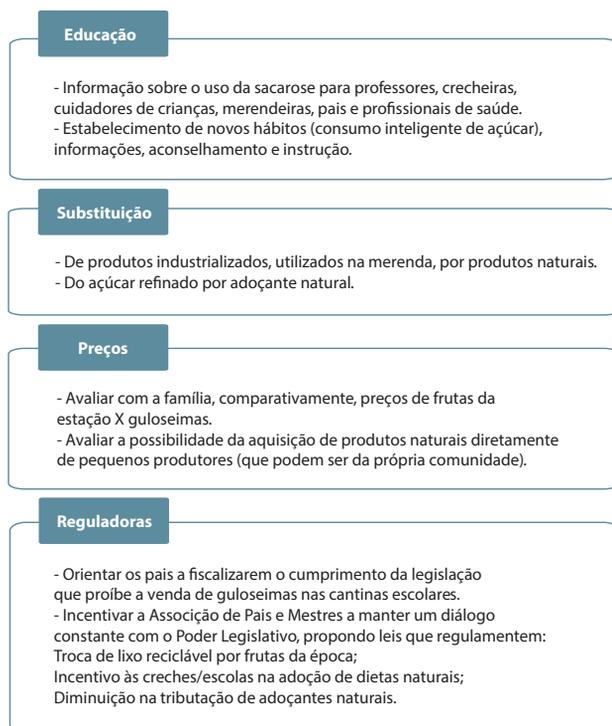
É útil falar acerca de suas angústias na consulta, em reuniões clínicas, discussões de casos, apoio matricial e supervisões.

2.2 A criança e a escola

A importância de um bom começo: promoção da saúde em creches. Conforme defende Moyses (2008), evidências científicas nos mostram que o fato de a criança estar matriculada e frequentar uma creche pode promover 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. O consumo da sacarose na infância, por exemplo, está condicionado a múltiplos fatores e, portanto, requer uma abordagem abrangente nos diferentes cenários em que a criança vive. Veja o quadro a seguir, pois nele estão detalhados o tipo de estratégia e as abordagens possíveis:



Quadro 1 – Estratégias de abordagem de dieta nos cenários de vivência das crianças
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

2.2.1 A escola promotora de saúde: maximizando o desempenho educacional

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

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 2:

Enfoque Tradicional	Escola Promotora de Saúde (EPS)
<p>Enfoque:</p> <ul style="list-style-type: none">• Na doença;• Na cura;• No comportamento dos jovens;• A saúde como um conceito fechado;• Abordagem didática prescritiva;• Possui um estilo diretivo no qual o objetivo é assegurar a mudança de comportamento para evitar a doença;• Professor como um modelo vivo;• Ambientes restritivos: encoraja o profissional de saúde a invadir o espaço escolar, dar a sua “mordida” e depois ir embora;• Na avaliação, procura a mudança do comportamento entre os alunos usando mensurações quantitativas.	<p>Enfoque:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nas condições de vida;• No estilo de vida;• Considera o bem-estar;• A saúde como um conceito aberto;• A abordagem sociointeracionista;• Além da “cura” apenas, ela é um processo democrático que objetiva desenvolver as competências do jovem em entender a saúde e adotar um estilo de vida saudável;• Integração da promoção de saúde no interior da “fábrica” escolar e a certeza de que não se chega à saúde por uma estrada única;• Construção da competência com medidas qualitativas de saúde.

Quadro 2 – Diferença entre o enfoque tradicional de saúde na escola e escola promotora de saúde
Fonte: Harada (s.d.).

Você tem trabalhado com a saúde dos escolares no seu território? Sua equipe faz parte do Programa Saúde na Escola? Uma das ações que os profissionais envolvidos neste programa tem sido chamados a desenvolver é a mobilização de combate ao mosquito *Aedes aegypti* uma proposta tem como principal motivação a necessidade da comunidade escolar ter acesso às informações necessárias no combate ao mosquito e à adoção de práticas sanitárias e saudáveis.

2.2.2 Processo de aprendizagem

Os problemas escolares enfrentados pela criança constituem-se em 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 desenvolvida por meio do trabalho em equipe é a forma mais adequada de avaliar e gerir as complexas dificuldades de aprendizagem, 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, aqui, é identificar e excluir as possíveis causas clínicas envolvidas neste processo.

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. Nestes 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 ou apoiando na comunicação com os funcionários da escola, quando necessário.

Exames complementares só se justificam se o exame físico 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.

As Alterações de Aprendizagem, ou Dificuldade de Aprendizagem (AD), foram definidas pelo *National Joint Committee for Learning Disabilities* como: grupo heterogêneo de transtornos que se manifestam por dificuldades significativas na aquisição e uso da escuta, da fala, na leitura, na escrita, dificuldades de raciocínio ou habilidades matemáticas. Conforme CORREIA, 2007:

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

Um avanço no processo social de aprendizagem foi a LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015, onde institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), a partir deste marco é garantido à criança com diagnóstico de dificuldades para aprendizagem um profissional de apoio escolar, em todos os níveis e modalidades de ensino, em instituições públicas e privadas, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas; além de oferta de educação bilíngue, em Libras como primeira língua e na modalidade escrita da língua portuguesa como segunda língua, em escolas e classes bilíngues e em escolas inclusivas. A conquista tem garantido o acesso das crianças e aproximado as famílias do ambiente escolar.



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>>.

2.3 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 9 meses e, se possível, antes do nascimento) é uma ação que os profissionais da Equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família 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) prover atenção positiva regular, chamando a atenção aos “momentos especiais,” em todas as idades;
- e) escutar cuidadosamente a criança e ajudá-la a usar palavras que expressem seus sentimentos;
- f) ser flexível, principalmente com crianças mais velhas e adolescentes, ouvindo e negociando para reduzir os episódios de discordância do comportamento da criança com as expectativas dos pais;
- g) envolver as crianças nas tomadas de decisão;
- h) prover a criança de oportunidades de escolha, sempre que opções apropriadas existirem, e ensiná-la a avaliar as possíveis consequências de tais escolhas;
- i) reforçar os pontos positivos com elogios;
- j) prezar e reforçar o respeito, a comunicação respeitável e as estratégias de resolução colaborativa de problemas;
- k) regras são essenciais e admite-se o relaxamento em ocasiões especiais, tais como: doenças, férias, acontecimentos excepcionais;
- l) é primordial ser sempre coerente e agir sempre da mesma maneira;
- m) não fazer uso de gritos ou punição física.

2.4 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 ocorrem o desenvolvimento humano e as experiências de vida da primeira infância, os primeiros seis anos de vida. Estas primeiras relações são determinantes para a vida adulta.

Assim, atenção integral à saúde infantil implica em possibilitar que a própria criança organize suas experiências de “ser criança”. É necessário que suas necessidades humanas essenciais sejam atendidas e que 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 as 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.



Leitura Complementar

BELO HORIZONTE. **Atenção à saúde da criança**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.atenas.edu.br/Faculdade/material%5Cintera%C3%A7%C3%A3o%5CManual%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20da%20CRIAN%C3%87A.pdf>>.

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

2.4.1 Fumo

- a) avaliar exposição ao fumo;
- b) se houver alguém fumando próximo à criança, referir-se à 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*, o germe causador da cárie. Ressaltar, ainda, a maior chance de ocorrer retardo no desenvolvimento das funções pulmonares das crianças, a maior chance de os filhos fumarem quando ficarem mais velhos e a importância, para a saúde de quem fuma, de deixar o cigarro;
- d) familiares que estão dispostos a parar de fumar devem ser apoiados e encorajados a 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://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional>.

2.4.2 Atividade física

- a) Avaliar, com a família, o nível dos exercícios e o tempo gasto com atividades físicas;
- b) avaliar o tempo sedentário, como 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 a 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 por dia, na maior parte dos dias – 150 a 300 minutos por semana. Atividade física moderada é aquela que precisa de algum esforço físico e que proporciona um 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. Estas atividades devem:
 - aumentar o gasto calórico;
 - melhorar o condicionamento cardiovascular;
 - ter um baixo risco;
 - desenvolver e manter o tônus muscular e a flexibilidade das articulações;
- k) encorajar atividades que promovam adesão por longos períodos. Estas atividades devem procurar ser:
 - prazerosas;
 - convenientes;
 - acessíveis financeiramente;

- l) incentivar os que já se encontram em atividade física regular a manterem-se na mesma;
- m) instruir os pais a planejar atividade física como jogos, brincadeiras e esportes, em vez de refeições como parte da recompensa ao bom desempenho da criança;
- n) instruir os pais acerca da importância de serem modelos de um estilo de vida ativo e de oportunizarem aos filhos o aumento contínuo da atividade física.

2.4.3 Televisão

Estimular as seguintes ações:

- a) promover ações com maior interatividade, como conversar, brincar, cantar e ler em conjunto;
- b) limitar o tempo gasto com TV, filmes, *video games* e afins, a não mais do que uma a duas horas por dia;
- c) monitorar os programas assistidos por crianças e adolescentes. É recomendado que os programas sejam informativos, educacionais e não violentos;
- d) assistir 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.

2.4.4 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 esta 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 6 meses devem ser mantidas fora da luz solar direta, estando desaconselhados os banhos de sol. Estas crianças devem ser mantidas sob árvores, sombrinhas ou carrinhos cobertos, lembrando que as sombrinhas e as coberturas de carrinho reduzem em apenas 50% os raios UV. Usar o protetor solar, em pequenas superfícies, somente se a proteção física for inadequada;
- c) crianças maiores de 6 meses devem receber protetor solar com fator maior ou igual a 15 sempre que estiverem em situações em que haja possibilidade de irradiação solar. Protetores labiais também devem ser aconselhados;
- d) as atividades devem ser selecionadas para evitar exposição entre 10h e 16h;

- e) considerar vestir as crianças com calças compridas leves e camisas de manga comprida durante o verão, em situações em que possam ocorrer queimaduras. Tomar cuidado com dias nublados, pois apresentam o maior índice de queimadura;
- f) bonés devem ser usados com aba para a frente, para a proteção da face e dos olhos.

2.4.5 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.

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

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

2.4.7 A chupeta

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

- a) a chupeta não deve ser molhada em soluções adocicadas, e lembre-se, o mel é contraindicado para crianças menores de um ano devido ao risco aumentado de botulismo;
- 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.

2.4.8 Leitura para pré-escolares

- a) promover e estimular que pais leiam precocemente para as crianças, entre 6 meses e 5 anos;



Link

Para maiores informações sobre método de promoção de leitura precoce de crianças, acessar: PROGRAMA BEBELENDO: UMA INTERVENÇÃO PRECOCE DE LEITURA. Disponível em: <http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais17/txtcompletos/sem18/COLE_1439.pdf>.

2.4.9 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 da criança. 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 da criança;
- 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 contribuem na prevenção de acidentes. Com isso, é possível reduzir consideravelmente a exposição das crianças a possíveis situações perigosas, causadoras de injúrias físicas.

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. No Brasil, dentre os óbitos por causas externas em crianças, as agressões e os acidentes de transporte ocupam o primeiro e o segundo lugar. A mortalidade por causas externas constitui-se um problema de etiologia multifatorial, envolvendo vários níveis de influência, desde o nível individual até o social (Matos, Martins, 2013). Existem evidências suficientes para recomendar orientação sobre este tema em todas as consultas de rotina.

2.4.10 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 ou 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 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, queimadura de cigarros, mãos queimadas em luvas, secreção ou 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. Na educação das crianças, impor limites não significa bater ou castigar. O diálogo deve ser estimulado desde cedo pelos pais ou cuidadores; esse é o caminho (BRASIL, 2013)².

² Texto extraído parcialmente da caderneta de saúde da criança. Ministério da Saúde. BRASIL, 2013.

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 esta 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://bvsm.s.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. Neste 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 Agente Comunitário de Saúde(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?

Qual foi, ou seria, a sua conduta? O caso foi discutido em equipe? E os profissionais do NASF, como contribuíram ou poderiam contribuir?

SÍNTESE DA UNIDADE

Iniciamos a unidade, 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**. 8. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf>. Acesso em 17 mar. 2016.

CORREIA, Luís de Miranda. Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 13, n. 2, p. 155-172, Aug. 2007.

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.

HARADA, J. et al. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. [s.l., s.d.] Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2016.

MATOS, Karla Fonseca de, MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Mortalidade por Causas Externas em Crianças, Adolescentes e Jovens: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Espaço Para A Saúde**. Londrina. v. 14, n. 1 e 2, p. 82-93. dez. 2013.

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.

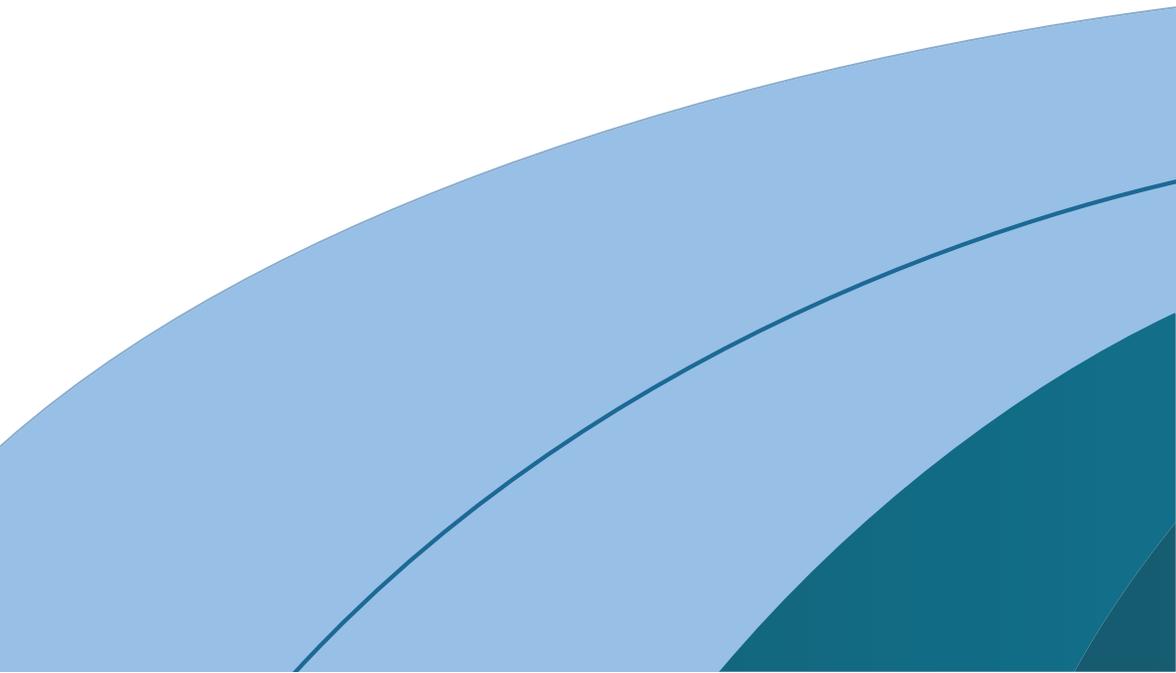
OPS/OMS. Escuelas Promotoras para la Salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. **Comunicación para la Salud** n. 13. Washington: OPAS/OMS, 1998.

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 17 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/manuais/manual_alim_dc_nutrologia.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2016.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Medicina

Unidade 3



3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL, ALIMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL

Nesta unidade, abordaremos questões muito comuns no cotidiano da atenção integral à saúde da criança. Vamos rever os aspectos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil, assim como discutiremos abordagens direcionadas para uma alimentação infantil equilibrada, ampliando desse modo nossos padrões de percepção e avaliação das mudanças esperadas para cada faixa etária.

A avaliação adequada do crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental para os profissionais que atuam na atenção básica. Neste sentido, ressalta-se a importância de saber identificar os fatores de riscos e adotar as condutas necessárias. Entre estas estão a discussão de casos com os demais membros da equipe, com o pediatra do NASF, o nutricionista e demais profissionais, além da referência para os demais níveis de atenção, como avaliar e orientar uma alimentação equilibrada, discutir com a família sobre os cuidados gerais, promoção da saúde e saúde bucal.

Organizamos os tópicos nesta unidade de maneira que, ao final deste estudo, você esteja apto a realizar ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na Atenção Básica.

3.1 Interpretando os gráficos de crescimento e desenvolvimento

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

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



Leitura Complementar

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

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

3.1.1 Indicadores

O que são indicadores de saúde, você lembra? Vamos relembrar de forma sucinta:

O que é indicador de saúde?

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

Para que os indicadores de saúde são usados?

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

Vamos analisar a seguir três indicadores fundamentais para avaliar o crescimento e o desenvolvimento das crianças pela equipe da Atenção Básica:

Estatura para a idade

Este indicador pode ajudar a identificar as crianças que estão abaixo da estatura ideal devido à desnutrição prolongada ou a repetidos episódios de doença. Crianças que são altas para a sua idade também podem ser identificadas, mas uma altura elevada raramente é um problema, a menos que seja excessiva, podendo refletir desordens endócrinas incomuns.

Peso para a idade

O peso para a idade reflete o peso corporal em relação à idade da criança em um determinado dia. Este indicador é usado para avaliar se uma criança está com baixo ou muito baixo peso, mas não pode ser utilizado, de forma isolada, para classificar uma criança como estando com sobrepeso ou obesidade. É importante notar também que uma criança pode ter baixo peso, quer por um baixo comprimento ou estatura (nanismo), quer por magreza, ou por ambos.

Peso por altura

Este índice expressa a harmonia entre as dimensões de peso e altura. É sensível para o diagnóstico de excesso de peso, necessitando medidas complementares para o diagnóstico preciso de sobrepeso e obesidade.

Índice de Massa Corporal (IMC)

- a) Deve ser calculado em toda consulta de puericultura
- b) $\text{Peso}/[(\text{Altura}) \times (\text{Altura})]$
- c) 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.
- d) Pontos de corte de IMC:
 - Menor que percentil 3 – Baixo IMC
 - Maior ou igual a 3 e inferior a 85 – IMC adequado ou eutrófico
 - Maior ou igual ao percentil 85 e menor que 97 – sobrepeso
 - Maior ou igual ao percentil 97 – obesidade.

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 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, 2012).

3.1.2 Interpretação das curvas de crescimento infantil

Caso algum desvio seja identificado, é necessária uma abordagem mais aprofundada para que se estabeleçam as causas e os fatores associados. Fique atento para curvas descendentes. Se o decréscimo na curva persistir, considerar investigação inicial com exames e possível encaminhamento, se necessário. 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.

Procure sempre registrar as informações sobre peso e altura na Caderneta de Saúde da Criança, como visto na figura 1. Esse registro permite que os demais membros da equipe tomem conhecimento do crescimento da criança.

A interpretação da curva 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.

Nota: 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.

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.

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 da criança que apresenta baixo peso ou estatura, tanto afetivas como sociais, culturais e econômicas, entre outras.

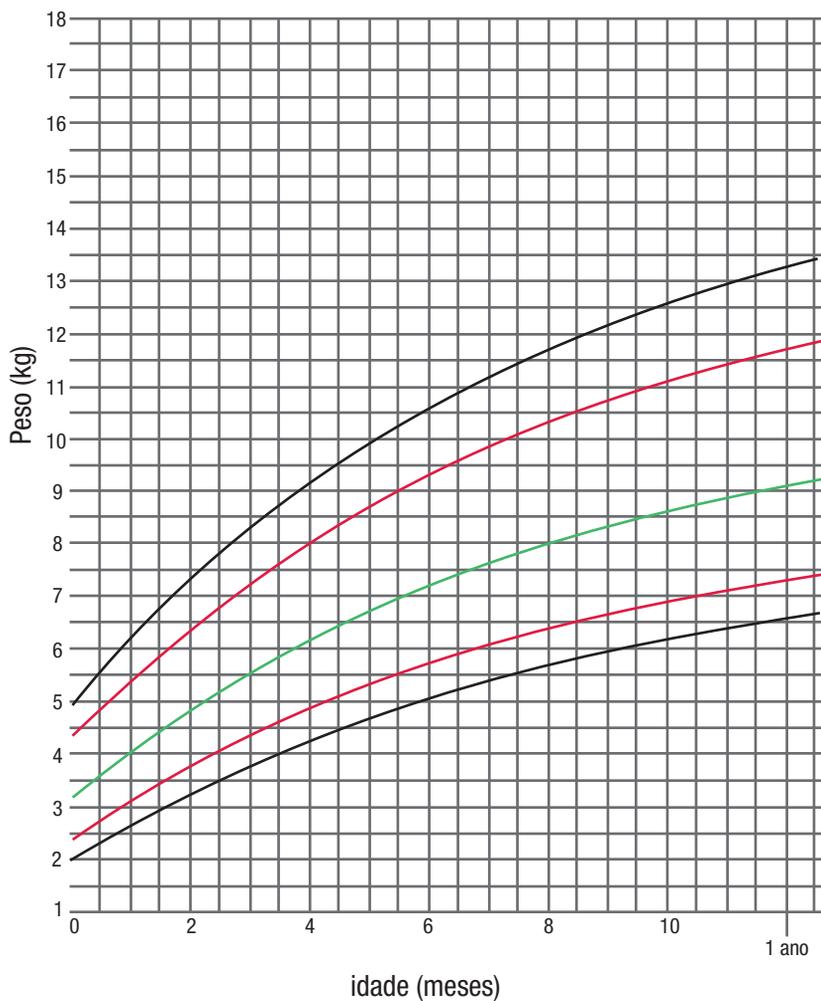


Figura 1 – Reprodução parcial do cartão da criança 0 a 2 anos (menina)
 Fonte: BRASIL, 2013.

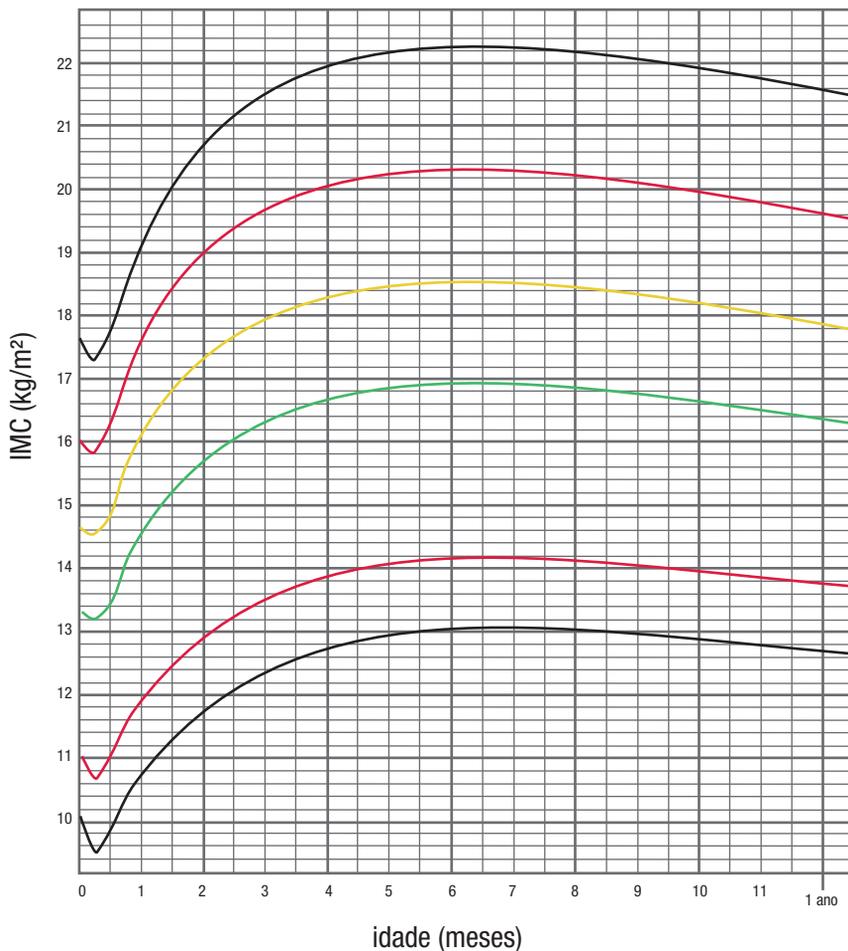


Figura 2 – Reprodução parcial do cartão da criança 0 a 2 anos (menina)
 Fonte: BRASIL, 2013.



Leitura Complementar

Você pode acessar esta caderneta na página do Ministério da Saúde.
 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf>.

A Caderneta de Saúde da Criança passou por reformulações ao longo dos anos e tem uma série de novidades em relação à que era distribuída em anos anteriores. A primeira diz respeito ao sexo do bebê. Atualmente, 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 o 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.

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

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

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

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

3.1.3 Interpretação dos gráficos de desenvolvimento

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

Este foi o primeiro estudo longitudinal a utilizar um protocolo padrão para descrever o desenvolvimento motor grosso entre crianças saudáveis de diferentes países e culminou na construção de uma “janela de aquisição” de marcos desse desenvolvimento motor, como mostrado a seguir na figura 3.

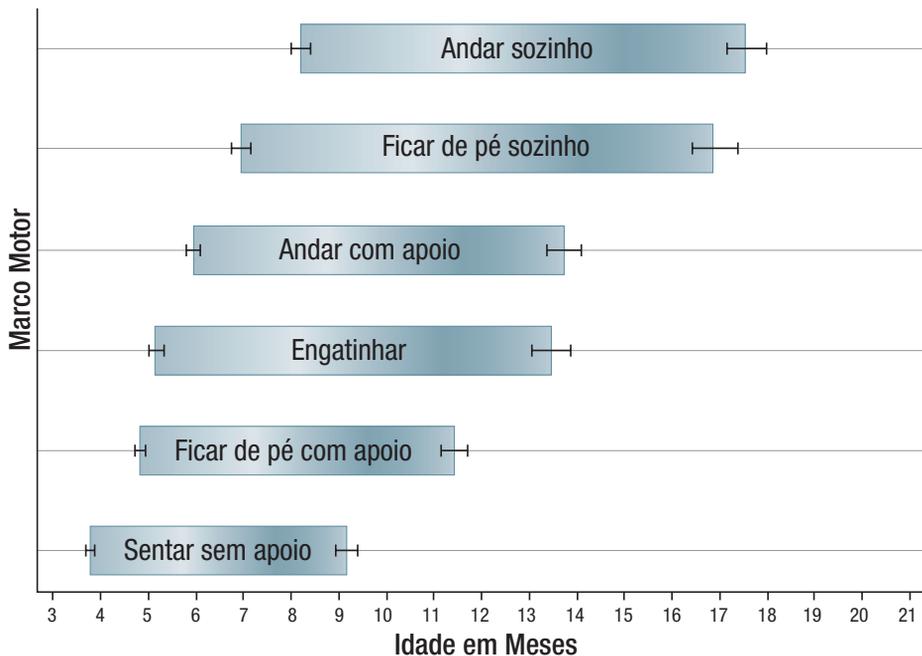


Figura 3 – Marcos de desenvolvimento motor
 Fonte: WHO, 2008.

Após os 9 meses, pode-se comparar facilmente o desempenho real de uma criança com o esperado para a idade conforme os marcos de desenvolvimento motor padronizados. A razão pela qual tais comparações não podem ser realizadas antes dos 9 meses é que o primeiro encerramento de uma janela de aquisição, especificamente “sentar sem suporte”, ocorre com 9,4 meses.

O uso de janelas permite-nos, simplesmente, a comparação do desempenho atual e real da criança com as aquisições dispostas no gráfico de janelas. Diante do gráfico, é importante questionar:

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

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

3.1.4 Sinais de alerta de problemas no desenvolvimento

Outra maneira de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças é ficar atento aos alertas de distúrbios em períodos mais curtos, conforme exemplo no quadro 3, a seguir:

Fim do 1º trimestre

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

Fim do 2º trimestre

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

9 meses

Obrigatória a tomada de providências aos 9 meses.

- a) Não senta sem apoio (hipotonia do tronco).
- b) pernas duras, “em tesoura” (espasticidade).
- c) pernas moles em posição de rã (hipotonia).
- d) mãos persistentemente fechadas.
- e) não tem preensão em pinça.
- f) incapacidade de localizar um som (surdez?).
- g) ausência de balbúcio (distúrbio articulatório?).
- h) sorriso social pobre.
- i) não tem interesse pelo jogo “esconde-esconde”.

12 meses

Fluxo de um sistema de vigilância - ocorrência de um dos sinais:

- a) ausência de sinergia pés-mãos (colocada em pé com apoio não procura ajudar com as mãos).
- b) criança parada ou mumificada.
- c) movimentos anormais.
- d) psicologicamente inerte ou irritada, sorriso social pobre.
- e) não fala sílabas, cessação do balbúcio (surdez?) no 1º aniversário

Quadro 3 – Distúrbios do desenvolvimento da criança
Fonte: Murahovschi, 2006.

É importante lembrar que os pais, em geral, são bons observadores e avaliadores do desenvolvimento de seus filhos, mostrando alta sensibilidade, especificidade e valor preditivo.

3.1.5 Interpretação dos gráficos de crescimento e desenvolvimento no Brasil

Em 2015 o governo federal apresentou resultados de pesquisa sobre indicadores de alimentação adequada realizada no Brasil. O estudo mostrou que o indicador de baixo peso infantil no país em 2015 é menor do que o de sobrepeso e obesidade para as crianças menores de cinco anos de idade. Em 2015, 1,9% das crianças com menos de cinco anos apresentaram baixo peso. No entanto, o número de crianças com sobrepeso e obesidade é preocupante. 7,3% das crianças menores de cinco anos no país estão com excesso de peso. O excesso de peso é maior na região sul do país (9,4%) e menor na região norte (6,2%).



Link

Você pode acessar o relatório completo no link <<http://www.sdh.gov.br/noticias/pdf/alimentacao-adequada-estudo-completo>>.

Em Santa Catarina, as principais causas de desvio nas curvas de crescimento são o sobrepeso e a obesidade, (medido pelo IMC para a idade). Estudos de prevalência apresentam uma forte tendência dessas condições. Assim, pesquisas realizadas em Florianópolis entre 2005 e 2008 mostraram uma prevalência entre 19,5% e 23%. Já a prevalência da magreza (medida pelo IMC para a idade) (ASSIS et al., 2006) e da desnutrição (medida pelo peso pela estatura/ altura) (CORSO; VITERITTE; PERES; 2004) girou em torno de 1,0% a 1,2%.

Entretanto, é importante ressaltar que nas regiões do Contestado e sul do Planalto Serrano, a desnutrição ainda deve ser considerada.

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

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

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

3.1.6 Avaliação da alimentação da criança

O hábito alimentar da criança é extremamente importante, pois, quando estiver em desacordo com os padrões alimentares recomendados, refletirá diretamente no crescimento e desenvolvimento adequados.

Para isso, a alimentação da criança deve conter todos os nutrientes necessários de acordo com sua faixa etária, tais como: carboidratos/energéticos, proteínas/construtor, gorduras/energético, vitaminas e minerais/reguladores.

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 de ferro, zinco e vitamina A. 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, 2013).

Neste sentido, uma ação que foi lançada para reduzir a mortalidade infantil, foi a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e o programa Brasil Carinhoso.



Leitura Complementar

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 dois anos de idade. O Ministério da Saúde elaborou um guia de alimentação que auxilia os profissionais de saúde e familiares.

Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/enpacs_10passos.pdf>

O programa Brasil Carinhoso foi lançado com o objetivo de tirar da miséria crianças até 6 anos, cuja renda familiar per capita fosse inferior, inicialmente a R\$70,00. Em março de 2013, o benefício teve sua margem de renda alterada para R\$ 77, a fim de adequar-se a situação econômica do País. O programa possui três eixos de ação: o reforço da renda familiar, por meio do Bolsa Família, o acesso a creches e a ampliação da cobertura de saúde.

Em dezembro de 2014, a Ação Brasil Carinhoso já havia retirado da extrema pobreza 8,1 milhões de crianças e adolescentes, junto deles seus pais/responsáveis e irmãos, totalizando 16,4 milhões de indivíduos.

A ação que atendia inicialmente 1,9 milhão de famílias, em junho de 2012, e era focalizado na pobreza extrema na infância, expandiu em 37% o número de benefícios entregues a qualquer composição familiar que se encontre em situação de pobreza extrema. Na área de saúde, ainda foram desenvolvidos cuidados adicionais, incluindo a suplementação de vitamina A e sulfato ferroso. E, por meio do NutriSUS, a alimentação de mais de 330 mil crianças foi suplementada com sachês multivitamínicos, que reduzem em até 38% os casos de anemia e em 20% a deficiência de ferro após o uso. (BRASIL, 2016). Agora, confira a seguir mais algumas considerações sobre a alimentação em crianças. Ademais, sobre a promoção do aleitamento materno exclusivo, consulte o álbum seriado, disponibilizado pelo Ministério da Saúde



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**, 2ª edição, revisada. Álbum seriado. 18p. Brasília: 2007. Disponível em <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>.

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

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p.105-114, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n1/a11v21n1.pdf>>.



Link

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação e Nutrição. **Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde – OMS**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento>.

Apresentamos a seguir as principais recomendações para a alimentação da criança.

Alimentação complementar para crianças menores de 2 anos

a) Esquema para a introdução dos alimentos complementares, ver quadro 4:

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 4 – Esquema para a introdução dos alimentos complementares
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

b) Exemplo de alimentação diária, ver quadro 5:

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

Quadro 5 – Esquema de alimentação diária
Fonte: Brasil, 2009a.



Leitura Complementar

Consulte o **Caderno de Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar** para saber mais sobre a Promoção do Aleitamento Materno. Disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>

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

c) As frutas e os sucos:

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

d) A papa salgada:

- A consistência dos alimentos deve aumentar gradativamente e a textura deve ser apropriada à idade.
- Deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes).
- O ovo cozido e as carnes devem fazer parte das refeições desde os 6 meses de idade.
- O óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados;
- Na idade de oito a 10 meses, a criança já pode receber os alimentos da família, desde que não muito condimentados ou com grandes quantidades de sal.

e) As carnes:

- A carne deve fazer parte das refeições desde os 6 meses de idade.

O profissional deve discutir com a família a importância da utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro.

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

f) Cuidados no preparo da alimentação:

- A água deve ser tratada, fervida ou filtrada.
- Lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança.
- Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.
- Os alimentos contidos nas papas salgadas devem estar bem cozidos.
- As frutas devem ser bem lavadas, em água limpa, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca.
- A sobra do prato não deve ser oferecida novamente, assim como a sobra da mamadeira.
- A mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e de diarreias. Orientar a higienização adequada.

Alimentação para crianças não amamentadas ou com desmame precoce, ver quadro 6.

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

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

Quadro 6 – Esquema alimentar diário para crianças menores de 2 anos não amamentadas
Fonte: Brasil, 2009a, p. 91.

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

Frequência e volume da alimentação da criança pequena desmamada de acordo com a idade, ver quadro 7:

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

Quadro 7 – Alimentação da criança de acordo com a idade
Fonte: Brasil, 2009a, p. 91.

Diluição correta do leite em pó em crianças menores que 4 meses de idade, ver quadro 8:

LEITE EM PÓ INTEGRAL
1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.
1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida.
2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.
Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

LEITE INTEGRAL FLUIDO
2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida
70ml de leite + 30ml de água = 100ml
100ml de leite + 50ml de água = 150ml
130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Quadro 8 – Diluição do leite em pó para crianças menores de 4 meses
Fonte: Brasil, 2009a, p. 92.

No caso de menores de 4 meses, na impossibilidade de usar fórmula infantil, no uso do leite de vaca diluído:

- Ácido linoleico – Óleo Vegetal 3%, para cada 100 ml de leite, colocar 1 colher de chá rasa de óleo.

- não acrescentar amido ou açúcar, exceto desnutridos com baixa ingesta.

Os valores indicados acima são aproximados, de acordo com a variação de peso corporal da criança nas diferentes idades. Após os 4 meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

3.1.7 Processo de desmame

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

3 Aqui definido como a cessação do aleitamento materno.

O processo natural é o autodesmame da criança, que pode ocorrer em diferentes idades, em média entre 2 e 4 anos e raramente antes de 1 ano. Costuma ser gradual, mas às vezes ocorre subitamente, como por exemplo, em uma nova gravidez da mãe, em que a criança pode estranhar o gosto do leite que se altera e o volume diminui. A mãe também participa ativamente do processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade.

Desmame precoce

- a) As razões mais frequentes alegadas para a interrupção precoce do aleitamento são: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas nas mamas. Muitos desses problemas podem ser evitados ou manejados pelos profissionais de saúde através de observação, orientações e vínculo.
- b) Quando o profissional de saúde se depara com a situação de a mulher querer, ou ter que desmamar quando a criança não está pronta, é importante respeitar o desejo da mãe. No entanto, é papel do profissional orientar sobre os riscos do desmame precoce e dos benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.

Sinais indicativos de que a criança está madura para o desmame (BRASIL, 2009a, p. 64)

- a) Idade maior que um ano;
- b) menor interesse nas mamadas;
- c) aceitação de variedade de outros alimentos;
- d) segurança na sua relação com a mãe;
- e) aceite de outras formas de consolo;
- f) aceita não ser amamentada em certas ocasiões e locais;
- g) às vezes dorme sem mamar no peito;
- h) mostra pouca ansiedade quando encorajada a não ser amamentada;
- i) às vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar.



Na Prática

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

Fatores que facilitam o processo do desmame

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

Orientações para o desmame

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

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

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

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

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

3.1.8 Evidências em relação a suplementações

Nesta subseção, trataremos das questões relacionadas a suplementações de ferro e vitaminas para crianças, quando e como recorrer a elas.

Suplementação de Ferro, ver quadro 9:

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

Quadro 9 – Suplementação de ferro

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

Suplemento férrico em prematuros

Para reduzir o risco de anemia ferropriva, a Academia Americana de Pediatria recomenda a suplementação de ferro em prematuros em aleitamento materno exclusivo com 2 a 4 mg/kg/dia até o máximo de 15 mg/dia, a partir de um mês de idade. O início da suplementação de ferro em recém-nascidos pré-termo tem variado de acordo com a rotina de diversos serviços entre 15 dias a 2 meses de idade, com tendência de adotar entre 15 dias e 1 mês de idade. A suplementação profilática de ferro deve ter dose adaptada de acordo com o peso ao nascer. Administram-se doses de 4mg/kg/dia para prematuros com peso ao nascer inferior a 1000g, de 3mg/kg/dia para peso entre 1000 a 1500g e de 2mg/kg/dia para peso ao nascer superior a 1500g (SANTOS, 2012).

Suplementação de vitaminas

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

Porém, estudos demonstram que poucas horas de exposição à luz solar no verão – 30 minutos a 2 horas por semana (17 minutos por dia), com exposição apenas da face e mãos do bebê, e 30 minutos por semana (4 minutos por dia), se o bebê estiver usando apenas fraldas – produzem vitamina D suficiente para evitar deficiência por vários meses (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

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

No entanto, existem estudos que recomendam a suplementação de 200UI/dia a toda criança com idade maior ou igual a 2 meses e todo adolescente que não receber esta quantidade através de outra suplementação, como fórmulas fortificadas ou suplementos vitamínicos. Em crianças que receberem fórmulas fortificadas, a quantidade de vitamina D recebida por dia deve ser calculada, sendo suplementado o restante, totalizando uma dose diária mínima de 200UI/dia.

“Outros autores recomendam oferecer suplemento a prematuros que tenham exposição inadequada, filhos de mães vegetarianas estritas que estejam amamentando e lactentes de pele escura.” (ALONSO, C.R.P. et al. – VITAMINAS Y OLIGOELEMENTOS PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia, oct 2006) Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_vitaminas.pdf>

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



Leitura Complementar

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf>.

3.1.9 Orientações relacionadas à saúde bucal

É importante que o médico, assim como os demais membros da equipe de atenção básica, atualizem-se para melhor orientar os pais e os familiares acerca das questões relacionadas à saúde bucal da criança. Este tema deve se fazer presente durante os atendimentos desde o período pré-natal, passando pelo nascimento e indo até 1 ano, e até que a criança possa controlar sozinha a sua higiene bucal e a ingestão de alimentos considerados prejudiciais ao seu crescimento e desenvolvimento.

Período pré-natal

- a) Orientar a futura mãe para que, na 1ª consulta do pré-natal na unidade de saúde, proceda também uma revisão da sua condição de saúde bucal. Este exame facilitará a detecção de algum tipo de infecção bucal, principalmente a associada à doença periodontal, uma vez que estudos científicos relacionam esta doença com a indução de parto prematuro. Além deste fato, é sabido que a colonização bacteriana da boca da mãe é considerada uma importante fonte precoce de colonização da boca da criança.
- b) Estimular, além da gestante, os demais membros da família a cuidarem de sua saúde bucal, explicando a necessidade de escovarem os dentes no mínimo duas vezes ao dia com creme dental fluorado, sobretudo antes de dormir, de usarem o fio dental diariamente, de controlarem a ingestão de alimentos açucarados, além de procurarem anualmente a consulta odontológica.

Nascimento ao sexto mês

- a) Informar sobre os benefícios da amamentação. Desestimular a substituição do aleitamento pela alimentação artificial, desencorajando o uso da mamadeira e das chupetas. No caso de impossibilidade de se continuar a amamentação, a alimentação artificial deverá ser oferecida de copinho ou colher. Se a família persistir utilizando a mamadeira, orientar para que não a ofereçam 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.
- c) Desencorajar o compartilhamento de utensílios como colheres e copos e também a limpeza das chupetas, através da saliva da mãe ou cuidador. Práticas como embeber o bico em mel ou líquidos adoçados também devem ser desencorajadas.



Link

Entenda os riscos relacionados à oferta de mel a crianças menores de um ano, acessando o site **RGNutri: Identidade em Nutrição**.

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

Sexto mês ao primeiro ano

- a) Informar que, a partir do sexto mês, os primeiros dentes iniciam seu processo de erupção. Nessa fase, é comum a criança sentir desconforto causado pela erupção dos dentes decíduos. Pode-se indicar, para o alívio deste desconforto,

que a criança utilize mordedores frios ou a mãe use gaze embebida em água gelada, previamente fervida ou filtrada, sobre a parte da gengiva irritada, no local onde o dente irá surgir.

- b) Estimular a mãe ou cuidador a escovarem os dentes da criança pelo menos duas vezes ao dia. De acordo com o **Guia de recomendações para o uso de fluoretos**, editado pelo Ministério da Saúde no início de 2010, toda a população deve fazer uso de dentifrício fluoretado (BRASIL, 2009b). Em relação às crianças menores de 2 anos, alguns cuidados são necessários. A escovação deve ser realizada pelos pais, com o uso de escova infantil com cabeça pequena e cerdas macias e usando-se uma pequena quantidade de dentifrício equivalente ao tamanho de um grão de arroz. É recomendável que, ao final da escovação, o excesso de espuma produzida pela pasta dental deva ser retirado, evitando-se que a criança faça a sua deglutição. Para a remoção deste excesso, pode-se usar gaze ou a ponta de uma fralda molhada. A partir do momento em que a criança já tenha condições motoras de bochechar sem engolir, a remoção passa a ser feita através dos bochechos com água.
- c) Incentivar o uso do fio dental nos dentes da criança, no mínimo uma vez ao dia, a partir do momento em que os dentes começam a ter contato lateral entre si.
- d) Orientar os pais a manterem produtos que contenham flúor fora do alcance das crianças, evitando-se assim possíveis deglutições acidentais.
- e) Desaconselhar os pais e cuidadores o uso de alimentos adoçados e mamadeiras adocicadas na alimentação da criança. A ingestão de líquido entre as refeições deve limitar-se a água ou leite. Se houver oferta de suco, este não deve ser adoçado artificialmente e sua quantidade e frequência devem ser limitadas. É preferível que a criança coma a fruta 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, a supervisão pode ficar a cargo de um professor.

Lembre-se, as orientações dietéticas devem ser focadas na minimização do uso do açúcar e na limitação dos lanches e bebidas entre as refeições. Fale com o nutricionista do NASF!



Leitura Complementar

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o tema, indicamos as seguintes leituras: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade. Brasília, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>.

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**. Comunicação e Educação em Saúde. Série F. 7.ed. Ministério da Saúde: Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/pdf/colorindo/caderneta_saude_menina_passaporte_cidadania.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carências de micronutrientes. **Cadernos de atenção básica**, Brasília, n. 20, 2007. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/abcd20.pdf>>.

Para refletir

Joana está com 9 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 de 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, estudamos os procedimentos e as ações relacionados ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no nível da Atenção Básica, com a intenção de ampliar nossos padrões de percepção e avaliação das mudanças de cada faixa etária. Identificamos os principais fatores de riscos, sugerimos orientações a serem discutidas com a família, relacionadas à alimentação equilibrada e à higiene bucal da criança.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. A. A. et al. Sobrepeso e baixo peso em crianças de 7 a 9 anos de idade, de Florianópolis, Sul do Brasil: uma comparação com estudo francês usando protocolo similar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 3, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n3/30135.pdf>>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. ed. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. 18 p. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/livro_guia_fluoretos.pdf> Acesso em 13 mar. 2016.

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**. 10. ed., Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_10ed.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

Brasil, Ministério da Saúde. **Manual instrutivo das ações de Alimentação e Nutrição na Rede Cegonha**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao_rede_cegonha.pdf>. Acesso em 17 mar. 2016.

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: 20 mar. 2016.

BRASIL, Portal Brasil. Cidadania e justiça. **Presidenta Dilma Rousseff sanciona marco legal da primeira infância**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/03/presidenta-dilma-rousseff-sanciona-marco-legal-da-primeira-infancia>>. Acesso em 13 mar. 2016.

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.

CORSO, A. C. T.; VITERITTE, P. L.; PERES, M. A. Prevalência de sobrepeso e sua associação com a área de residência em crianças menores de 6 anos de idade, matriculadas em creches públicas de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v7n2/16.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2016

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 80, Supl. 5, p. 131-41, 2004. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/compl_alei_2004.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2016.

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

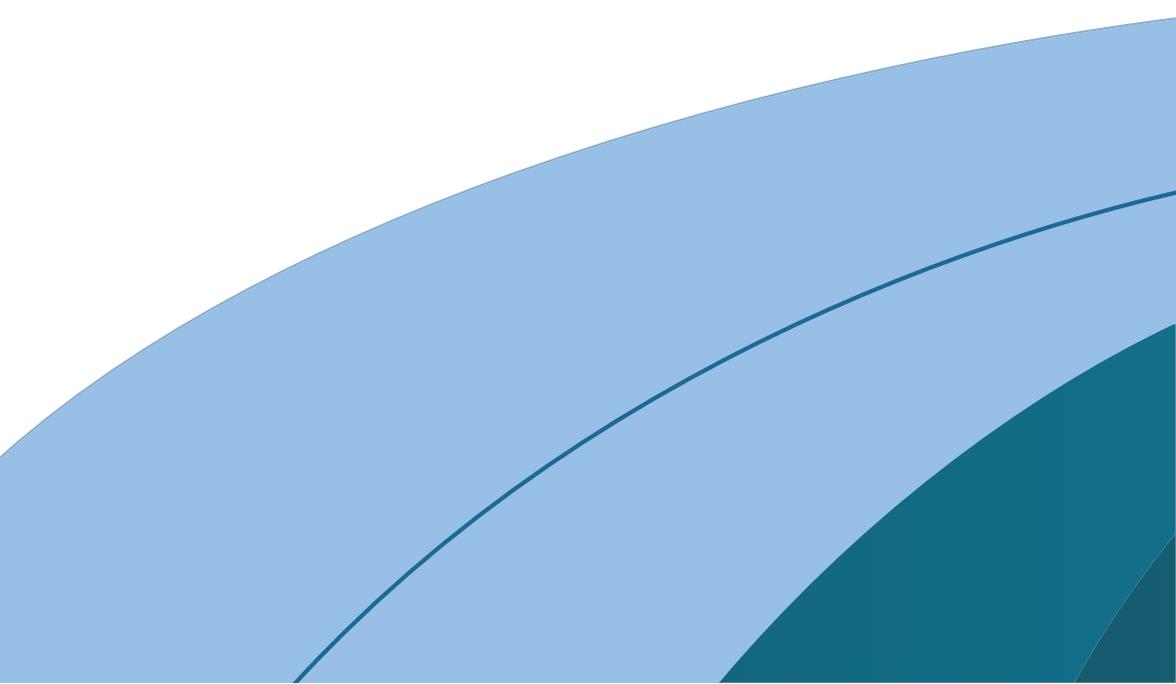
SANTOS, Amélia Miyashiro N. dos. **Indicações de transfusões de hemácias no prematuro**. Documento Científico – Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/INDICACOES_TRANSFUSOES_HEMACIAS-SBP.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (São Paulo). Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação do departamento de nutrologia**: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar. Rio de Janeiro, 2012.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child growth standards**: training course on child growth assessment. Interpreting growth indicators. Geneva, Switzerland, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/training/en/>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Medicina

Unidade 4



4 QUATRO EVIDÊNCIAS PARA O ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE PUERICULTURA

Nesta unidade, abordaremos questões do cotidiano da atenção à integral saúde da criança, com particularidades interessantes e geradoras de muitas dúvidas.

Abordaremos as evidências no rastreamento de doenças por meio de exames de rotina em puericultura. A avaliação adequada das possíveis alterações de exame físico é de fundamental importância para a prevenção de doenças e para a detecção precoce de patologias.

É de responsabilidade do médico, assim como dos demais profissionais da equipe de saúde, promover a atenção integral à saúde da criança, procurando estar atento a todos os aspectos que dizem respeito à saúde infantil em cada encontro com a criança.

Outro tópico abordado nesta unidade são as orientações referentes a imunizações. É papel dos profissionais da atenção básica, inclusive do médico, desenvolver ações relativas à vacinação de crianças e adultos. Discuta com a equipe de enfermagem sobre as possibilidades de trabalhar coletivamente este tema.

Assim, organizamos este conteúdo de maneira sistemática, de modo que, ao final, você esteja apto a realizar ações relacionadas à detecção precoce de doenças na criança, e a desenvolver também atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

4.1 A Consulta de puericultura

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 das crianças, e abrange:

- a) supervisão de saúde, incluindo orientações antecipatórias em nutrição, eliminações, sono, disciplina, prevenção de injúrias, entre outros;
- b) inquérito sobre marcos do desenvolvimento e desempenho escolar;

- c) avaliação das condições psicossociais da criança e da família;
- d) coordenação de cuidados, ou seja, os encaminhamentos a recursos ou serviços comunitários necessários;
- e) imunizações, exame físico e triagens adicionais, como peso, altura, nível de hemoglobina, visão, audição, entre outras.

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

4.1.1 Avaliação do teste do pezinho

No estado de Santa Catarina, o Laboratório Central responde pela execução dos exames de triagem neonatal. A Triagem Neonatal, também conhecida como o teste do pezinho é um meio de se fazer o diagnóstico precoce de diversas doenças congênitas assintomáticas no período neonatal, permitindo a prevenção contra as sequelas que podem causar se instaladas no organismo humano. Toda criança nascida em território nacional tem direito ao Teste do Pezinho.

No estado de Santa Catarina o Laboratório Central é qualificado pelo Programa Neonatal (PNTN) para o diagnóstico de sete exames. Só em 2012, 73.592 recém-nascidos fizeram o teste pela rede pública no estado, em um total de 515.144 exames.

A quarta fase do Teste do Pezinho é responsável pelo diagnóstico de seis doenças congênitas que fazem parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal. O teste possibilita identificar hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. Além disso, o Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina (Lacen) realiza também o diagnóstico da galactosemia (que ainda não consta no programa nacional), totalizando sete tipos de exames de Triagem Neonatal (SES-SC, 2013).

No Paraná o teste é realizado na Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional, que possui o único centro de triagem neonatal do estado. As doenças pesquisadas há mais tempo são a fenilcetonúria e o hipotireoidismo congênito, mas também são detectadas a anemia falciforme, fibrose cística e deficiência de biotinidase. Mensalmente o Centro de Referência em Triagem Neonatal faz a triagem de cerca de vinte mil crianças (SES PR, 2016).

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

4.1.2 As evidências na consulta de rotina

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

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



Link

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

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child growth standards: training course on child growth assessment. Interpreting growth indicators. Geneva, Switzerland, 2008.

Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/training/en/>>.

4.1.3 Exame físico

É recomendável que o profissional da equipe de saúde realize exame físico minucioso na primeira consulta da criança. É importante avaliá-la na perspectiva da integralidade da atenção. Assim, lembre-se das modalidades de atendimento que englobam outros profissionais na avaliação da criança, como a interconsulta e as atividades de grupo. Nas consultas subsequentes, o exame físico fica a critério do profissional de saúde, já que existe pouca ou nenhuma evidência de benefícios do seu uso rotineiro em crianças com bom estado de saúde (WHO, 2008), com exceção à ausculta cardíaca, palpação de pulsos, manobras de Ortolani e Barlow.

No Brasil, dados do SINASC mostram que houve um aumento substancial na prevalência de microcefalia ao nascer, em 2015. Além disso, foram consolidadas evidências que corroboram o reconhecimento da relação entre a presença do vírus Zika e o aumento da ocorrência de casos de microcefalia no País.

Por isso é importante que você como profissional de saúde conheça os protocolos disponíveis para o diagnóstico e a atenção as crianças com microcefalia relacionada a exposição ao vírus zika. Para isso acesse: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/14/PROTOCOLO-SAS-MICROCEFALIA-ZIKA-vers--o-1-de-14-12-15.pdf>>.

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



Leitura Complementar

Para obter mais informações sobre pressão arterial, veja:

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis.

Revista de Nutrição, Campinas, v. 21, n. 1, p.105-114, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n1/a11v21n1.pdf>>.

Confira as técnicas de aferição em crianças, no quadro 10, a seguir.

Técnica de aferição

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

Quadro 10 – Técnicas de aferição em crianças

Você costuma seguir tais requisitos quando avalia uma criança? Como se dá esse procedimento na sua unidade de saúde?

É necessário usar o manguito adequado de acordo com o tamanho da criança. Existe uma variedade de manguitos disponíveis para aferição da PA conforme idade e local de aferição, veja no quadro 11.

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

Quadro 11 – Parâmetros de adequação de manguito
Fonte: KOCH; FURUSAWA, 2015.



Leitura Complementar

A PA sistólica deverá ser anotada na fase I de Korotkoff, quando do aparecimento dos ruídos, e a PA diastólica na fase V, que corresponde ao desaparecimento dos ruídos. Caso os sons sejam audíveis até 0 mmHg, fase IV, deverão ser anotadas as duas fases para a PA diastólica (Sociedade Brasileira de Cardiologia).

I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência - **Arq. Bras. Cardiol.** v.85, supl.6. São Paulo, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v85s6/v85s6a01.pdf>>

A classificação da pressão deverá ser realizada de acordo com a idade, sexo e percentil de altura, medida em três ocasiões diferentes, veja quadro 12.

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

Quadro 12 – Classificação da pressão
Fonte: KOCH; FURUSAWA, 2015.

Para tabelas com percentuais de pressão por sexo, idade e altura, acesse os gráficos de níveis de Pressão Arterial para meninos e meninas na I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e Adolescência. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v85s6/v85s6a01.pdf>>.



Link

Sobre níveis de pressão arterial, consulte também:

Tabelas de níveis de Pressão Arterial para percentis 90 e 95 para meninos e meninas de 1 a 17 anos, separadamente; HYPERTENSION. Disponível em:

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

4.1.4 Exame da visão

O exame dos olhos deve ser realizado a partir do período neonatal, em toda consulta de puericultura. (ASSIS et al., 2006; CORSO; VITERITTE; PERES, 2004; RICARDO; CALDEIRA; CORSO, 2009).

Confira os procedimentos de avaliação ocular a seguir:

a) nascimento aos 3 anos, ver quadro 13:

História ocular

Aparentemente, seu filho enxerga bem?
Seu filho traz objetos próximos à face para tentar focalizá-los?
Os olhos de seu filho parecem normais, ou tortos, ou agitados, ou preguiçosos?
Os olhos de seu filho parecem incomuns?
As pálpebras de seu filho caem ou uma delas tende a fechar?
Seu filho já machucou o olho alguma vez?

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

Exame físico

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

Quadro 13 – Avaliação ocular do nascimento aos três anos.

b) acima de 3 anos, ver quadro 14:

História ocular

Aparentemente, seu filho enxerga bem?
Seu filho traz objetos próximos à face para tentar focalizá-los?
Os olhos de seu filho parecem normais, ou tortos, ou agitados, ou preguiçosos?
Os olhos de seu filho parecem incomuns?
As pálpebras de seu filho caem ou uma delas tende a fechar?
Seu filho já machucou o olho alguma vez?

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

Exame físico

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

Quadro 14 – Avaliação ocular acima de três anos

Em ambos os casos, as crianças com alto risco para problemas oftalmológicos, como prematuros extremos; com história familiar de catarata, retinoblastoma ou doença metabólica; aqueles que têm atraso importante do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) ou com problemas neurológicos; e aqueles com doenças sistêmicas associadas com anormalidades visuais deverão ser encaminhados ao oftalmopediatra. Aproveite para discutir o caso com o pediatra do NASF, se este profissional compõe a equipe NASF no seu município.

Em qualquer faixa etária, crianças que apresentarem comprovação ou suspeita de anormalidades, ou aquelas em que não se obtiver resultados adequados após duas tentativas de realização dos exames precisam necessariamente de avaliação médica. Esta é uma oportunidade para o atendimento conjunto na modalidade de interconsulta com o pediatra do NASF (CORSO; VITERITTE; PERES; 2004).

Técnica da medida da acuidade visual

A forma mais simples de diagnosticar a limitação da visão é medir a acuidade visual com a Escala de Sinais de Snellen. A escala utiliza sinais em forma de Letra E, organizados de maneira padronizada, de tamanhos progressivamente menores, chamados optotipos. Em cada linha, na lateral esquerda da tabela, existe um número decimal que corresponde à medida da acuidade visual.

A pessoa apresenta visão normal quando, ao ser colocada a uma distância de 5 (cinco) metros, em frente a uma Escala de Sinais de Snellen, consegue ler as menores letras que nela se encontram. Uma pessoa apresenta limitação da visão quando não enxerga uma ou mais letras da escala, demonstrando maior limitação quando não conseguir visualizar os símbolos de maior tamanho da escala.

Procedimentos para a realização da técnica:

Preparo do local: deve ser calmo, bem iluminado e sem ofuscamento. A luz deve vir por trás ou dos lados da pessoa que vai ser submetida ao teste. Deve-se evitar que a luz incida diretamente sobre a Escala de Sinais de Snellen; A Escala de Sinais de Snellen deve ser colocada numa parede a uma distância de cinco metros da pessoa a ser examinada.

O profissional responsável pela triagem deve fazer uma marca no piso com giz ou fita adesiva, colocando a cadeira de exame de forma que as pernas traseiras desta coincidam com a linha demarcada. Deve-se verificar, ainda, se as linhas de optotipos correspondentes 0,8 a 1,0 estão situadas ao nível dos olhos do examinado.

O profissional deve explicar e demonstrar o que vai fazer. Deve-se colocar a pessoa próxima à Escala de Sinais de Snellen e pedir-lhe que indique a direção para onde está voltado cada optotipo. O profissional deve ensinar o examinado a cobrir o olho sem comprimi-lo e lembrá-lo de que, mesmo sob o oclutor, os dois olhos devem ficar abertos. A pessoa que usar óculos para longe deve mantê-los durante o teste. Os optotipos podem ser mostrados com um objeto que os aponte. O profissional deve mostrar pelo menos dois optotipos de cada linha. Se o examinado tiver alguma dificuldade numa determinada linha, mostrar um número maior de sinais da mesma linha. Caso a dificuldade continue, voltar à linha anterior.

A acuidade visual registrada será o número decimal ao lado esquerdo da última linha em que a pessoa consiga enxergar mais da metade dos optotipos. Exemplo: numa linha com 6 optotipos, o examinado deverá enxergar no mínimo 4.

É importante observar e registrar se durante a medida da acuidade visual o examinado apresenta algum sinal ou sintoma ocular, tais como:

- Lacrimejamento
- Inclinação persistente de cabeça
- Piscar contínuo dos olhos
- Estrabismo (olho vesgo)
- Cefaleia (dor de cabeça)
- Testa franzida ou olhos semicerrados, entre outros.

Este sinal ou sintoma deverá ser anotado como observação na ficha de resultado da triagem.



Link

Para maiores informações, consulte o **Manual do Projeto Olhar Brasil**.

Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/11_05_2011_14.48.32.9de7677e8dbc86fdae0abbbc0359f9.pdf>

4.1.5 Audição

O exame auditivo deve ser efetuado a partir do período neonatal, em toda consulta de puericultura. Especial atenção deve se ter com relação a prematuros e crianças com agravos neonatais. Lembre-se de que a observação subjetiva da mãe é muito importante, bem como testes simples e rápidos de avaliação da capacidade auditiva. Esses testes de triagem auditiva neonatal podem ser divididos em dois grupos: triagem auditiva comportamental, de avaliação subjetiva; e triagem auditiva eletrofisiológica, de avaliação objetiva. A triagem auditiva comportamental baseia-se na observação da mudança do comportamento ou na observação das respostas motoras do recém-nascido após apresentação do estímulo sonoro. A triagem auditiva eletrofisiológica pode ser realizada por emissões otoacústicas evocadas, Teste da Orelhinha, e parece ser o melhor procedimento de triagem para a detecção precoce da deficiência auditiva (ISAAC; MANFREDI, 2005). Lembre também que você pode contar com o apoio do fonoaudiólogo do NASF para complementar sua avaliação.

Veja o que investigar:

- a) conferir se foi realizada triagem otoacústica neonatal, se não, orientar a realização;
- b) se alterada, seguir protocolo ou encaminhar para o serviço de referência do município;

- c) se normal, realizar segmento subjetivo em toda consulta de puericultura, verificando as seguintes aquisições descritas a seguir:

Fim do 1º trimestre

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

Fim do 2º trimestre

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).

24 meses:

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

Quadro 15 – Exame auditivo em consulta de puericultura

- d) realizar avaliação objetiva, se qualquer destes outros parâmetros estiverem alterados;
- e) realizar avaliação objetiva em toda criança por volta dos 4 a 5 anos.

4.1.6 Avaliação de desenvolvimento comportamental

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

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**⁴ e pelas tarefas do **desenvolvimento**⁵. 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 o desaparecimento dos reflexos.

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

Você encontrará no quadro 16a descrição dos reflexos primitivos do recém-nascido.

4 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.

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

Quadro 16 – Avaliação dos reflexos primitivos no recém-nascido
Fonte: Olhweiler; Silva; 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 Neuropsiquiatria** [On-line], 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.

4.1.7 Evidências em relação aos exames laboratoriais de rotina

Outra maneira de avaliar a criança é mediante exames laboratoriais, que são aliados confiáveis quando houver alguma suspeita ou risco, mas não evidência visual segura. Veja a seguir, no quadro 17, os exames que devem ser repetidos frequentemente:

Hemoglobina ou hematócrito

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

Avaliação do colesterol

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

Quadro 17 – Exames que devem ser repetidos frequentemente

Lembre que a solicitação de exames de forma rotineira deve ser desestimulada. Solicitar dosagem de hemoglobina nas seguintes circunstâncias:

- a) Não tenha sido suplementada
- b) Em prematuros
- c) Ferropenia materna grave durante a gestação (HB menor que 8)
- d) Dieta pobre em ferro
- e) Situação de condição social precária
- f) Acesso limitado a alimentos
- g) Cardiopatia congênita
- h) Uso crônico de corticoesteroides e anti-inflamatórios não hormonais (AINH).

	CONCENTRAÇÃO DE HEMOGLOBINA (<G/DL)	HEMATÓCRITO (<%)
Criança (idade em anos)		
1-<2+	11,0	32,9
2-<5	11,1	33,0
5-<8	11,5	34,5
Sexo masculino (idade em anos)		
12-<15	12,5	37,3
15-<18	13,3	39,7
>=18	13,5	39,9
Sexo feminino não gestante e não lactante (idade em anos)		
12-<15	11,8	35,7
15-<18	12,0	35,9
>=18	12,0	35,7

Quadro 18 – Concentrações de hemoglobina e hematócrito por sexo e faixa etária
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009.

Os parâmetros para avaliar a dosagem do colesterol total detectado no exame são apresentados no quadro 19, a seguir. Observe as alterações no colesterol total:

Se colesterol total maior que 200mg/dl:	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar lipidograma de jejum com HDL, triglicerídeos e LDL calculado. • (O paciente deverá fazer jejum de 9 a 12h.).
LDL for maior ou igual a 164mg/dl:	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar paciente para cardiologista ou endocrinologista pediátrico.
Se o LDL for limítrofe (155-175mg/dl):	<ul style="list-style-type: none"> • Uma nova amostra deverá ser colhida sendo realizada a média entre os dois valores. Deverá ser colhida amostra de familiares.

Quadro 19 - Parâmetros para avaliar a dosagem do colesterol

Os valores de referência lipídica propostos para crianças de 2 a 19 anos estão indicados na tabela 1 a seguir, que são:

Tabela 1 – Parâmetros para avaliar a dosagem do colesterol

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



Link

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

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p.105-114, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n1/a11v21n1.pdf>>.

4.1.8 Triagem metabólica neonatal

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

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

a) Teste do Pezinho

Como já discutidos neste módulo, o Laboratório Central é responsável pela execução dos exames. Este teste é realizado para rastreamento de hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase (SES-SC, 2013).

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

b) Teste Tuberculínico

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

A prova tuberculínica pode ser interpretada como sugestiva de infecção por *M. tuberculosis* quando igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de dois anos ou com qualquer condição imunodepressora. Em crianças vacinadas há menos de dois anos, consideramos sugestivo de infecção igual OU superior a 10 mm (BRASIL, 2010).



Leitura Complementar

Para mais informações, acesse o **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, do Ministério da Saúde:

Disponível em:

<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf>.

4.1.9 Imunizações

Imunizar é sinônimo de tranquilidade para os pais e garantia de saúde para os filhos.

É importante que o profissional da atenção básica reconheça o impacto clínico e epidemiológico de proteger as crianças contra doenças infectocontagiosas por meio das vacinações.

É importante que o profissional mantenha uma rotina de:

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

Considerações gerais importantes sobre imunização:

- a) tornar acessível a todas as crianças com idade até 5 anos completos, priorizando crianças menores de 1 ano com a vacinação Sabin, BCG, Hepatite B, Tetravalente bacteriana (DTP + HiB) e Rotavírus;
- b) a aplicação no mesmo dia de várias vacinas não oferece risco à criança ou ao adulto;
- c) estabelecer intervalo de 30 dias entre a vacina tríplice viral e a vacina contra varicela; e 15 dias entre a vacina tríplice viral e a vacina contra febre amarela;
- d) se a criança interromper o Esquema de Vacinação, não será preciso reiniciá-lo, devendo-se apenas completar as doses que faltam, apazando, na Caderneta de Saúde, os próximos retornos. Devemos sempre levar em consideração o estado vacinal, não importando o tempo decorrido desde sua aplicação;
- e) toda mãe, pai ou responsável que leva o filho para se vacinar, deve receber explicações sobre: as doenças que a vacina protege; suas reações esperadas e ou adversas e o que fazer em cada situação; e data de retorno para novas doses;
- f) obter informações sobre o estado de saúde da criança e proceder da seguinte forma: adiar a vacinação, em caso de doença febril aguda, com temperatura acima de 38,5°C; em crianças em tratamento com imunossuppressores, entre eles: corticoterapia; quimioterapia antineoplásica e radioterapia. Nesses casos, é recomendado o adiamento da vacinação para 90 dias após a suspensão do tratamento em razão da resposta imunológica inadequada ou insuficiente, mesmo que a vacina seja composta por microrganismos mortos ou inativados, ou até mesmo fragmentos de bactérias ou vírus, entre outros;
- g) mesmo que já tenha tido doenças como sarampo, coqueluche, difteria, tétano ou poliomielite, a criança deverá completar o esquema com todas as vacinas, pelas seguintes razões: sarampo e coqueluche, apesar de determinarem imunidade permanente, podem ser confundidas com outras doenças; desta forma, sem comprovação laboratorial, não é justificável dispensar a aplicação da vacina; a poliomielite produz imunidade permanente apenas para 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 (DT 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 (DT infantil) ou da tríplice bacteriana acelular; para 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-vacinação; história de hipersensibilidade ao componente da vacina; presença de neoplasia maligna; tratamento com corticoides, em dose imunossupressora; tratamento com outras terapêuticas imunossupressoras.

Calendário básico de vacinação da criança

Confira o calendário básico de vacinação preconizado atualmente pelo Ministério da Saúde. Fique atento à versão utilizada em seu Estado, lembrando que o esquema vacinal é dinâmico e sofre alterações e atualizações à medida que surgem novos conhecimentos nesta área. Observe o quadro 20, 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	Tetavalente (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 inativada poliomielite (injetável)⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)		Poliomielite 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
4 meses	Tetavalente (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 inativada poliomielite (injetável)⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)		Poliomielite 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>

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
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 inativada Poliomielite (VIP) ⁽⁴⁾		Poliomielite ou paralisia infantil
	Tetravalente (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
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>
	Vacina meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
15 meses	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	1º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	1º reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
4 anos	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	2º reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	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
Meninas de 9 a 13 anos.	Vacina HPV ⁽¹⁰⁾	Duas doses. Segunda dose 6 meses após a primeira dose.	Papiloma Vírus Humano.

Quadro 20 – Calendário básico de vacinação infantil brasileiro
Fonte: Brasil, 2015. Brasil, 2016.

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.

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 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 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 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 6 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 portadores de HIV com evidências clínicas ou laboratoriais de imunodeficiência, a vacina está contraindicada (BRASIL, 2001).

Veja as recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV. Disponível 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, com menos de 2 Kg, seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos 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 recém-nascido que tenha recebido a primeira dose da vacina e da imunoglobulina.

A partir de 2016, a vacina da hepatite B é ofertada para toda população independente da idade e ou condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2016).

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). Administrar o primeiro reforço 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 (inativada ou atenuada): Administrar três doses injetáveis com vírus inativos, aos 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 e aos quatro anos de idade administrado por via oral composta por vírus atenuados. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose. Está indicada para todas as crianças menores de 5 anos, independente 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 duas doses: aos 2 e 4 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 6 meses após a 2ª dose. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos um mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses. 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.

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 aos 12 meses de idade. As doses que eram permitidas até os 23 meses passarão a ser aplicadas em crianças de até 4 anos para as que não foram vacinadas ou estão com esquema incompleto.
8. Vacina febre amarela (atenuada): Administrar aos 9 meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 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 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 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.
10. Vacina Papiloma Vírus Humano (HPV): Administrar duas doses em meninas de 9 a 13 anos com a 2ª dose seis meses após a 1ª. As mulheres vivendo com HIV entre 9 e 26 anos devem receber 3 doses: a 2ª seis meses após a 1ª e outra dose 5 anos após a 2ª.



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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/vacinacao_neoplasias.pdf>.

No ano de 2012 foi introduzida a vacina injetável contra poliomielite (VIP) feita com vírus inativado. Essa vacina foi aplicada, até 2016, somente em crianças que estavam iniciando o calendário de vacinação aos 2 aos 4 meses, após os reforços aos 6 e aos 15 meses e as campanhas de vacinação eram utilizadas a vacina oral contra poliomielite (VOP). Em 2016, houve a alteração para 3 doses injetáveis (VIP) e reforço aos 15 meses e 4 anos, além de campanhas com a gotinha (VOP) (BRASIL, 2016).

Outra conquista foi a introdução da vacina pentavalente que reúne em uma só dose a proteção contra difteria, tétano, coqueluche, Hepatite B e doenças causadas pelo *Haemophilus Influenza* tipo B. As crianças serão vacinadas aos 2, 4 e 6 meses de idade. Serão mantidas a dose ao nascer de Hepatite B e os reforços da vacina DPT (Difteria, Tétano e Coqueluche) aos 12 meses e aos 4 e 6 anos.

Mais informações: **Caderno de Atenção Básica**, n. 33. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.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://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/folder-CRIE-2011.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, entre outros fatores; 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, considerados 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 ou necessidade de intervenção imediata para evitar o óbito.
- Leve ao óbito (BRASIL, 2014).

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, 2014).



Leitura Complementar

Para complementar seus conhecimentos, consulte o seguinte manual:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário básico de vacinação da criança**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_sau_de_crinca_0_12_anos.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

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, estudamos as evidências no rastreamento de doenças por meio de exames de rotina na puericultura, abordamos questões referentes à avaliação auditiva e visual na atenção básica, reforçamos a importância do rastreamento de crianças por meio da Triagem neonatal, discutimos aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor, das imunizações e outras questões relevantes para o acompanhamento das crianças do seu território.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. A. A. et al. Sobrepeso e baixo peso em crianças de 7 a 9 anos de idade de Florianópolis, Sul do Brasil: uma comparação com estudo francês usando protocolo similar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n. 3, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n3/30135.pdf>>. Acesso em 13 mar. 2016.

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. Cardiologia**. Botucatu, v. 87, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/06.pdf>>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_tecnicas_rotinas_operacionais_programa_triagem_neonatal.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília. 2014. 251 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016

BRASIL. Portal da Saúde. **Calendário Nacional de humanização**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Entenda as mudanças do calendário de vacinação. Brasília. 2016. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50529-entenda-as-mudancas-do-calendario-de-vacinacao.html>>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação**. 3ª edição. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_Eventos_adversos.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em 13 mar. 2016.

CORSO, A. C. T.; VITERITTE, P. L.; PERES, M. A. Prevalência de sobrepeso e sua associação com a área de residência em crianças menores de 6 anos de idade matriculadas em creches públicas de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2004000200009&script=sci_arctext>. Acesso em: 15 mar. 2016

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.

ISAAC, Myriam L.; MANFREDI, Alessandra K. S. Diagnóstico precoce da surdez na infância. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38 n. ¾, p. 235-244, jul./dez. 2005.

KOCH, Vera H.; FURUSAWA, Erika A. Diretrizes para medida da Pressão Arterial, MAPA e MRPA. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2015. Disponível em <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/Diretrizes_mapa.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2016.

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

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

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 neuropsiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 294-297, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2a/a17v632a.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016

PARANÁ, Secretaria de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=669>>. Acesso em 26 mar. 2016.

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

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Santa Catarina está à frente no país na Triagem Neonatal**. Florianópolis. 2013. Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2871:santa-catarina-esta-a-frente-no-pais-na-triagem-neonatal&catid=864:ascom-assessoria-de-comunicacao-2013&Itemid=258>. Acesso em 13 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 85, supl. VI, dez. 2005. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/dir_infaeadol.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDATRIA. Departamento de Nutrologia. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente**: manual de orientação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf>>. Acesso em 13 mar. 2016.

Unidade 5



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

Para um atendimento integral à saúde da criança, é preciso, além das ações de promoção e prevenção, resolubilidade diante dos principais agravos à saúde da criança. Para tanto, o médico da atenção básica precisa lidar com segurança com os problemas mais prevalentes da infância.

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

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

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

5.1 Problemas mais comuns no recém-nascido e lactente

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

5.1.1 Obstrução nasal

- a) pode estar presente a partir dos primeiros dias do nascimento e é causa frequente de atendimento;
- b) pode ser intensa a ponto de causar esforço respiratório;
- c) recomenda-se realização de exame físico detalhado;
- d) na ausência de outras alterações, deve-se orientar a mãe, o pai ou o cuidador quanto à benignidade do quadro;
- e) deve-se prescrever o soro fisiológico nasal para lavar as narinas, aplicando-se meio conta-gotas em cada narina sempre que necessário;
- f) deve-se contraindicar o uso de qualquer tipo de vasoconstritor nasal.

5.1.2 Conjuntivite química neonatal

- a) hiperemia conjuntival, edema palpebral e secreção ocular geralmente bilateral, secundários ao uso do nitrato de prata utilizado para prevenção da conjuntivite gonocócica;

- b) pode evoluir para conjuntivite bacteriana com secreção purulenta franca. Orientar a limpeza dos olhos com soro fisiológico várias vezes ao dia;
- c) na presença de contaminação bacteriana secundária, o tratamento pode ser feito com colírio à base de aminoglicosídeos, como gentamicina ou tobramicina. Posologia: 1 gota de 2/2 horas em cada olho no primeiro dia, de 3/3 horas no segundo dia e, a partir daí, de 4/4 horas até completar 10 dias de tratamento.

5.1.3 Refluxo gastroesofágico (RGE)

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

Na presença de sinais e sintomas sugestivos de refluxo patológico, sem melhora após a adoção das medidas orientadas, deve-se realizar a propedêutica específica e iniciar medicação antirrefluxo. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda uma avaliação criteriosa para avaliar a necessidade de acrescentar a terapia medicamentosa e, no seu Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria, indica agentes procinéticos, como a Metoclopramida, que age sobre as regurgitações e inibidores da bomba de prótons, como o Omeprazol. O procedimento cirúrgico pode ser necessário em alguns casos.



Na Prática

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

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

5.1.4 Cólicas do recém-nascido (RN)

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

5.1.5 Granuloma umbilical

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

5.1.6 Hérnia umbilical

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

5.1.7 Hérnia inguinal

- a) tumoração na região inguinal que surge, geralmente, durante o choro ou qualquer esforço. Quando estrangulada, torna-se irreductível e muito dolorosa. Neste caso, a criança apresenta-se pálida, agitada e com vômitos frequentes. O estrangulamento é mais comum em recém-nascidos, prematuros e lactentes jovens;

- b) a conduta é sempre cirúrgica. Quando ocorre o estrangulamento, deve-se tentar inicialmente a redução manual. Caso não seja possível reduzir manualmente, a herniorrafia deverá ser realizada com urgência.

5.1.8 Onfalite

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

5.1.9 Impetigo

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

5.1.10 Monilíase oral e perineal

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

5.2 Avaliação dos principais problemas infecciosos na criança

Ao nascer, a criança passa de um meio asséptico, dentro do útero da mãe, para outro repleto de micro-organismos. É natural que alguns destes microrganismos colonizem a pele e outros órgãos da criança. Efetivamente, a digestão normal depende da presença de certas bactérias que vivem no intestino durante a primeira infância. No entanto, alguns micróbios presentes no ambiente podem causar doenças. Os prematuros são especialmente vulneráveis a certas bactérias prejudiciais porque o seu sistema imunitário ainda não está desenvolvido. Além

disso, por serem submetidos a um número maior de tratamentos e procedimentos que outras crianças, correm maiores riscos de contraírem infecções (MANUAL MERCK, 2009).

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

5.2.1 Avaliação da criança com febre

A febre é a causa mais comum de procura aos serviços de saúde na infância. Não tratamos a febre, mas sim seus sintomas. É importante explicar isso aos pais para evitar a **febrefobia**⁶.

6 Febrefobia é o comportamento de excessiva ansiedade e preocupação dos pais com relação ao sintoma de febre apresentado pelo filho.

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

Recomenda-se tratar a febre principalmente quando estiver acima de 40°C; houver história de convulsões, doença cardiopulmonar, renal, neurológica aguda ou metabólica; idade entre 6 meses e 3 anos e indicação relativa à idade inferior a 5 anos; se houver desconforto da criança, pois algumas sentem-se bem mesmo com a temperatura elevada.

5.2.2. Antipiréticos

Acetaminofeno

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

Ibuprofeno

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

Dipirona

- a) não é recomendada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento da febre em crianças, pelo risco de causar anemia aplástica. Mas há estudos em diversos países de que este fármaco é seguro (KUNKEL; OLIVEIRA; PERES, 2009);
- b) muito usado no manejo da febre nos casos de convulsão febril ou impossibilidade de via oral por ser o único antipirético para uso parenteral em nosso meio;
- c) é eficaz e com ação mais duradoura que o acetaminofeno;
- d) dose: 10-25 mg/Kg/dose, preferencialmente 15mg/kg/dose. Na prática: número de gotas/vez = $\frac{3}{4}$ do peso em Kg.

Ácido acetilsalicílico

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

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

5.2.3 Medidas não farmacológicas no manejo da febre

Medidas não farmacológicas no manejo da febre, veja no quadro 21:

- a) busca-se a redução da febre e não a normalização da temperatura;
- b) uso associado aos antipiréticos ou nas situações em que estes são contraindicados, como: lesões hepáticas graves, coagulopatias, sangramento digestivo, entre outros;

- c) resfriamento externo. Recomendam-se compressas ou esponjamento - a fricção da pele com esponja - de água morna (30° C). Não recomendado na fase de ascensão da febre;
- d) hidratação;
- e) repouso;
- f) roupas frescas e ambiente fresco.

AVALIAR IMEDIATAMENTE SE:
A criança tem menos de três meses de idade.
A temperatura é maior do que 40,6°C.
A criança está queixosa ou tem choro inconsolável.
A criança chora ao ser tocada ou mobilizada.
Há dificuldade para acordar a criança.
A criança tem rigidez de nuca.
Há petéquias ou manchas purpúricas na pele.
Há dificuldade respiratória, mesmo depois de desobstruídas as narinas.
A criança está salivando e não consegue engolir nada.
Ocorreu uma crise convulsiva.
A criança parece estar muito doente.
AVALIAR DENTRO DE 24 H SE:
A criança tem entre três e cinco meses de idade.
A temperatura é maior do que 40o C.
Há disúria.
A febre tem mais de 24h sem que tenha aparecido uma causa óbvia ou sinal de localização.
A febre desapareceu por mais de 24h e retornou.
A febre está presente há mais de 72h, mesmo com sinais de localização.

Quadro 21 – Manejo da febre
 Fonte: Duncan; Schmidt; Giugliani, 2004.

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

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

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

5.2.4 Infecções respiratórias agudas mais comuns na criança

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

As infecções respiratórias agudas mais comuns nas crianças são:

Resfriado Comum (Rinofaringite)

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

Síndrome Gripal (Vírus Influenza)

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



Link

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

Laringite

- a) resfriado que progride para rouquidão e prostração, acompanhado ou não de febre;
- b) a melhor opção para tratamento hoje é: Dexametasona 0,15 a 0,30 mg/kg, via oral em dose única. Se necessário, pode-se repetir em uma hora ou em 24 horas;
- c) nebulização com adrenalina pode aliviar rapidamente os sintomas. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Bronquiolite

- a) ocorre quase que exclusivamente em crianças de até 2 anos de idade;
- b) inicia-se com quadro de rinofaringite aguda e evolui com febre, taquipneia e chiado no peito, com sibilos e roncos;
- c) os quadros leves a moderados podem ser tratados em casa com hidratação e antitérmicos e monitoramento pela equipe de saúde. Melhora em uma a três semanas. Os corticoides não mostram benefícios em quadros leves e moderados;
- d) está indicada a hospitalização se houver sinais de gravidade, como: cianose, dificuldade respiratória importante, sinais de descompensação cardíaca ou circulatória.

Otite Média Aguda (OMA) 1

- a) estudos apontam que crianças maiores de dois anos que não apresentem fatores de risco, que estejam em boas condições clínicas, que não apresentem complicações, que estejam sem febre e com pouca dor podem não precisar de antibióticos (AAP, 2004; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008);
- b) crianças abaixo de 2 anos: tratar sempre. Usar amoxicilina 40 a 60 mg/kg/dia de 12 em 12 horas durante 7 a 10 dias (AAP, 2004; CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006; PETERSEN et al, 2007);
- c) crianças acima de 2 anos: é indicado apenas o manejo sintomático com analgésicos. Antibiótico imediato apenas quando indicado ou quando não puder reexaminar em 24, 48 ou 72 horas dependendo da idade. A indicação inclui presença de doença crônica (S. Down, Cardiopatia Congênita, Desnutrição, Diabetes, Fibrose Cística, etc.), queda do estado geral, dor muito importante, febre superior a 39,5. Utiliza-se amoxicilina nas mesmas doses por um período mais curto (AAP, 2004). Cinco dias de tratamento são suficientes (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008; SORE, 2009);

- d) para crianças alérgicas à penicilina, pode ser prescrito um macrolídeo como a azitromicina 10 mg/kg/dia durante 5 dias (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006; PETERSEN et al, 2007; SORE, 2009);
- e) em caso de insucesso do tratamento passadas 72h, de acordo com Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2006) pode-se usar:
- amoxicilina com clavulanato – 90/6,4 mg/kg/dia de 12 em 12h por 10 dias;
 - cefuroxima – 30 mg/kg/dia de 12 em 12 horas durante 10 dias.

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

Sinusite Aguda

- a) o uso de antibióticos não é necessário na grande maioria dos casos de sinusite aguda. Sendo assim, é indicado apenas o tratamento sintomático, como, por exemplo, o paracetamol;
- b) evidências de ensaios clínicos randomizados demonstram benefícios limitados em termos de melhora clínica e cura com o uso de antibiótico. Entretanto, esses benefícios parecem ainda menores na atenção básica, sendo necessário o tratamento de 7 a 15 pessoas para o benefício de um caso;
- c) portanto, a maioria dos autores conclui que, considerando os riscos potenciais, o uso rotineiro de antibióticos não é justificável (AHOVUO-SALORANTA et al., 2009; ARROLL; KENEALY, 2006; FALAGAS et al., 2008; ROSENFELD; SINGER; JONES, 2007; YOUNG et al., 2008);
- d) o uso de antibióticos pode ser indicado em (SORE, 2009; PETERSEN et al, 2007; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008):
- crianças com secreção nasal purulenta persistente e dor facial sem melhora depois de sete dias;
 - crianças com sintomas graves de rinosinusite ou manifestações sistêmicas independentemente de sua duração;
 - crianças com alto risco de complicações devido a **comorbidades**⁷, como doenças cardíaca, pulmonar, renal, hepática ou neuromuscular significantes, imunossupressão, fibrose cística.

7 O termo é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças e não de sintomas. É considerada tanto a presença de um ou mais distúrbios em adição a um distúrbio primário, quanto ao efeito desses distúrbios adicionais. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600006>.

- e) as bactérias envolvidas no desencadeamento da sinusite são as mesmas que causam otite média aguda; conseqüentemente, os antibióticos são os mesmos, sendo também a amoxicilina a primeira escolha. Há evidências de que o uso de amoxicilina durante cinco dias é tão efetivo quanto o uso por dez dias. Em caso de alergia, também pode ser indicado um macrolídeo (PETERSEN et al, 2007);
- f) é importante ressaltar que sinusite antes dos 3 anos de vida é de difícil diagnóstico. Lembramos que os seios maxilares se desenvolvem entre 18 e 24 meses e os frontais entre 5 e 7 anos. Lembramos também que Rx de seios da face não são exemplares para o diagnóstico. O diagnóstico da sinusite aguda é clínico (SORE, 2009; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008);
- g) deve-se informar às crianças e familiares sobre o curso natural da sinusite aguda, que dura em média 2,5 semanas até sua resolução, semelhante aos resfriados comuns, e, ainda, a sinusite é comumente causada por vírus, sendo desnecessário o uso de antibióticos que podem ainda causar efeitos adversos (SORE, 2009).

Faringo amigdalite

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

Acompanhe o quadro 22 a seguir que traz os achados clínicos em crianças pequenas e escolares.

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

Quadro 22 – Achados clínicos em crianças pequenas e escolares

- b) como a diferenciação entre faringite viral e estreptocócica é muito difícil, o critério diagnóstico de escolha é cultura de orofaringe, procedimento de difícil acesso na rede pública;

- c) considerar na decisão de tratar:
- cultura, se disponível;
 - presença de sinais e sintomas que indicam alta probabilidade da doença. Veja a tabela acima;
 - história de caso recente na família; história de febre reumática no passado;
 - presença de diabetes melito ou doenças que levam à imunodepressão.
- d) partir do pressuposto, sempre baseado em evidências, de que essas doenças não precisam ser tratadas em crianças com idade inferior a 2 anos;
- e) quanto aos maiores de 2 anos, as opções terapêuticas são as seguintes (SORE, 2009, PETERSEN et al, 2007; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008):
- **penicilina Benzatina** – 50.000 ui/kg/IM profundo em dose única;
 - **amoxicilina** – 40 a 60 mg/dia divididas em duas a três doses em 24h. Há vantagens do uso de 12 em 12 horas pela facilidade de aderência ao tratamento, sem prejuízo na eficácia. O uso dessa opção terapêutica implica no prolongamento até 10 dias. Embora a cura se dê em período curto de tratamento, a erradicação se dá ao final de 10 dias;
 - **fenoximetilpenicilina** – 50.000 a 100.000 ui/kg/dia divididas as doses para 12 em 12h. Essa penicilina não consta no documento, estudos comparados entre a amoxicilina e a fenoximetilpenicilina apontam para certa vantagem da fenoximetilpenicilina em relação à amoxicilina. É um produto mais barato, bem tolerado, interfere menos na flora intestinal e pode ser usado de 12 em 12h, o que rebate as críticas do passado de que era desaconselhado por ter que ser usado de 6 em 6 horas (ASSOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA, 2009; LAN; COLFORD, 2000; COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES, 2009);
- f) para os alérgicos à penicilina, as opções são os macrolídeos (SORE, 2009; PETERSEN et al, 2007; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008):
- **eritromicina** – 50mg/kg/dia de 8 em 8h durante 10 dias;
 - **azitromicina** – 10 mg/kg/dia de 24 em 24h durante 5 dias.

Pneumonias

- a) o diagnóstico pode ser clínico, os sinais mais indicativos são tosse com taquipneia e dificuldade respiratória, com tiragem subcostal;
- b) a radiografia de tórax, se disponível, é útil para confirmação diagnóstica e avaliação da extensão da doença;
- c) alguns autores indicam estudo radiológico rotineiro em menores de um ano.

Os demais exames complementares ajudam pouco no diagnóstico;

- a) a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugerem que os achados de taquipneia e tiragem subcostal já autorizam os clínicos a iniciarem antibioticoterapia empírica, no entanto é importante a avaliação do profissional de forma criteriosa, tendo em vista que nos diagnósticos de bronquiolite e asma estes sintomas também estão presentes e não necessitam de antibioticoterapia;
- b) conduta na criança com tosse ou dificuldade para respirar.

No quadro 23, abaixo, veja quais as condutas seguidas no caso de crianças com tosse ou dificuldades para respirar.

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

Quadro 23 – Condutas em caso de tosse ou dificuldades para respirar
Fonte: Duncan; Schmidt; Giuliani, 2004.

- a) crianças abaixo de 2 meses devem ser tratadas no ambiente hospitalar;
- b) crianças de 2 meses a 5 anos com quadro agudo pós-IVAS ou pós-bacteremia, devem ser classificadas da seguinte forma:
 - **pneumonia:** quadro de taquipneia;
 - **pneumonia grave:** quadro de tiragens subcostal, fúrcula e infraclavicular;
 - **pneumonia muito grave:** quadro de tiragens e toxemia.
- c) crianças que apresentam pneumonia grave e muito grave devem ser tratadas em hospitais. Cabe à Atenção Básica o manejo de crianças com pneumonia, quando apresentarem somente taquipneia. Discuta o caso com o pediatra do NASF. O tratamento deve ser feito com:
 - amoxicilina 60 mg/kg de 8 em 8h durante 7 dias. Embora se tenha disponível a informação de que se deva usar doses maiores de 80 a 90 mg/kg para pneumonias (PRISCO, 2007), estudos comparativos recentes não demonstraram qualquer vantagem em relação à dose primeiramente

referida (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006; HAIDER et al, 2009; HAZIR et al., 2007);

- em crianças alérgicas às penicilinas, pode ser indicado um agente macrolídeo como a Azitromicina 10 mg/kg no primeiro dia, seguido de 5 mg/kg uma vez ao dia até 5 dias (OSTAPCHUK et al., 2004).
- d) crianças de 5 a 14 anos, com início agudo sugestivo de pneumonia pós-IVAS devem ser tratadas como o esquema anterior, classificando em pneumonia, pneumonia grave e pneumonia muito grave. Se tiver início insidioso, pensar em pneumonia atípica e usar um antibiótico da classe dos macrolídeos: Eritromicina 50 mg/kg de 8 em 8h durante 10 dias ou Azitromicina 10mg/kg/dia, seguidos de 5 mg/kg/dia de 24 em 24 horas durante 5 dias (CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER, 2006).

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

5.3 Medicamentos utilizados nas Infecções Respiratórias Agudas (IRAS)

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

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

5.3.1 Medicamentos que não devem ser utilizados

Antitussígenos

- a) explicar que a tosse, na maioria das vezes, é um reflexo protetor e não deve ser suprimida;
- b) estudos não mostram evidências para seu uso, a tosse melhora mesmo com placebo, indicando que esta faz parte da evolução natural da IRA (AAP, 2004);
- c) sedativos da tosse, como a codeína, podem excepcionalmente ser usados nos casos de tosse seca intensa que interfere no sono ou na alimentação. Ficar atento para tosse seca prolongada, que pode ser sinal de asma.

Mucolíticos e expectorantes

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

Vitamina C

- a) estudos randomizados em 5.000 casos de resfriado comum e controlados com placebo, demonstraram que o uso de vitamina C acima de 200mg/d não reduz a incidência de IRA. Por isso, não é indicado seu uso antes ou depois do início de IRA em crianças.
- b) Antitérmicos e analgésicos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

5.3.2 Medidas mais importantes para evitar IRAS

Conforme discutimos, a maioria dos medicamentos utilizados para tratar sintomas de infecções relacionadas a IRAS não tem efetividade comprovada e podem causar efeitos adversos. Assim, as medidas de prevenção são muito importantes, veja algumas:

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

5.3.3 Diarreia aguda

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, por meio do uso do Soro de Reidratação Oral (SRO) a partir da década de 1980.

O número de mortes por diarreia no mundo, antes do aparecimento do SRO, era de cinco milhões de crianças/ano, caindo para 3,3 milhões na década de 1990. Entretanto, durante esse período, a incidência de casos de diarreia continuou a mesma: 2,6 episódios/criança/ano, demonstrando que outras medidas são igualmente necessárias para a diminuição desse índice: acesso à água potável, ao saneamento ambiental e adoção de hábitos de higiene.

Caso não disponha de água potável, você pode orientar para que seja filtrada e fervida antes do uso para beber. Caso não seja possível fervê-la, a orientação é tratar a água para consumo com hipoclorito de sódio a 2,5%. Para cada litro de água, adicionar duas gotas de hipoclorito de sódio e deixar repousar por 30 minutos. É importante respeitar esse tempo de repouso para eliminar as bactérias.

Mais informações no Manual da Vigilância Sanitária: Saiba como Agir em Caso de Enchentes. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saiba_agir_casos_enchentes_2014.pdf>.

5.3.4 Anamnese

É importante questionar se algum conhecido ou vizinho está com os mesmos sintomas. Se houver suspeita de alimento ou água contaminados, comunicar à vigilância sanitária.

Avaliar a gravidade dos sintomas, número de evacuações; presença de febre, perguntar sobre sinais de gravidade, como sangue e muco nas fezes.

Exame físico

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

Terapia de Reidratação Oral (TRO)

- a) para a criança com diarreia e desidratação leve a moderada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na unidade de saúde, durando em média quatro horas;
- b) durante a reidratação, as crianças deverão ser mantidas em jejum; os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno;
- c) o soro de reidratação oral (SRO) deve ser preparado na unidade de saúde, e a família, orientada sobre como oferecê-lo. Ele deve ser dissolvido em água filtrada ou fervida e mantido coberto e em local fresco. Não se deve adicionar qualquer ingrediente para tornar o sabor mais agradável;

- d) o volume de soro a ser ingerido depende da aceitação da criança, mas, em regra, deverá receber de 50 a 100 ml/kg em 4 horas ou 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano;
- e) deve ser administrado da maneira mais cômoda e fácil para os familiares, em intervalos de 15 a 20 minutos, respeitando a capacidade gástrica, que é de 20 a 30 ml/kg/hora;
- f) a observação pela equipe de saúde deve ser frequente, de 30 em 30 minutos. Espera-se que os sinais de desidratação desapareçam em quatro horas;
- g) se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro;
- h) os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro;
- i) uma vez hidratada, a criança deve ter alta para casa, os pais devem receber todas as orientações e envelopes do soro para oferecer à criança aos poucos e sempre que esta evacuar ou vomitar, ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação.

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

- deve-se suspender a hidratação oral e encaminhar ao hospital na presença de: alteração do nível de consciência;
- suspeita de íleo paralítico - vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos.

Medicação

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

A OMS recomenda suplementação com sulfato de zinco às crianças com diarreia persistente. A suplementação com sulfato de zinco de 2 mg por dia durante 10 a 14 dias reduz a incidência de diarreia durante 2 a 3 meses. Ajuda a reduzir as taxas de mortalidade infantil das crianças com doença diarreica persistente. Todas as crianças com diarreia persistente deveriam receber suplementos multivitamínicos e suplementos minerais todos os dias durante duas semanas.

Segundo o *Guia Prático da Organização Mundial de Gastroenterologia: diarreia aguda*, as preparações comerciais disponíveis no mercado são frequentemente convenientes; os comprimidos que podem ser esmagados e administrados com alimentos são mais baratos.

Exames

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

Encaminhar

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

Orientações

Orientar sobre a lavagem de mãos após o uso de toalete e os cuidados com risco de contaminações alimentares, como preparo e tempo de reaquecimento. Explicar que o quadro geralmente é autolimitado e dura de dois a cinco dias.

Lembre-se da importância da lavagem de mãos antes e após o exame físico. Este simples procedimento evita a contaminação cruzada entre as pessoas examinadas e reduz o risco inerente à exposição do profissional de saúde aos microrganismos.



Leitura Complementar

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: introdução. Brasília, 2002. Disponível em:

<<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/aidpi1.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade. Brasília, 2002. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/aidpi2_1.pdf>. Acesso em 16 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: identificar o tratamento. Brasília, 2002. Disponível em:

<<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/aidpi3.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno temático da criança**. Secretaria Municipal de Saúde: São Paulo, 2003.

Para refletir

Maria Luíza 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 com 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 Luíza, sua irmã mais velha Vitória, com quatro anos de idade e os pais das duas meninas moram na casa. Os pais trabalham em turno integral, possuem alta escolaridade e fumam; mas, embora sejam tabagistas, realizam atividade física regular. As meninas frequentam uma escola infantil da rede privada.

Maria Luíza 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 a criança não

se encontra com baixo peso, porém a curva de peso manteve-se praticamente inalterada desde a última avaliação com o pediatra da menina, pois a criança possui plano de saúde e é atendida em um consultório privado. A profissional decide chamar a enfermeira para discutir o caso.

As profissionais percebem que a menina apresenta palidez cutânea na 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 Luíza 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, evitar fazê-lo próximo às 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 da situação socioeconômica.

SÍNTESE DA UNIDADE

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

REFERÊNCIAS

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

AAP (American Academy of Pediatrics). **Pediatrics**, v. 114, n. 1, p. 85-90, jul. 2004.

AAP (American Academy of Pediatrics). Red Book Committee on Infectious Diseases. Group B Streptococcal Infections. In: **Red Book Online**. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics, 2009. p. 634-636. Disponível em: <<http://redbookarchive.aappublications.org/cgi/content/extract/2009/1/3.126>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

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

ASSOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA (AEPED). Sociedad Española de Infectología Pediátrica. **Protocolos de infectología**. 3. ed. Madrid: Ergon, 2011. Disponível em: <<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER. **Evidence based clinical guideline for medical management of acute otitis media in children 2 months to 13 years of age**. Cincinnati, 2006, 17 p. Disponível em: <<http://www.cincinnatichildrens.org/assets/0/78/1067/2709/2777/2793/9199/c16a2055-7273-4802-8a70-3581b9d279e9.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

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.

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

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

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

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

LAN, A; COLFORD, J. The impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 105, 2000. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/2/e19>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

MANUAL Merck. **Edição de saúde para a família**: cólicas. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D278%26cn%3D1429>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

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

PETERSEN, I. et al. Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. **BMJ**, London, v. 335, nov. 2007. p. 982-984. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/335/7627/982>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

PRISCO, A. High-dose amoxicillin is the preferred treatment for outpatient management of community acquired pneumonia in children 4 mos - 4 years. **Pediatrics**, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.med.umich.edu/pediatrics/ebm/cats/amoxicillin.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

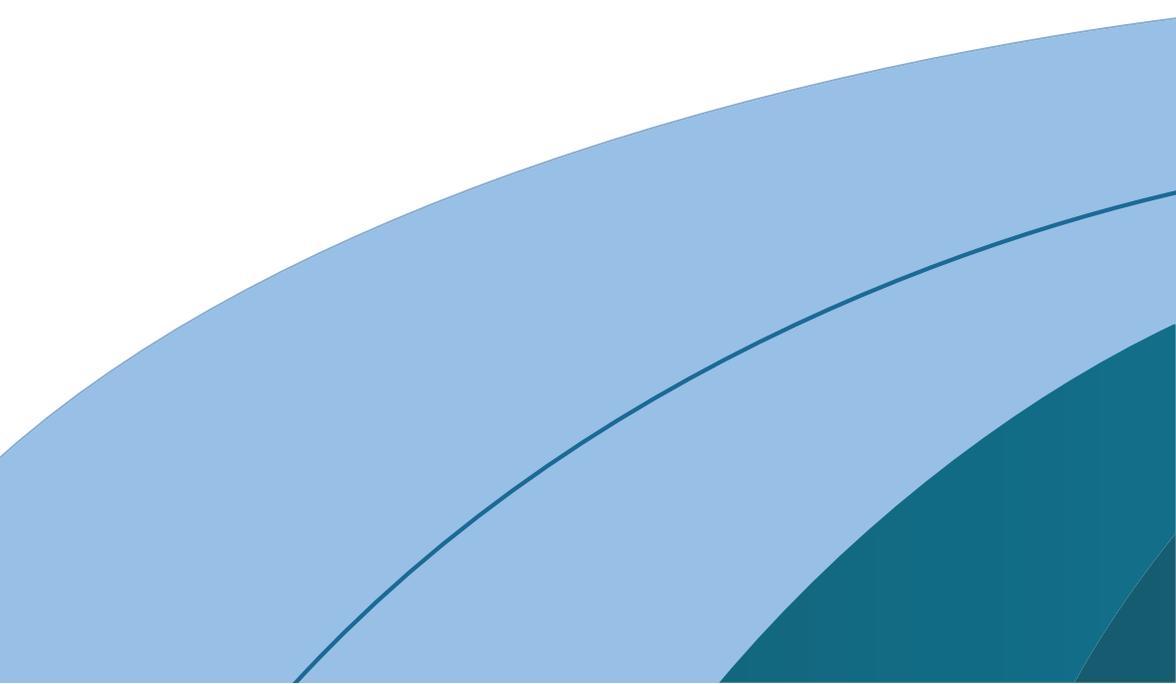
ROSENFELD, R. M.; SINGER, M.; JONES, S. Systematic review of antimicrobial therapy in patients with acute rhinosinusitis. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 137, n. 3, p. 32-45, 2007.

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

WGO. **Guia Prático da Organização Mundial de Gastroenterologia**: diarreia aguda. 2008. Disponível em: <<http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-portuguese>>. Acesso em 16 mar. 2016.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Medicina

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 se deu em julho de 2005 a partir da observação pelas ACS, entre outros fatores, de que o número de adolescentes grávidas vinha aumentando na comunidade.

O grupo começou a promover reuniões com o objetivo de promover o aleitamento materno exclusivo, para mulheres gestantes e no puerpério, 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, com dificuldades, relacionadas: à adaptação à nova condição; aos horários previstos para os encontros; à tensão das adolescentes, pois a maioria não estava preparada para a maternidade, algumas até ficaram revoltadas por estarem grávidas; à preocupação com a estética; ao fato de ser comum que essas jovens queiram ir ao baile *funk* e deixarem seu bebê com alguém, introduzindo mamadeiras e chupetas, e com isso, favorecendo 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.

São realizadas, só para esse projeto, 48 visitas de ACS por mês. Esse 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 este 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 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 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 6 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 3 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. Com o objetivo de desenvolver hábitos de responsabilidade e trabalho, valorizar os brinquedos e as atividades lúdicas e criativas e criar um espaço de convivência que propicie interações espontâneas e desprovidas de preconceitos, foi aberta, há dez anos, a Brinquedoteca da Vila Espanhola, inicialmente localizada 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 serem crianças! A realidade vivenciada por algumas crianças, infelizmente, priva-as 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 matutino e vespertino, nos quais são atendidas quarenta crianças por vez, com idades entre 5 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 o que é feito aqui, existe uma intenção, num desenho que é exibido, depois procuramos conversar com as crianças para saberem o que eles entenderam, que lição pode ser tirada do que viram, seja desenho, seja filme”. Então, rodas de conversa são propostas 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 e a partir do momento que passou a conviver com as outras crianças, principalmente as outras meninas, brincando, ela foi deixando de falar palavrão, deixando de ser agressiva. Ela hoje já tem seis anos e está um encanto só!”. Outra ACS cita o caso de dois irmãos que frequentam a Brinquedoteca: um era expansivo, muito ativo, e o outro extremamente calado, introspectivo e quase não se relacionava 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 com 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 desenvolveu em conjunto 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 os 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 dente decíduo cariado, com extração indicada e obturado (CEO-D) 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 vista como um espaço privilegiado para desenvolver ações de promoção da saúde assim como projetos preventivos.

A Escola Estadual de Ensino Médio Silvio Sanson tem uma realidade singular, com mais de 330 alunos, mais de 30% desses 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 a 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 pela 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.

Em 2005, o índice de CPO-D aos 12 anos era de 3,68 e, em 2008, pouco mais de dois anos do início do trabalho, 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 UBS

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. 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 da identificação de um elevado número de crianças com o problema; aliado à ortodontia preventiva, a equipe tem atuado junto à escola também com ortodontia interceptativa.

A ortodontia preventiva visa a evitar as 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, nos momentos de visitas domiciliares, conta a auxiliar de consultório dentário. O trabalho é de toda a equipe, mas principalmente das agentes comunitárias de saúde, que discutem com os adultos e as crianças acerca da importância da escovação e dos cuidados em saúde bucal. O gestor também participa ativamente do processo, apontando o diálogo em saúde e a educação como pilar da Atenção Básica, e reconhecendo que as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde devam receber investimentos altos.

Embora seja possível prevenir e amenizar alguns problemas de má oclusão dentária, há aqueles casos em que é necessária uma intervenção mecânica. É aí que 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, é caro e mais demorado. Entre as possíveis intervenções a serem realizadas 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 o 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. 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1389>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

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: 16 mar. 2016.

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: 16 mar. 2016.

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, abordamos aspectos importantes como a identificação das ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil com enfoque em saúde bucal, imunizações e alimentação. Elencamos evidências para o acompanhamento clínico de puericultura e as ações de promoção e proteção, bem como as principais ações da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde, às doenças prevalentes 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 I da Universidade Federal de Santa Catarina. É membro do Grupo de ensino, pesquisa e extensão na saúde da criança e adolescente (GEPESCA) e líder do grupo do GAPEFAM. 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 (UFPR) em 2004. Residência em Medicina de Família e Comunidade na UFSC (2004 a 2006). Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (2007). Professora Substituta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina de agosto de 2007 a agosto de 2009. Tutora de estágio prático dos alunos de medicina na disciplina de Interação Comunitária na UFSC de 2007 a 2013 e preceptora de Residência em Medicina de Família e Comunidade desde 2011. Foi médica concursada na Prefeitura Municipal de Florianópolis, atuando na Estratégia Saúde da Família de 2006 a 2013. Fellow em APS em Barcelona (2010). Coordenadora do GT de Comunicação em Saúde da SBMFC. Coordenou Grupo de PBI (Problem Based Interview) em Florianópolis e atualmente em Curitiba. Presidente da ACMFC (Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009-2011). Gerente de Ensino e Pesquisa/Feaes (2013). Atualmente médica da Feaes e coordenadora de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Coordenadora da COREME (Comissão de Residência Médica) da Secretaria de saúde de Curitiba/Feaes. Teleconsultora do Telessaúde FAURGS. Coordenadora da Instituição Supervisora do PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) de Curitiba e Região Metropolitana. Professora no curso de Medicina na Faculdade Pequeno Príncipe. Professora Substituta do Depto de Saude Comunitária curso de Medicina na UFPR.

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

Daniela Lemos Carcereri

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), Mestrado em Odontologia, área de Odontopediatria, pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991) e Doutorado em Engenharia de Produção, área de Mídia e Conhecimento, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Pós-doutorado junto ao Departamento de Organização e Didática Educativa da Faculdade de Pedagogia da Universidade de Barcelona, Espanha, bolsista do CNPq (2013). É Professora Associada, nível II do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua como professora no Curso de Graduação em Odontologia; no Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e no Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ministrado em parceria pela Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atualmente exerce a função de Coordenadora do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro da Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO. Representante da ABENO na Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - REDE APS/ABRASCO. Membro do Grupo de Trabalho GT Saúde Bucal Coletiva da ABRASCO. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva. É líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Interdisciplinaridade, Educação e Saúde e desenvolve projetos e pesquisas principalmente sobre os temas ensino na saúde e atenção primária à saúde.

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

Heitor Tognoli

Médico graduado pela UFSC, mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família, especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde, e especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. Atualmente é consultor de inovação de modelos de atenção à saúde e médico de família na Unimed Santa Bárbara do Oeste e Americana. Tem experiência na Atenção Primária, atuando principalmente nos seguintes temas: formação de recursos humanos para atuação em Atenção Primária, gestão de modelos de atenção voltados para a Atenção Primária.

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

Leandro Pereira Garcia

Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília, fez Residência Médica em Pediatria, MBA em Gestão Empresarial, MBA em Gestão de Projetos e Mestrado em Administração, Atualmente, cursando Doutorado em Ciências da Saúde. Desenvolveu sua dissertação, na linha de pesquisa Gestão Pública e Coprodução

do Bem Público, propondo um modelo de Governança Pública que visa a promover a emancipação solidária de pessoas em comunidade: a Governança para a Emancipação. Apesar de atual, a dissertação foi apresentada em 2014, quatro redes intersetoriais, envolvendo quase uma centena de organizações, já a utilizam em Florianópolis. Tem experiência em Administração Pública, tendo atuado como Coordenador de Centro de Saúde, Gestor de Projetos e de Programas, além de ter atuado no Planejamento Estratégico e na elaboração de diversas Políticas Públicas na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atualmente, é Diretor de Vigilância em Saúde do Município de Florianópolis, setor com mais de 300 servidores e responsável pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Laboratório Municipal.

<http://lattes.cnpq.br/0573692306138917>

Luiz Roberto Agea Cutolo

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Pediatria. Doutor em Educação pela mesma universidade. Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua no Módulo de Doenças Respiratórias na Infância e no estágio de Pneumologia Pediátrica no Internato em Saúde da Criança. Pesquisador nas áreas de Doenças Respiratórias, Educação Médica, Interdisciplinaridade, Atenção Primária da Saúde e Epistemologia das Ciências da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9742453607223778>

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), doutorado em Saúde Coletiva pela Univerisdade Federal de Santa Catarina (2015). 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, redes de atenção à saúde, saúde da mulher e da criança e violência.

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



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina