



Atenção à Saúde da Criança

aspectos básicos

Cláudia Regina Lindgren Alves
Zeína Soares Moulin
Luana Caroline dos Santos

Atenção à Saúde da Criança

aspectos básicos

Claudia Regina Lindgren Alves
Zeína Soares Moulin
Luana Caroline dos Santos

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2013

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomez

Faculdade de Educação

Diretora: Samira Zaidan

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Emerson Silami Garcia

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Escola de Enfermagem

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação

Ariana da Cunha Ferreira Paz

A474s Alves, Cláudia Regina Lindgren
Atenção à Saúde da criança: aspectos básicos/ Cláudia Regina
Lindgren Alves, Zeína Soares Moulin, Luana Caroline dos Santos – Belo
Horizonte : NESCON UFMG , 2013.
145p. : il. ; 22 x 27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à Estratégia de
Saúde da Família.

ISBN:

1. Saúde da criança. 2. Saúde do adolescente. 3. Saúde da família.
4. Bem-estar da criança. 5. Nutrição do adolescente. 6. Nutrição da crian-
ça. I. Moulin, Zeína Soares. II. Santos, , Luana Caroline dos. III. Núcleo de
Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)
IV. Título.

NLM: WA 300

CDU: 614

Sumário

Apresentação dos autores.....	6
Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....	7
Apresentação Unidade Didática II: Disciplinas optativas.....	8
Introdução ao módulo.....	10
Seção 1 Organização da atenção à saúde da criança.....	13
Parte 1 Organização das ações da equipe de saúde para a atenção à criança: conhecendo a realidade.....	15
Parte 2 O atendimento às crianças segundo critérios de risco.....	19
Parte 3 Vacinações.....	21
Parte 4 Planejando a atenção à população infantil.....	25
Seção 2 Acompanhamento do crescimento da criança.....	31
Parte 1 Antropometria e registro de dados na Caderneta de Saúde da Criança.....	34
Parte 2 Avaliação do crescimento infantil e condutas nas diferentes situações.....	48
Seção 3 Acompanhamento do desenvolvimento da criança.....	65
Parte 1 Acompanhamento do desenvolvimento da criança: conceito e importância.....	67
Parte 2 Instrumento de avaliação do desenvolvimento: observar e verificar.....	73
Parte 3 Classificar o desenvolvimento da criança e decidir o que fazer	82
Parte 4 Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação	87
Seção 4 Aleitamento materno e orientação alimentar para crianças.....	91
Parte 1 Alimentação das crianças do nascimento aos seis meses.....	94
Parte 2 Alimentação das crianças de seis a 24 meses.....	113
Parte 3 Alimentação de crianças a partir de três anos de idade	124
Conclusão.....	127
Referências.....	131
Apêndices.....	139
Anexo.....	143

Apresentação dos autores

Cláudia Regina Lindgren Alves

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Medicina. Membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG.

Zeína Soares Moulin

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Medicina. Membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG. Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Luana Caroline dos Santos

Nutricionista (UFOP), Especialista em Adolescência (UNIFESP), Mestrado e Doutorado em Saúde Pública (USP). Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Membro do Centro Colaborador em Alimentação em Nutrição (CECAN - Sudeste II) do Ministério da Saúde e pesquisadora do Grupo de Intervenções em Nutrição (GIN).

Apresentação do Programa Ágora

Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos

momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora:

www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual:

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Este módulo pretende motivá-lo a refletir e a preparar-se para abordar quatro grandes temas importantes para a promoção da saúde da criança. Ao final deste módulo, esperamos que você seja capaz de

- organizar a atenção básica à criança;
- acompanhar o crescimento da criança;
- acompanhar o desenvolvimento da criança;
- conhecer e saber aplicar em sua prática os preceitos relativos ao aleitamento materno e à alimentação da criança.

O termo **Puericultura** se refere aos cuidados prestados a crianças até os dez anos de idade em casa ou em instituições. Puericultura não é um dos descritores em ciências da saúde (DeCS), devendo ser usado o termo “cuidado do lactente” para crianças até dois anos e, para crianças com mais de dois anos de idade, usar “cuidado da criança”.

Vamos considerar como crianças a faixa etária até 10 anos de idade. Como referência, veja o quadro de **distribuição percentual** dessa população brasileira (BRASIL, 2010 b). Compare os dados com os resultados do território de sua equipe de Saúde da Família.

Quadro 1 - Distribuição percentual da população residente em 2010, por grupo etário até 10 anos e região do país

	Até 1 ano	De 1 até 5 %	De 5 até a 10 %	Até 10 anos %
Brasil	1,42	5,81	7,84	15,07
Norte	2,86	7,88	10,34	21,08
Nordeste	1,54	6,42	8,71	16,67
Sudeste	1,28	5,17	5,24	11,69
Minas Gerais	1,27	5,24	7,29	13,80
Sul	1,14	5,14	7,04	13,32
Centro-Oeste	1,50	6,06	8,01	15,57

Fonte: BRASIL, 2010b.

Você pode observar as competências profissionais esperadas na atenção primária à saúde da criança (Quadro 2) e que serão, em grande parte, tratadas neste módulo, com complementações em outros.

Quadro 2 - Competências esperadas na atenção primária à criança, para Médicos (M), Enfermeiros (E) e Dentistas (D)

Competências esperadas	M	E	D
Conceituar puericultura.	X	X	X
Descrever e demonstrar a avaliação do recém-nascido, cuidados com higiene geral e do coto umbilical.	X	X	
Avaliar e interpretar a gravidade da icterícia neonatal.	X	X	
Descrever o calendário de consultas básico da criança .	X	X	
Descrever o calendário de imunização da criança e do adolescente, identificar contraindicações à imunização, diagnosticar e manejar reações adversas vacinais, discutir e planejar as ações de imunização com a comunidade . Disponível em: https://www.unasus.gov.br/wiki/index.php/Compet%C3%A2ncias_dos_profissionais_de_n%C3%ADvel_superior_na_Estrat%C3%A9gia_de_Sa%C3%BAde_da_Fam%C3%ADlia_ESF	X		
Descrever e analisar a importância do aleitamento materno, descrever as recomendações quanto à duração do aleitamento materno, identificar contraindicações ao aleitamento, identificar técnicas para estimular o aleitamento materno em sua comunidade.	X	X	X
Descrever e demonstrar o manejo de dificuldades relacionadas ao aleitamento, incluindo: demora na descida do leite, dor e trauma mamilar, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, candidíase, reflexo de ejeção exacerbado, presença de sangue no leite, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário, galactocele, baixa produção de leite, cirurgia de redução de mamas e implantes mamários.	X	X	
Descrever a época, quantidade, frequência e o modo de preparo recomendados para introdução da alimentação complementar.	X	X	
Planejar ações para a implementação do calendário básico de consultas da criança	X.	X.	
Descrever, demonstrar, analisar e interpretar as ações clínicas de prevenção e promoção da saúde da criança e do adolescente, inclusive de rastreamento, nos seguintes campos: história, monitoração do crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, comportamento, exame físico, visão, audição, dentição, risco cardiovascular, exames laboratoriais, imunizações, aconselhamento e orientação preventiva.	X		
Identificar, descrever os sinais e sintomas, descrever as medidas de prevenção e tratamento dos agravos nutricionais a seguir: obesidade, desnutrição, hipovitaminose A, deficiência de iodo.	X	X	
Conceituar anemia, identificar as causas de anemia em crianças, descrever e interpretar os procedimentos diagnósticos para a anemia, descrever o tratamento* e a prevenção para a anemia ferropriva.	X	X	
Analisar a importância da escola como locus de atuação da ESF; planejar e avaliar ações de saúde bucal no ambiente escolar; descrever e exemplificar ações de avaliação da saúde bucal na escola.			X
Conhecer as características anatômicas e morfofisiológicas da dentição decídua e mista bem como a cronologia de sua erupção e de dentes permanentes			X

Fonte: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS UNA-SUS, [2013?].

Você poderá rever ações que têm enorme potencial de prevenção de problemas sérios, como desnutrição, anemia e obesidade, altamente prevalentes em nosso meio, além de poder detectar precocemente crianças com problemas neurológicos que estejam se manifestando sobre o ritmo de desenvolvimento. Além disso, esses temas introduzem um importante conceito na organização dos serviços, que é a vigilância à saúde das pessoas. Por fim, entendemos que essas ações possibilitam o desenvolvimento de algumas habilidades necessárias a todo profissional de saúde, especialmente os que atuam na atenção primária, como a comunicação adequada com a população, o conhecimento da realidade de saúde, sociocultural e psicossocial da comunidade em que atua e, por isso, essas ações são consideradas estruturantes da assistência à saúde da criança.

Ao elaborar este módulo, pensamos que poderíamos ajudá-lo a organizar melhor as ações de sua equipe para o acompanhamento das crianças e preparamos várias atividades relacionadas ao seu dia a dia nos serviços de saúde. Por isso, é importante que você programe algum tempo para discutir com sua equipe algumas atividades que serão propostas ao longo do módulo. Você também precisará levantar dados sobre a comunidade em que você atua. Procure identificar suas possíveis fontes de informação e comece a mobilizar sua equipe para ajudá-lo.

Colocamos também à sua disposição alguns vídeos que contribuirão no estudo de procedimentos técnicos, como a antropometria e a avaliação da mamada. Pode ser interessante compartilhar esses vídeos com sua equipe. Não deixe de participar também das discussões nos fóruns programados para compartilhar com outros alunos e com os tutores do curso suas dúvidas, trocar ideias e experiências sobre os problemas do seu cotidiano.

Esperamos que, ao final dos seus estudos, você tenha contribuições concretas a dar às crianças de sua área de abrangência. Bom trabalho!

Seção 1

Organização da atenção à saúde da criança

Glossário

Crescimento é o processo global, dinâmico e contínuo, que se expressa pelo aumento da massa corporal.

Desenvolvimento é o processo pelo qual os seres vivos adquirem a capacidade de realizar tarefas cada vez mais complexas.

Crescimento e desenvolvimento são marcas da infância. Crescer e desenvolver-se bem significa ter suas necessidades de nutrientes biológicos e de estímulos afetivos e socioculturais atendidas no momento oportuno em todas as fases da vida da criança. Sendo assim, o crescimento e o desenvolvimento são indicadores muito sensíveis da qualidade de vida de uma população e da organização dos serviços de saúde. A cobertura vacinal de sua área de abrangência também é um bom indicador da qualidade dos serviços oferecidos à população.

Para organizar o processo de trabalho e acompanhar corretamente o crescimento e o desenvolvimento, orientar adequadamente as ações do aleitamento materno e da alimentação e articular a vacinação no processo de acompanhamento da saúde das crianças, esperamos que, ao final desta seção, você seja capaz de

- conhecer a realidade de saúde das crianças de sua área de abrangência, especialmente quanto aos fatores de risco para o crescimento e o desenvolvimento;
- planejar as ações da equipe de saúde, de modo a promover o crescimento e o desenvolvimento adequados das crianças sob sua responsabilidade, com base no conhecimento de sua realidade de saúde e das características da própria equipe;
- conhecer e utilizar bem os instrumentos e protocolos de acompanhamento da saúde infantil.

Parte 1

Organização das ações de saúde para a atenção básica à criança: conhecendo a realidade

O acompanhamento do crescimento, ao lado de acompanhamento do desenvolvimento, é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de atenção à saúde da criança. Tem por características sua baixa complexidade tecnológica e sua elevada eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida. Por essas razões, desde que foi implantado como uma ação básica de saúde vem apresentando impacto surpreendente na morbimortalidade infantil. No entanto, frequentemente, os profissionais de saúde se deparam com dificuldades objetivas para programar essas ações.

Vamos discutir inicialmente a organização das ações de atenção à saúde da criança em seu serviço de saúde. Começaremos avaliando as condições de vida e saúde das crianças de sua área de abrangência e pretendemos que você consiga, ao final, propor alterações significativas na forma de trabalho de sua equipe.

Veja o vídeo

“Saúde da Criança e do Adolescente” (3 min), em que um médico de uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) de Belo Horizonte relata suas dificuldades para organizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças de sua área de abrangência. Assista ao vídeo e pense se suas dificuldades se assemelham às dele.

(http://www.nescon.medicina.ufmg.br//registro/Saude_da_crianca_e_do_adolescente/99).

O profissional estabelece questões como as seguintes:

- Como compatibilizar o atendimento a pacientes com problemas agudos com o acompanhamento das crianças saudáveis?
- As mães só trazem as crianças quando estão doentes. Como resolver isso?
- A equipe está desfalcada, isso atrapalha todo o planejamento...

Provavelmente você também depara com questões como essas no seu dia a dia, não é?

- Como você e sua equipe têm enfrentado essas situações?
- Sua equipe já desenvolve alguma ação planejada para as crianças do nascimento até os 10 anos de idade? Como essas ações são organizadas? Quem são os responsáveis?
- Como é a adesão das famílias?
- Qual tem sido o impacto dessas ações na saúde das crianças?
- Em que pontos você e sua equipe gostariam de avançar?
- Quais são os pontos facilitadores para a realização de uma nova proposta de trabalho?
- Quais são as dificuldades atuais?

Esses são alguns aspectos que você precisa considerar para planejar as ações de saúde de um modo geral. Comece, agora, a montar um planejamento específico para as ações de promoção da saúde da criança em sua área de abrangência.

O primeiro passo será levantar algumas informações que o ajudem a dimensionar o seu “problema”. É importante registrar, organizar e guardar essas informações, pois elas serão a sua referência para avaliar o sucesso de suas intervenções. Procure envolver todos os membros da sua equipe – médico, enfermeiro, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário e agentes comunitários de saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – não só no levantamento das informações necessárias, mas também na elaboração e implementação das propostas, ou seja, procure construir coletivamente um planejamento das ações.

Lembre-se... **Planejar** implica:

Conhecer a realidade atual em que você atua.

Definir claramente o que se deseja fazer (objetivos).

Prever o que deve ser feito para alcançar os objetivos propostos.

Utilizar os recursos existentes da melhor forma para concretização dos objetivos.

Avaliar os resultados obtidos.

Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005.

Vamos fazer um passo a passo junto com você para a elaboração de seu mapa contextual. É importante que você levante informações sobre a população infantil de sua área de abrangência que permitam o planejamento das ações, como:

Em relação às condições do território e infraestrutura

- Como são as condições sociais gerais?
- Como são as condições em relação à água, ao lixo, aos dejetos?
- Como são os transportes?
- Qual é a qualidade do ar e das habitações?
- Como é o acesso a emprego e renda?
- Existem crianças frequentando creches? Quantas são?
- Que equipamentos sociais existem para apoio/proteção à infância?

Em relação à população e sua organização social

- Quantas crianças com menos de 12 meses, entre 12 e 24 meses, entre 2 e 5 anos e entre 5 e 10 anos vivem em sua área de abrangência?
- Quantas estão sendo acompanhadas regularmente pela equipe de saúde?
- Quantos são prematuros e/ou com baixo peso ao nascer?
- Há mães adolescentes, analfabetas ou de muito baixa escolaridade em sua área de abrangência? Quantas são?
- Quantos são os desnutridos? E os obesos?
- Você tem informações sobre os índices de aleitamento materno? Quantas crianças menores de seis meses mamam exclusivamente no seio? Quantas crianças menores de dois anos de idade ainda são amamentadas?
- Quantas crianças estão com a vacinação em dia?
- Qual é a prevalência de cárie dentária e de outros problemas odontológicos nas crianças de sua área de abrangência? Essas crianças têm sido avaliadas pela equipe de saúde?
- Quantas crianças foram internadas no último mês?

Em relação às condições do sistema de saúde:

- Há protocolo ou normas fixas para a atenção à criança?
- Há condições locais para a assistência (salas, equipamentos, sistema de prontuário, sistema de informação)?
- A equipe está completa? Interage bem?

Algumas definições importantes:

Recém-nascido prematuro ou pré-termo: indica que o bebê nasceu com menos de 37 semanas de gestação.

Recém-nascido de baixo peso: indica que o peso do bebê ao nascer foi menor que 2.500g.

Muitas dessas informações você já deve ter levantado no módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Volte a elas e as atualize, se necessário. Com essas informações, você poderá identificar as crianças e as famílias cuja saúde está em situação de risco e que precisarão de atenção especial da equipe ou até de acompanhamento especializado.

Parte 2

0 atendimento às crianças segundo critérios de risco

Em geral, as crianças são consideradas de baixo risco, ou risco habitual, na maioria das comunidades e devem ter um plano de atenção compatível com esta situação. Entretanto, outras, por condições ligadas à sua história pregressa ou às condições familiares, sociais e culturais, merecerão cuidados mais frequentes e especiais, por serem consideradas crianças em situação de risco.

No Quadro 3, são listados dois grupos de crianças consideradas em situações de risco. As crianças do grupo I estão em risco, mas poderão ser acompanhadas pela equipe, porém com calendário especial. Já as crianças do grupo II necessitarão de acompanhamento do pediatra e/ou de outros especialistas, mas deverão manter acompanhamento concomitante com a equipe de saúde.

Quadro 3 - Classificação de crianças segundo grupos de risco

Grupo I	Grupo II
Acompanhamento pela equipe de saúde com calendário especial	Acompanhamento pelo pediatra/ especialista de referência em conjunto com a equipe de saúde
Mãe com baixa escolaridade Mãe adolescente Mãe deficiente mental Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis com criança negativa para essas doenças Morte materna História de óbito de menores de um ano na família Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas Recém-nascido retido na maternidade Desnutrição Internação prévia	Baixo peso ao nascer Prematuridade Desnutrição grave Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística Intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados

Fonte: MINAS GERAIS, 2005.

As informações levantadas servirão também para você estimar quantos e que tipos de atendimentos por mês serão necessários para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de todas as crianças de sua comunidade. O Ministério da Saúde preconiza um calendário mínimo de atendimentos, mostrado no Quadro 4, para as crianças menores de 10 anos, **que não se encontram nas situações de risco** discutidas anteriormente. Para aquelas em situação de risco, o intervalo entre os atendimentos pode variar, mas nunca deverá ser superior a 30 dias no primeiro ano de vida.

Quadro 4 - Calendário mínimo de atendimentos para crianças até 10 anos, de acordo com proposição do Ministério da Saúde

Número de atendimentos/ano	IDADE															
	DIAS	MESES										ANOS				
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6	7	8	10
1.º ano - 7 atendimentos																
2.º ano - 2 atendimentos																
3.º ano - 1 atendimento																
4.º ano - 1 atendimento																
5.º ano - 1 atendimento																
6.º ano - 1 atendimento																
7.º ano - 1 atendimento																
8.º ano - 1 atendimento																
9.º ano - 1 atendimento																
10.º ano - 1 atendimento																

Fonte: Adaptado de Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. BRASIL, 2002a.

O que você acha dessas propostas? Discuta o assunto com sua equipe, pensando que ações deveriam ser realizadas em cada um desses atendimentos.

Parte 3

Vacinações

Para completar sua agenda de atenção à criança, considere também o calendário de vacinação oficial, conciliando suas propostas ao esquema proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Veja o Quadro 5 e as orientações seguintes. Para atualizações, tenha como referência o site do Ministério da Saúde:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462>.

Quadro 5 - Calendário básico de vacinação da criança. Brasil, Ministério da Saúde 2012

Idade	Vacina	Doses	Doenças que imuniza
Ao nascer	BCG-ID ⁽¹⁾	dose única	Formas graves de tuberculose
	Hepatite B ⁽²⁾ (HB)	1. ^a dose	Hepatite B
2 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB) ⁽³⁾	1. ^a dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b, Hepatite B
	VIP (vacina inativada contra pólio - injetável) ⁽⁴⁾	1. ^a dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) ⁽⁵⁾	1. ^a dose	Diarreia e desidratação causada por rotavírus
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾	1. ^a dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
3 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾	1. ^a dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	2. ^a dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b, Hepatite B
	VIP (Vacina inativada contra pólio - injetável)	2. ^a dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	2. ^a dose	Diarreia e desidratação causada por rotavírus
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	2. ^a dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
5 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada)	2. ^a dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	3. ^a dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b, Hepatite B
	VOP (vacina oral contra pólio - gotas)	3. ^a dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	3. ^a dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
9 meses	Febre amarela ⁽⁸⁾	dose inicial	Febre amarela (em áreas endêmicas)
12 meses	Vacina Tríplice Viral (SRC) ⁽⁹⁾	1. ^a dose	Sarampo, rubéola e caxumba
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
15 meses	Vacina Tríplice Bacteriana (DTP)	1. ^o reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	VOP (Vacina oral contra pólio - gotas)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina Meningocócica C (conjugada)	reforço	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 anos	<u>Vacina Tríplice Bacteriana (DTP)</u>	2. ^o reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	<u>Vacina Tríplice Viral (SRC)</u>	2. ^a dose	Sarampo, rubéola e caxumba

Vacina contra a gripe: A vacina contra a gripe não está no calendário porque ela é oferecida em campanhas todo ano sempre antes do inverno. Nessa época, gestantes e crianças entre 6 meses e 2 anos de idade deverão ser vacinadas.

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Fonte: BRASIL, 2012.

Orientações importantes para a vacinação da criança:

(1) vacina BCG: Administrar o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas administrar a vacina após completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 (dois) kg. Administrar uma dose em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 (um) ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 (um) ano de idade, sem cicatriz - administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose - administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina. Contatos com duas doses não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal ao exame dos contatos extradomiciliares de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Para criança HIV positiva a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina está contraindicada na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV (positivo) a vacina está contraindicada em qualquer situação.

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

(3) vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae b* (conjugada): Administrar aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade. Intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. A vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis – DTP são indicados dois reforços. O primeiro reforço administrar aos 15 meses de idade e o segundo reforço aos 4 (quatro) anos. Importante: a idade máxima para administrar esta vacina é aos 6 (seis) 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 (um) ano, iniciar esquema com DTP+ Hib; não vacinados na faixa etária entre 1 (um) a 6 (seis) anos, iniciar esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 (um) ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com DTP + Hib; crianças na faixa etária de 1 (um) a 6 (seis) anos com vacinação incompleta, completar esquema com DTP. Crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de 5 (cinco) anos e que tenham 7 (sete) anos ou mais devem antecipar o reforço com Dupla tipo adulto (dT).

(4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada): Administrar três doses (2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses. Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. Administrar o reforço aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose.

(5) vacina oral rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada): Administrar 2 (duas) doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária: primeira dose: 1 (um) mês e 15 dias a 3 (três) meses e 7 (sete) dias; segunda dose: 3 (três) meses e 7 (sete) dias a 5 (cinco) meses e 15 dias. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose.

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

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

(8) vacina febre amarela (atenuada): Administrar aos 9 (nove) meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 (seis) meses. Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios destes estados, buscar as suas Unidades de Saúde. No momento da vacinação, considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

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

Fonte: BRASIL, 2012

Parte 4

Planejando a atenção à população infantil

Em muitas comunidades, as condições sociais, econômicas e ambientais colocam quase toda a população em elevado risco de adoecer e morrer. Nessa situação, a equipe precisa exercer sua capacidade criativa na busca de um planejamento que seja capaz de oferecer a cada pessoa aquilo de que ela mais precisa e oferecer a todos as melhores oportunidades de cuidado para com sua saúde. Assim, agora, você e sua equipe precisam avaliar concretamente sua capacidade de lidar com a realidade da população sob sua responsabilidade.

Os próximos passos agora são:

- Rever as informações que você já levantou e identificar aquelas que ainda lhe faltam para que possa planejar o acompanhamento das crianças de sua área de abrangência.
- Calcular qual seria a necessidade de atendimentos para acompanhar sistematicamente as crianças não enquadradas nos critérios de risco, segundo o calendário mínimo do Ministério da Saúde.
- Analisar criticamente os seus cálculos e discutir com a equipe que tipos de atendimentos vocês teriam condições de realizar e quem poderia se responsabilizar por eles para que o calendário mínimo fosse cumprido.
- E para as crianças de risco, qual seria sua proposta?

Existem várias **modalidades de atendimento**. Cada uma cumpre objetivos específicos e poderá ser realizada por diferentes profissionais da equipe de saúde, de acordo com sua formação, suas habilidades pessoais, sua disponibilidade, etc. A utilização das várias modalidades de atendimento é uma excelente estratégia de abordagem, pois permite envolver toda a equipe no acompanhamento da criança, possibilita abordagem integral da saúde e ajuda a equacionar a agenda dos profissionais. A escolha das modalidades de atendimento dependerá, então, das características da população assistida pela equipe, mas também e, principalmente, das características da própria equipe. Veja algumas possibilidades no Quadro 6.

Quadro 6 – Modalidades de atendimento à saúde da criança até os 10 anos

Modalidades de atendimento	Objetivos	Responsáveis
Visitas domiciliares	Captar para o acompanhamento. Verificar: - Condições gerais da mãe e da criança; - Presença de situações de risco; - Caderneta de saúde da criança; - Cuidados de higiene pessoal, inclusive bucal; - Uso correto dos medicamentos prescritos; - Escolaridade; - Situação vacinal. Incentivar o aleitamento materno. Buscar faltosos.	Agente Comunitário de Saúde (ACS) Auxiliar de enfermagem Enfermeiro Médico
“Primeira Semana Saúde integral”	Recém-nascido: - Atualizar a caderneta de saúde da criança; - Verificar sinais gerais de perigo; - Verificar icterícia; - Coletar material para triagem neonatal; - Vacinar BCG e Anti-hepatite B; - Avaliar a amamentação e orientar; - Orientar sobre os cuidados com o bebê; - Captar para acompanhamento e agendar puericultura. Mãe: - Verificar estado geral, sinais de infecção e hemorragia; - Vacinar contra rubéola e tétano (quando for o caso); - Encaminhar para consulta pós-parto.	Auxiliar de enfermagem
Consulta individual	Avaliar crescimento, desenvolvimento, alimentação e vacinas. Preencher a Caderneta de Saúde da Criança. Realizar diagnósticos clínicos. Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene pessoal e bucal, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos. Solicitar exames complementares. Prescrever medicamentos. Encaminhar para consultas especializadas, se necessário.	Médico
	Preencher a caderneta de saúde da criança. Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos.	Enfermeiro
Grupo Operativo	Avaliar e promover o crescimento e o desenvolvimento. Avaliar e promover o aleitamento materno e alimentação de desmame. Realizar atividade de educação para saúde com a participação dos pais ou responsáveis com ênfase em: - prevenção de doenças e acidentes; - higiene; - aspectos da educação infantil; - puberdade e sexualidade; - outros temas sugeridos pelos participantes. Preencher a caderneta de saúde da criança.	ACS Auxiliar de enfermagem Enfermeiro Médico Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Fonte: Organizado pelas autoras.

Não se esqueça de prever a inclusão dos profissionais de saúde bucal na elaboração do planejamento e na realização das ações de promoção da saúde. É muito importante que a família incorpore bons hábitos de saúde bucal desde o nascimento da criança, para que ela também os tenha quando crescer. Avalie com sua equipe quais seriam os momentos mais oportunos para que a equipe de Saúde Bucal participe dos atendimentos à criança e que orientações podem e devem ser oferecidas pelos outros profissionais que acompanham essa criança.

Chegou a hora de montar uma proposta mais detalhada para a atenção integral à saúde de crianças até 10 anos de idade, em sua área de abrangência. Até este momento, você já sabe a disponibilidade, as possibilidades e as limitações de sua equipe de trabalho, bem como o número de crianças de risco e não risco e as necessidades de atendimento por ano em cada faixa etária.

Pensando na promoção da saúde integral da criança, a atenção habitual à criança não deve ser tratada apenas como um momento para coletar dados antropométricos, testar o desenvolvimento e fazer as vacinações, ao lado de alguma outra intervenção sobre alguma enfermidade aguda. Este momento é também a melhor oportunidade para uma boa conversa com os pais sobre os cuidados básicos indispensáveis à saúde de seu filho. A equipe de saúde deve preparar-se para abordar, individual ou coletivamente, os seguintes aspectos da prevenção de problemas e da promoção da saúde da criança:

- Incentivar o uso, o cuidado e a leitura periódica da Caderneta de Saúde da Criança.
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até seis meses.
- Orientar o processo de desmame e a alimentação complementar apropriada após os seis meses.
- Incentivar a alimentação saudável para crianças.
- Verificar o calendário vacinal e incentivar os pais a manter as imunizações atualizadas, inclusive participando das campanhas nacionais de vacinação.
- Acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança.
- Orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária.
- Indicar a profilaxia/tratamento da anemia ferropriva de maneira sistemática.
- Avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral.
- Orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária.

Glossário

“Primeira Semana Saúde integral”

é uma das propostas do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde. Consiste em otimizar a ida da criança e da mãe à UBS no 5.o dia de vida para o “Teste do Pezinho”, e realizar também outras ações de vigilância à saúde do binômio mãe-filho no pós-parto imediato: higiene e avaliação geral, avaliação e estímulo à amamentação, verificação do coto umbilical, avaliando presença e intensidade de icterícia (reconhecer riscos), confirmar aplicação de vacinas BCG e anti-hepatite B, ao nascer, ou aplicá-las.

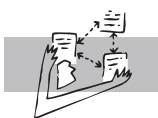
Para saber mais...

Você pode saber mais sobre o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal no site: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. (BRASIL, 2004).

- Avaliar a acuidade visual e auditiva e referenciar precocemente ao especialista, quando necessário.
- Reconhecer e tratar as intercorrências e eventos importantes para a saúde.

Você deve ter uma visão coletiva de vários dos problemas de saúde das crianças de sua área de abrangência, o que lhe possibilita elaborar uma proposta de trabalho firmemente embasada nas características dessa população e de sua equipe. Esse é um passo muito importante e necessário!

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento é uma excelente oportunidade para promover a saúde integral da criança e deve estar presente em todos os momentos de contato da equipe com a criança e a família.



Atividade 1

Você já levantou várias informações importantes para o planejamento de seu trabalho. Agora você vai sistematizá-las para a elaboração de uma proposta para atenção à saúde da criança até os 10 anos de idade. Procure detalhar o cronograma dos atendimentos, a modalidade de cada atendimento, os responsáveis por cada atendimento e os recursos materiais necessários. Discuta com sua equipe e elaborem juntos as metas para a implantação da nova proposta e como ela será avaliada.

Registre, para cada modalidade de atendimento proposta:

- **Objetivo** – “o que” se deseja modificar ou alcançar (produtos).
- **Atividade ou modalidade de atendimento** – “o que fazer” para realizar os objetivos.
- **Meta / tempo** – produto final desejado e em quanto tempo: usuário x n. de ações = n. de procedimentos necessários/ tempo.

Contextualize

- Demanda de atenção, por subgrupo etário.

Desenvolva seu trabalho, como já proposto no módulo “Iniciação à metodologia: trabalho científico” (Seção 3, Parte 2), inclusive com referência(s), ao final. Como sugestão para elaboração do trabalho dessa atividade, **use o modelo da página seguinte**. Envie seu trabalho a seu tutor.

Modelo de resposta para atividade solicitada:**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família****Nome da instituição:** Universidade Federal de Minas Gerais**Polo:****Atividade ou título:** Atividade 1 do Módulo: Atenção à Saúde da Criança:
aspectos básicos**Autor(a):** nome, profissão, local de trabalho / instituição de origem, títulos,
cargo ou função, endereço – e-mail – para contato.**Data do envio:****Texto:****Introdução****Contexto:** População adscrita à equipe:

Número de recém-nascidos/mês:

Número de crianças até 1 ano:

Número de crianças de 1 até 2 anos:

Número de crianças de 2 até 5 anos:

Número de crianças de 5 até 10 anos:

Modalidades de atendimento	Objetivos	Meta programada/mês			Quando	Responsável (eis)	Recursos materiais
		N. de usuários	N. de ações	Nº procedimentos necessários			

Referência(s):

Seção 2

Acompanhamento do crescimento da criança

Você viu até agora a importância de a equipe se organizar para realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças de sua área de abrangência. Você também já elaborou uma proposta de trabalho compatível com sua realidade. Vamos, então, discutir como proceder para avaliar, registrar e analisar o crescimento. Vamos discutir também a hora de intervir quando o crescimento for considerado insatisfatório e como orientar a família quando a criança ou adolescente estiver crescendo bem. Na Seção 3, discutiremos como acompanhar o desenvolvimento infantil.

Mas, afinal, o que é crescer? Veja como o poeta Affonso Romano de Sant'anna percebe o crescimento das crianças.

Antes que elas cresçam

Há um período em que os pais vão ficando órfãos de seus próprios filhos. É que as crianças crescem independentes de nós, como árvores tagarelas e pássaros estabanados.

Crescem sem pedir licença à vida. Crescem com uma estridência alegre e, às vezes, com alardeada arrogância.

Mas não crescem todos os dias, de igual maneira, crescem de repente. Um dia sentam-se perto de você no terraço e dizem uma frase de tal maneira que você sente que não pode mais trocar as fraldas daquela criatura.[...]

O que você achou? À sua maneira, o poeta conseguiu, com base na observação do dia a dia de seus filhos, registrar algumas características fundamentais do crescimento e do desenvolvimento infantis. Você conseguiria listar algumas dessas características?

Fonte: Affonso Romano de Sant'Anna. Disponível em: http://palavrarte.com/equipe/equipe_arsantanna_cdcronica1.htm. Acesso em: 6 fev.2013.

Glossário

Antropometria é o conjunto de técnicas utilizadas para medir o corpo humano ou suas partes. Podem-se obter medidas globais como peso e estatura ou de segmentos como o perímetro cefálico, por exemplo. Quando as medidas são correlacionadas entre si ou com outros indicadores, como a idade, obtêm-se os **índices antropométricos**, cuja principal finalidade é permitir a comparação dos dados individuais com os de uma população de referência.

O que você achou? À sua maneira, o poeta conseguiu, com base na observação do dia a dia de seus filhos, registrar algumas características fundamentais do crescimento e do desenvolvimento infantis. Você conseguiria listar algumas dessas características?

Affonso Romano de Sant'anna mostra de forma poética que o crescimento é, sobretudo, um processo. Sendo o crescimento um processo global, dinâmico e contínuo, caracterizado pelo aumento do número e do tamanho das células, é necessário que o seu acompanhamento seja feito ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal. Afinal, as crianças crescem “num ritual de obediência orgânica e de desobediência civil”, não é?

A avaliação transversal (aquela baseada em uma única medida) serve apenas para termos uma impressão momentânea sobre o estado nutricional da criança, mas não reflete o processo de crescimento em si. Uma única medida corporal (altura, por exemplo) também não é capaz de refletir a harmonia do processo de crescimento. Por isso, é importante a obtenção de medidas seriadas (avaliação longitudinal), pois uma criança que está crescendo bem deve fazê-lo de maneira harmônica, seguindo um mesmo canal de crescimento ao longo da infância e da adolescência, ou seja, deve ter um ritmo constante.

Parte 1

Antropometria e registro dos dados na Caderneta de Saúde da Criança

Habitualmente, acompanhamos o processo de crescimento a partir da antropometria sequencial das crianças. Existem vários índices antropométricos, como peso/idade, peso/altura, altura/idade, índice de massa corporal (IMC)/idade e perímetro cefálico/idade, e sempre que possível combinaremos dois ou mais índices para conseguirmos um diagnóstico mais fidedigno do crescimento infantil. Cada índice fornece informações diferentes sobre o crescimento da criança, como mostrado no Quadro 7.

Quadro 7 – Características e equipamentos necessários para obtenção dos principais índices antropométricos

Índices antropométricos	Características	Equipamentos necessários
Peso/Idade	Altera-se precocemente em diversos agravos. É de fácil obtenção. Apresenta relação com “bem-estar” geral.	Balança horizontal (até 16 kg) Balança plataforma tipo adulto
Altura/Idade	Altera-se tardiamente na desnutrição. Revela processo crônico.	Régua antropométrica horizontal Régua antropométrica vertical ou de parede
Peso/Altura	Expressa a harmonia do processo de crescimento. Sinaliza comprometimento atual do estado nutricional ou obesidade.	Balança horizontal (até 16 kg) Balança plataforma tipo adulto Régua antropométrica horizontal Régua antropométrica vertical ou de parede
IMC/Idade	Avalia a proporção entre altura e peso em função da idade. Fornece um índice que deve manter-se estável ao longo de toda a vida. É útil para o seguimento do crescimento global.	Balança horizontal (até 16 kg) Balança plataforma tipo adulto Régua antropométrica horizontal Régua antropométrica vertical ou de parede
Perímetro Cefálico/Idade	Altera-se em eventos de gravidade relacionados ao sistema nervoso central É útil especialmente até os dois anos de idade.	Fita métrica

Uma condição fundamental durante a obtenção das medidas é que os equipamentos estejam em bom estado de conservação, calibrados e tarados. Os dados antropométricos precisam ser confiáveis para que possamos tomar decisões baseadas neles.

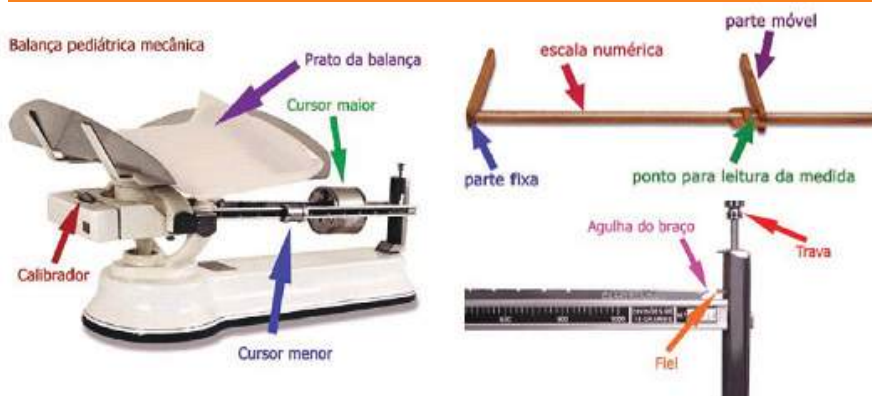
Embora a obtenção de dados antropométricos não apresente grande complexidade, é preciso atenção a algumas peculiaridades desse procedimento na infância. Devem ser seguidos, basicamente, quatro passos:

1. A escolha do equipamento e a obtenção das medidas.
2. O registro das medidas.
3. A interpretação dos dados antropométricos.
4. O compartilhamento das informações com a família.

Passo 1 - A escolha do equipamento e a obtenção das medidas

Na avaliação de uma criança com menos de três anos de idade, o peso deve ser obtido com uma balança pediátrica (mecânica ou eletrônica), cuja capacidade é, em geral, de até 16 kg. O comprimento da criança até os 36 meses de idade deve ser obtido com uma régua antropométrica horizontal, preferencialmente as que apresentam base de madeira sobre a qual a criança deve deitar-se. Esse tipo de régua mede uma criança com até 1 metro de comprimento. As Figuras 1 e 2 mostram alguns detalhes dos equipamentos usados para pesar e medir a criança pequena.

Figura 1 – Balança pediátrica mecânica e régua antropométrica horizontal.



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. *Antropometria – como pesar e medir*. [2011].

Para saber mais...

Para saber mais sobre como calibrar e verificar a conservação dos equipamentos, consulte o Manual do Ministério da Saúde no site: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/album_antropometria.pdf (BRASIL, [2011]).

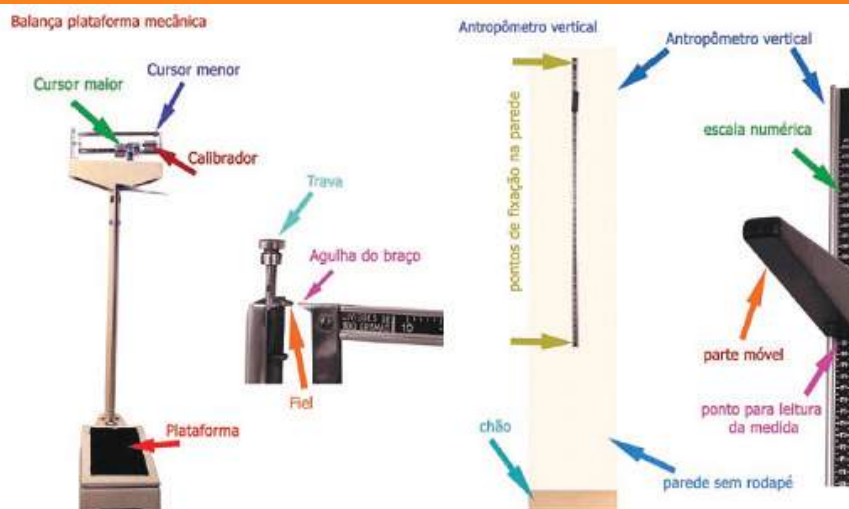
Figura 2 – Técnica de posicionamento da criança na régua antropométrica horizontal.



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. *Antropometria – como pesar e medir*. [2011].

Para as crianças maiores de três anos ou que pesem mais de 16 kg e/ou meçam mais de 1 m de altura, utiliza-se a balança mecânica tipo adulto e a régua antropométrica vertical, preferencialmente a de parede, para a obtenção do peso e da altura, respectivamente. A Figura 3 mostra esses equipamentos. Nessa idade, as crianças devem ser pesadas e medidas de pé.

Figura 3 – Balança plataforma adulto e régua antropométrica vertical.



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. *Antropometria – como pesar e medir*. [2011].

O perímetro cefálico deve ser medido obrigatoriamente até o segundo ano de vida. O instrumento utilizado é a fita métrica, flexível e inextensível, preferencialmente as mais estreitas. Muitos profissionais a conhecem como trena antropométrica.

Assista ao vídeo – Antropometria

Antes de prosseguir nos seus estudos, assista ao vídeo “Antropometria – saúde da criança”, que demonstra como fazer a antropometria de lactentes e de crianças com mais de três anos.

Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Antropometria_saude_da_crianca_crescimento_alimentacao_educacao_desenvolvimento/99> (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2008b)



Observe os procedimentos e compare-os com os que você tem adotado. Há diferenças? Os equipamentos utilizados no vídeo estão disponíveis em seu serviço de saúde? Como está sendo feita a manutenção deles? Como pretende solucionar os problemas encontrados? Discuta o assunto com sua equipe e registre suas conclusões.

Vamos relembrar alguns pontos que precisam ser considerados ao pesar e medir uma criança. Assinale os procedimentos que a enfermeira utilizou ao pesar e medir as crianças no vídeo.

- Checar a calibragem das balanças antes de utilizá-las.
- Sempre pesar a criança sem roupas, fraldas ou calçados.
- Verificar se a balança ou a criança não estão tocando a parede ou outros móveis.
- Na balança tipo plataforma, verificar se a criança não está segurando partes da balança e se está posicionada no centro do prato.
- Ao medir a criança, verifique se os pés estão bem juntos, os joelhos estendidos e a linha dos olhos perpendicular à linha do corpo.
- Para medir uma criança com menos de 1m, você precisará pedir ajuda à mãe/acompanhante ou a outro profissional de saúde da equipe para posicioná-la adequadamente na régua antropométrica, como mostra a Figura 2. Sempre “cuide” dos joelhos e da parte móvel da régua. Deixe o posicionamento da cabeça com o seu “auxiliar”.
- Na medida do perímetro cefálico, a fita métrica deve passar sobre as sobrancelhas e na proeminência occipital. Se necessário, peça ajuda!

E então, qual sua opinião sobre a técnica de antropometria? Anote suas observações.

Agora seria interessante utilizar os itens do check-list para verificar a adequação de seus procedimentos ao avaliar o crescimento da criança. Caso tenha se lembrado de verificar todos os itens dessa relação ao

pesar e medir o seu paciente, você está de parabéns por sua técnica de antropometria! Caso você tenha deixado de marcar alguns desses itens, reflita sobre suas dificuldades, reforce seu estudo com as referências indicadas e exercite a técnica de antropometria com os seus próximos pacientes. Reflita sobre as consequências de não ter observado todos os itens e como pretende superar suas dificuldades.

A antropometria é um recurso poderoso para o acompanhamento do crescimento e, no passo 1, você pôde rever aspectos importantes a serem registrados na obtenção das medidas de crianças de diversas idades. Agora, vamos para o próximo passo: o registro sistemático das medidas para que possam ser interpretadas adequadamente.

Passo 2 - O registro das medidas

Até aqui vimos algumas características do crescimento da criança:

- É um processo dinâmico e contínuo.
- Deve ser harmônico.
- Deve ter um ritmo constante.

Outra característica importante do processo de crescimento é sua variabilidade individual. Isso significa que cada criança cresce de maneira diferente da outra e que isso é determinado por sua herança genética e pelas influências do meio ambiente em que ela vive. Pode-se imaginar que isso determina amplo espectro de formas de crescer. Nosso problema é definir quando isso é normal ou não.

Para resolver esse problema, foram criadas curvas de referência nas quais o crescimento de uma criança pode ser comparado ao de outras da mesma idade, sabidamente sadias e com suas necessidades atendidas. Assim, a melhor maneira de registrar os dados antropométricos e analisar o crescimento de uma criança é utilizando as chamadas curvas de referência.

Até recentemente, os livros-texto, os manuais para o acompanhamento do crescimento infantil e os organismos internacionais preconizavam o uso das curvas do *National Center for Health Statistics* (NCHS) para monitorizar o crescimento e o estado nutricional de crianças em todo o mundo. Essas curvas foram construídas em 1977 a partir de estudos de base populacional nos Estados Unidos. Em 2000, o NCHS divulgou novas curvas de crescimento, elaboradas com metodologia semelhante às de 1977, porém com aprimoramento das técnicas estatísticas e aumento do tamanho da amostra de crianças.

No entanto, limitações relacionadas ao grupo populacional estudado, ao padrão alimentar adotado pelas crianças incluídas e outros problemas de natureza metodológica e estatística levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a propor um estudo multicêntrico sobre o crescimento infantil para atualização das curvas de referência. Entre 1997 e 2003, cerca de 8.500 crianças de seis diferentes culturas e grupos étnicos, inclusive um grupo de crianças brasileiras, foram acompanhadas do nascimento aos cinco anos. Uma das características mais importantes desse estudo foi o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida como critério de inclusão, tornando este o padrão alimentar de referência para essa faixa etária e o crescimento dessas crianças o modelo biológico de crescimento. Pelo exposto, o Ministério da Saúde adotou, a partir de 2006, essas curvas da OMS para o acompanhamento do crescimento de crianças e adolescentes no Brasil.

As novas curvas da OMS têm sido amplamente recomendadas, sobretudo por se tratarem de um *padrão* de crescimento e não apenas uma *referência* para tal. Por definição, *padrão* é um modelo a que todos devem se igualar. Por outro lado, uma *referência* serve para que se façam comparações de dados entre populações.

Nem sempre os serviços dispõem de curvas para uso individual, mas é muito importante que os profissionais de saúde tenham suas próprias curvas para consulta e tomada de decisão. Você pode imprimi-las e plastificá-las para o seu uso diário.

No site <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>, você encontrará várias informações e materiais sobre as novas curvas da OMS (em inglês). Vale a pena conferir! (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

O Ministério da Saúde do Brasil também oferece as curvas em percentis e em *escore-z* no site: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms>. (BRASIL, 2013) e já as disponibilizou na nova Caderneta de Saúde da Criança, em circulação a partir de 2009 (BRASIL, [2009]).

A recomendação do Ministério da Saúde é padronizar a avaliação das curvas de crescimento da criança com o uso do *escore-z*. Espera-se, dessa forma, conseguir mais poder de comparação entre os dados de diferentes países.

A utilização das curvas de referência permite:

- O registro dos dados antropométricos de uma criança > avaliação transversal.

- O traçado sequencial das medidas (canal de crescimento) da criança > avaliação longitudinal.
- A comparação do crescimento da criança com os referenciais de normalidade > classificação do estado nutricional.
- A identificação precoce de alterações no crescimento da criança > intervenção precoce.

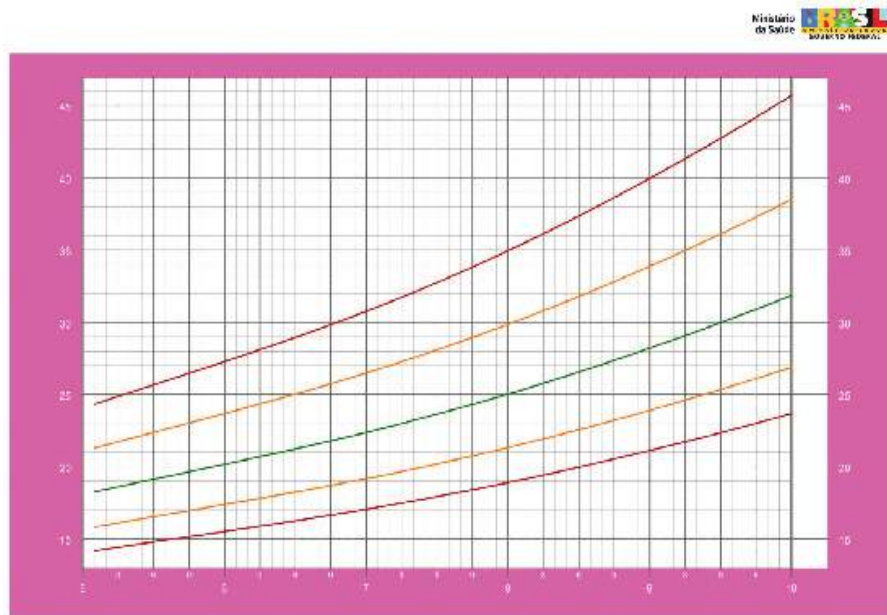
Você sabe qual é a diferença entre percentil e escore-z?

Um **percentil** é uma medida da posição de um indivíduo em relação a todos os outros de uma amostra. Por exemplo, se uma pessoa com altura de 1,80 m é o 90.o percentil de uma turma de estudantes, então 90% da turma têm menos de 1,80 m de altura e 10% têm altura superior a 1,80 m.

Escore-z, por sua vez, é uma medida estatística que quantifica a distância do valor observado em relação à mediana dessa medida ou ao valor que é considerado normal na população. Corresponde à diferença padronizada entre o valor aferido e a mediana dessa medida da população de referência.

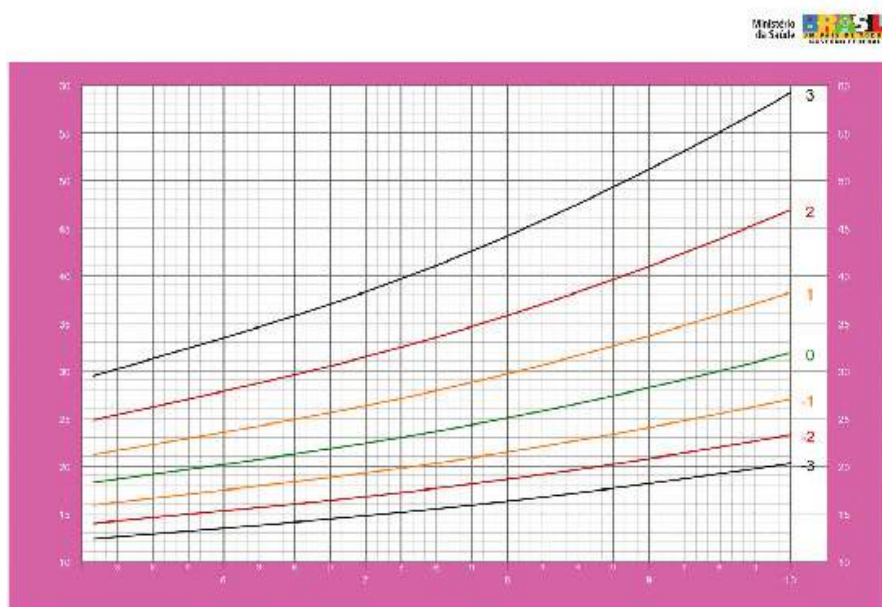
Observe as Figuras 4 e 5. Elas apresentam curvas de peso x idade, para meninas, em percentis (Fig. 4) e escore-z (Fig.5).

Figura 4 - Curva peso x idade (meninas), do nascimento aos cinco anos (percentis)



Fonte: http://189.28.128.100/nutricao/docs/graficos_oms/maiores_5anos/peso_por_idade_meninas_percentis.pdf

Figura 5 – Curva peso x idade (meninas), dos cinco aos 10 anos (escore-z)



Fonte: http://189.28.128.100/nutricao/docs/graficos_oms/maiores_5anos/peso_por_idade_meninas_escores.pdf

Para pensar... Por que as curvas de crescimento não são retas?

Porque refletem o processo de crescimento da criança, que não tem velocidade constante. Há períodos de mais aceleração e outros de menos aceleração do crescimento, o que faz com que trechos da curva sejam mais inclinados do que outros.

Repare nas diferenças e nas semelhanças entre essas curvas. O que você percebe? Observando os gráficos do NCHS e da OMS, é possível identificar os períodos de estirão nos primeiros 20 anos de vida? Quais são eles? Qual é a importância desses períodos para as crianças e os adolescentes? Que cuidados especiais são necessários nesses períodos?

Lembra-se do que o Affonso Romano de Sant'Anna disse sobre o crescimento das crianças? "Mas não crescem todos os dias, de igual maneira, crescem de repente..." O que o autor percebeu é exatamente o que se dá na realidade e que a ciência chamou de períodos de estirão. Há períodos de mais aceleração do crescimento, que coincidem com períodos críticos de desenvolvimento e maturação de várias funções biológicas, como o primeiro ano de vida e o início da adolescência, por exemplo. Não

é difícil imaginar que agravos nesses períodos podem representar danos significativos para a vida da criança.

É importante fazer o registro das medidas e sua classificação no prontuário da criança e na Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

Histórico: A atual CSC teve sua origem no início da década de 1980, quando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi implantado no Brasil. O Cartão da Criança foi o primeiro instrumento de acompanhamento do crescimento proposto pelo PAISC e foi instituído na tentativa de melhor documentar o processo de crescimento e sistematizar o calendário de imunizações, uniformizando, assim, essas ações no território nacional. Esse instrumento veio sendo aprimorado ao longo dos anos com a introdução de aspectos como o desenvolvimento neuropsicomotor e cidadania, até chegarmos ao modelo de 2005, sob a forma de uma caderneta. As ações do PAISC tinham em comum a comprovada eficácia, a reduzida complexidade tecnológica e a possibilidade de organização da assistência à criança, o que é particularmente importante no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Em 2007 e 2009, foram lançados novos modelos de caderneta. Chamaremos de “nova CSC” a caderneta disponibilizada pelo Ministério da Saúde a partir de 2009, cujas características e maneira de utilizar discutiremos mais adiante. Veja na Figura 6 as capas do último Cartão da Criança do Ministério da Saúde e das CSCs de 2005, 2007 e 2009. Você já utiliza esses instrumentos?

Figura 6 - Cartões da criança e cadernetas de saúde da criança 2005, 2007 e nova CSC (2009)



Fonte: Composição dos autores. Fonte: BRASIL, 2009b

Os textos a seguir são publicações do Ministério da Saúde sobre o lançamento da caderneta de saúde da criança de 2005 e de 2009. Veja as novidades destes instrumentos!

CADERNETA TRAZ MAIS INFORMAÇÕES E SERÁ DISTRIBUÍDA A PARTIR DE JANEIRO PARA TODAS AS CRIANÇAS, USUÁRIAS REGULARES OU NÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Incentivar e qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Essa é uma das prioridades do governo federal na proposta de atenção integral à saúde da criança e do compromisso pela redução da mortalidade materna e neonatal. Para isso, o Ministério da Saúde lança, no próximo mês, a nova caderneta da criança, com um conjunto de informações que atendem aos dados básicos pactuados com os países do Mercosul. A caderneta será disponibilizada a qualquer criança do país, seja ela usuária regular ou não do Sistema Único de Saúde (SUS).



Fonte: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menino_final.pdf

A caderneta vem para substituir o atual cartão da criança, utilizado tradicionalmente para registrar informações de saúde na infância. “A proposta atual é de que o eixo da atenção à saúde infantil seja o crescimento e o desenvolvimento saudável, que a atenção às doenças seja uma intercorrência nesse percurso” – destaca a coordenadora da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, Alexia Ferreira.

O cartão atual é válido apenas para os pequenos com até sete anos. É confeccionado e distribuído pelos estados somente aos serviços públicos de saúde e traz espaços para a identificação da criança, o acompanhamento do seu desenvolvimento e o calendário básico de vacinação. Apresenta também um gráfico de peso por idade que permite a vigilância do crescimento.

Já a caderneta da criança vai atender aos brasileiros de zero a 10 anos e será repassada pelo próprio Ministério da Saúde diretamente aos municípios. A caderneta terá, além de todos os dados e informações contidos no cartão da criança, gráfico de perímetro cefálico para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do cérebro; informações sobre a gravidez, o parto e o pós-parto relacionadas à própria criança; e espaço para anotações sobre saúde e doenças. Trará, ainda, orientações sobre hábitos saudáveis de alimentação, combate à desnutrição e às anemias carenciais e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, preconizadas pela Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Além disso, a caderneta terá dicas voltadas para a prevenção de acidentes domésticos e violência e informações sobre os direitos da criança.

BRASIL, fev. /2005) Disponível em <www.portal.saude.gov.br>

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA– PASSAPORTE DA CIDADANIA



Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_7ed.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_7ed.pdf

A Caderneta de Saúde da Criança, cuja produção e distribuição atual estão sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS, é um documento garantido a toda criança nascida em território brasileiro, pela Portaria n. 1058/GM de 04/jul/2005. A posse dessa caderneta é considerada uma expressão de cidadania e conquista de direitos. Com esse documento, pais, responsáveis e profissionais de saúde podem acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança desde o nascimento até os 10 anos de idade.

A monitoração do crescimento e desenvolvimento por meio da caderneta de saúde da criança é considerada a ação eixo na atenção primária à saúde em suas ações básicas, pois o documento contém os dados necessários ao acompanhamento da saúde da criança. São exemplos as orientações e informações sobre saúde bucal, ocular e auditiva, com espaços para preenchimento de dados pessoais, orientações sobre o desenvolvimento afetivo da criança e cuidados em geral, além de informações sobre suplementação preventiva de ferro e vitamina, calendário básico de vacinação com lacunas para marcações das vacinas aplicadas, entre outros dados.

Recentemente a caderneta de saúde da criança passou por reformulações. Hoje ela vem com uma série de novidades em relação à que era distribuída em anos anteriores. A primeira diz respeito ao sexo do bebê. Agora há uma caderneta especial para meninos e outra para meninas. O documento foi dividido, assim, em razão dos gráficos de crescimento, peso e altura da criança em relação à idade, que se diferem dependendo do sexo.

A caderneta foi dividida ainda em duas partes, sendo a primeira dedicada a quem cuida da criança, com informações sobre os direitos da criança e dos pais, orientações sobre o registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de acidentes e violências, entre outros.

A segunda é voltada para os profissionais de saúde e traz lacunas para registro de informações importantes relacionadas à saúde da criança, além de gráficos de crescimento, instrumento de vigilância do desenvolvimento e tabelas para registros das vacinas aplicadas.

Na caderneta também foi incluído um guia básico de acompanhamento de crianças em situações especiais, como síndrome de Down e autismo.

A cada ano, nascem no Brasil cerca de três milhões de crianças. Para atender a essa demanda, a quantidade de cadernetas produzidas anualmente é calculada por estimativas do número de nascidos vivos por local de ocorrência, acrescido do percentual de 10% para cobrir eventuais perdas. Dessa forma, em 2010 foram produzidos 3,3 milhões de cadernetas. Esse quantitativo foi distribuído às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais, para que assim distribuam às maternidades e demais locais de nascimento em todo o país.

(BRASIL, [2009?]). Disponível em:

Texto: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35185>

Ilustrações: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_7ed.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_7ed.pdf

Durante alguns anos, ainda vamos conviver com crianças que possuem o Cartão da Criança e outras que já receberam um dos três modelos de CSC – de 2005, 2007 e 2009.

Atividade de Autoaprendizagem

Procure um exemplar de cada uma das cadernetas de saúde da criança (2005, 2007 e 2009), manuseie-os e use a planilha a seguir para compará-los. Marque um X na coluna em que cada característica é encontrada.

Planilha de atividade de autoaprendizagem

Características	Caderneta de Saúde da Criança (2005)	Caderneta de Saúde da Criança (2007)	Nova CSC (2009)
Informa sobre os direitos da Criança			
Informa sobre os direitos dos pais			
Estimula a comunicação com a criança/família			
Propicia a educação para a saúde			
Informa sobre o registro civil de nascimento			
Fornece informações sobre a gravidez, parto e puerpério			
Fornece informações sobre o recém-nascido			
Oferece orientações sobre como reconhecer e agir em situações de perigo e na diarreia			
Possui um odontograma para registro dos procedimentos de saúde bucal			
Permite o registro do acompanhamento da ocular e auditiva			
Informa sobre a prevenção de acidentes e da violência doméstica			
Permite o registro de intercorrências clínicas			
Orienta sobre os cuidados com o recém-nascido e a criança			
Fornece informações sobre alimentação			
Orienta sobre o aleitamento materno e dificuldades com amamentação			
Possui gráfico de perímetro cefálico X idade			
Possui gráfico de peso X idade			
Possui gráfico de IMC x idade			
Possui gráfico de altura X idade			
Possui gráfico de peso x altura			
Permite o registro dos dados antropométricos			
Utiliza o sistema de escore Z para classificação do estado nutricional			
Oferece gráficos de crescimento para crianças até 10 anos de idade			
Oferece parâmetros do DNPM e estimulação da criança			
Permite a avaliação sistemática do DNPM da criança até três anos			
Orienta o reconhecimento de crianças portadoras de necessidades especiais			
Orienta a prevenção da anemia ferropriva e hipovitaminose A			
Apresenta o calendário básico de imunizações com as doenças que estão sendo prevenidas			
Permite o registro das vacinas realizadas			

Então, qual é a sua opinião sobre as mudanças nos instrumentos de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança propostos pelo Ministério da Saúde? As diferenças são muitas, não é?

Confira

Respostas ao quadro: 1- abc. / 2 – bc. / 3 – abc. / 4 – abc./ 5 – abc./ 6 – abc./ 7 – abc./ 8 – bc/ 8 – c. / 10 – bc. / / 11 – abc. / 12 – abc. / 13 – abc. / 14 – abc. / 15 – bc. / 16 – abc. / 17 – abc. / 18 – c. / 19 – bc. / 20 – bc. / 21 – abc. / 22 – c. / 23 – bc. / 24 – abc. / 25 – c. / 26 – c. / 27 – abc. / 28 – abc. / 29 – abc.

Como você deve ter observado, a nova CSC adquiriu importante caráter de instrumento de educação para a saúde e para o exercício da cidadania da criança e de sua família. Cabe, então, a nós, profissionais da saúde, estimular pais, mães, colegas e todos os envolvidos no cuidado à criança a utilizarem a CSC com esse objetivo. Procure ler cuidadosamente as informações presentes na CSC e identifique as melhores oportunidades de compartilhá-las com as famílias durante os atendimentos nas unidades de saúde. Também é muito importante estimular o cuidado e o uso da CSC pelas famílias em todos os serviços de saúde e de educação infantil. Valorizar a CSC é fundamental para que os pais também o façam!

Cuidado ao preencher os gráficos

É preciso muita atenção ao preencher os gráficos na CSC de 2007, pois ela é única para meninos e meninas, na mesma caderneta. Ou seja, você encontrará um gráfico de perímetro cefálico x idade para menina (em rosa) e outro para menino (em azul). O mesmo acontece com os gráficos de peso x idade de zero a dois anos e de dois a cinco anos; altura x idade de zero a dois anos e de dois a cinco anos e altura e peso x idade de cinco a 10 anos. Ao todo, são 12 gráficos!!! Já na nova CSC (2009), as cadernetas de meninos e meninas são separadas, porém temos, além de todos esses gráficos, os de IMC/idade, todos eles em escore Z. Por isso, muita atenção!

Atividade 2

Como você e sua equipe têm registrado o crescimento das crianças de sua área de abrangência? Você tem utilizado a CSC para esse fim? A criança de sua área de abrangência tem recebido a CSC na maternidade? Há alternativas para que TODAS as crianças tenham a CSC? Que dificuldades você tem tido para utilizá-la? As seções educativas são utilizadas em Grupo Operativo ou são discutidas com a família. Que limitações você identifica neste instrumento?

Coloque suas experiências com a CSC no Fórum e discuta com seus colegas e com seu tutor formas de superar as dificuldades encontradas.



Parte 2

Avaliação do crescimento infantil e condutas em diferentes situações

Vamos nos familiarizar um pouco mais com os gráficos da nova Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Para isso, vamos conhecer o caso da Estefani Lorraine e refletir sobre como a CSC pode nos ajudar a cuidar de sua saúde.

Tenha em mãos uma CSC

Você precisará ter em mãos um exemplar em branco da nova CSC de “menina”. Se tiver qualquer dificuldade em obter ou utilizar a CSC, discuta com o gestor de sua Unidade de Saúde. As cadernetas estão disponíveis em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_7ed.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menin0_7ed.pdf

Atendimento 1 - Estefani Lorraine da Silva é filha de Beatriz Pereira da Silva e João Antônio da Silva, que se mudaram recentemente para a Rua J, 190 – Beco da Biquinha, em Curupira. A enfermeira Alice, responsável por essa área, acolheu D. Beatriz e Estefani na UBS pela primeira vez em 7 de agosto de 2009. Analisando a Caderneta de Saúde da Criança de Estefani, Alice informou-se que a menina nasceu no dia 14/05/2009 de parto vaginal a termo, no Hospital Santa Sophia, com Apgar 9 no quinto minuto, pesando 2.950 gramas, 49 cm de comprimento e 35 cm de perímetro cefálico (PC). Sua mãe iniciara o pré-natal no 4.º mês de gravidez, fizera cinco consultas e realizara todos os exames solicitados, cujos resultados foram negativos. A menina recebera alta da maternidade com a mãe, sem intercorrências perinatais. A mãe fora orientada a amamentar Estefani exclusivamente ao seio e a levá-la ao Centro de Saúde no 5.º dia de vida para fazer o “Teste do Pezinho”, o que havia sido feito. A criança estava com as vacinas em dia. A mãe também informou que, desde os dois meses de vida, Estefani sorri quando brincam com ela. Como Estefani estava sem queixas naquele momento, Alice agendou uma consulta com o médico

da equipe para o dia 19 e parabenizou D. Beatriz por ter trazido a Caderneta de Saúde da Criança.

Transcreva todas as informações apresentadas no relato da enfermeira Alice para a CSC que você está utilizando para esta atividade. Todas essas informações deveriam ter sido registradas na CSC pelos profissionais que assistiram ao parto de Estefani. Que outras informações poderiam estar registradas e não foram destacadas pela enfermeira Alice? Qual foi a contribuição das informações registradas na CSC para o atendimento de Estefani? Caso D. Beatriz não tivesse trazido a CSC de Estefani, como Alice poderia se informar sobre a gravidez, parto e pós-parto imediato dessa criança? Discuta o assunto com sua equipe.

Um dos importantes avanços da CSC é vincular a saúde da criança à saúde da mãe. Por isso, foram criados espaços para registrar os dados sobre a gravidez e o parto na CSC. As informações sobre esse período se perdem com facilidade, principalmente se o pré-natal foi feito em outro serviço, diferente daquele em que a criança está sendo acompanhada. A própria mãe com o tempo acaba se esquecendo de informações importantes da gravidez e do parto. O registro dos acontecimentos dessa fase da vida da criança na CSC é uma garantia de que essas informações não serão perdidas. Pelo menos até os 10 anos, não é?

Vamos continuar registrando os atendimentos subsequentes de Estefani na CSC que você está usando para esta atividade. Procure transferir para a CSC todas as informações oferecidas no texto nos locais mais adequados para isso. É responsabilidade de toda a equipe de saúde o registro das informações sobre a saúde da criança na CSC.

Atendimento 2 - Em 19/08/2009, D. Beatriz compareceu à consulta de puericultura no Centro de Saúde, informando que havia voltado a trabalhar e que agora Estefani se alimentava de mamadeiras de leite de vaca integral com maisena, seis vezes por dia, e suco de frutas. Nessa consulta, Estefani estava pesando 5.200 gramas, media 60 cm e seu PC era de 39 cm. A mãe diz que Estefani vive brincando com as mãos na boca e até já está “conversando”. Foi prescrito sulfato ferroso na dose de 1 mg/kg/dia.

Atendimento 3 - Em 31/10/2009, D. Beatriz levou Estefani ao Centro de Saúde porque sua filha estava com diarreia há três dias. A alimentação continuava a mesma e suas medidas eram agora 5.600 gramas, 63 cm de comprimento e 42 cm de PC. Segundo a mãe, a criança já era capaz de levantar a cabeça e os ombros, quando colocada de bruços, desde 3,5 meses de idade. Agora já fica sentada com apoio. Como Estefani estava hidratada, sua mãe foi orientada a oferecer-lhe muito líquido e a retornar em três dias.

Atendimento 4 - D. Beatriz só retornou ao Centro de Saúde com Estefani em 05/12/2009 porque a agente comunitária de saúde verificou que a criança não havia recebido as vacinas do sexto mês de vida e foi até a sua casa lembrar-lhe de fazê-lo. A criança atualmente se alimenta com três mamadeiras de leite de vaca integral com maisena, sopinha de legumes duas vezes por dia e uma papa de fruta na colher. Estefani senta-se sem apoio, está começando a estranhar as pessoas e já possui dois dentinhos inferiores. Está medindo 65,5 cm de comprimento e 43 cm de PC. Seu peso nessa consulta foi de 5.850 gramas. A mãe recebeu orientações sobre como melhorar a alimentação de Estefani e foi agendada consulta com o médico para o mês seguinte e visita domiciliar da agente comunitária em 15 dias.

Atendimento 5 - Em 12/01/2010, Estefani foi trazida ao Centro de Saúde e suas medidas nessa consulta eram 6.500 gramas de peso, 68 cm de comprimento e 44,5 cm de PC. Foi observado que seus dentinhos, agora quatro, estavam um pouco escurecidos e o caso foi discutido com a equipe de saúde bucal, que orientou a higiene dos dentes após as refeições.

Faça um check-list dos procedimentos que você deve ter adotado para o registro das informações na CSC:

- As medidas do PC, do peso e da altura **ao nascimento** estão registradas na linha vertical que passa pelo ponto zero dos respectivos gráficos.
- Em **cada mês** foi marcado apenas um ponto, correspondendo às medidas obtidas na consulta com data mais próxima do dia do nascimento.
- Os pontos foram **unidos com uma linha cheia** quando as medidas tinham **dois meses ou menos de intervalo**.
- Os pontos foram **unidos com uma linha pontilhada** quando as medidas tinham mais de **dois meses de intervalo**.
- **Os eventos com possí vel repercussão** no ganho de peso da criança foram registrados no gráfico, na linha correspondente ao mês em que aconteceram, e na página sobre acompanhamento das intercorrências.
- **Todas as medidas** com suas respectivas datas foram anotadas na página reservada para o acompanhamento do crescimento.
- **A idade do desmame** foi anotada no gráfico, na linha correspondente ao mês em que aconteceu.
- A **introdução de sulfato ferroso** foi anotada na página sobre suplementação profilática de ferro.
- Os marcos do desenvolvimento foram registrados nas idades em que apareceram nas páginas destinadas a esse fim.
- A erupção e as alterações dentárias foram registradas no local apropriado.

Como você se saiu? Se tiver esquecido alguns dos itens, volte ao texto e procure registrar de forma adequada as informações que faltaram. Como está ficando a CSC de Estefani? Como você se sentiria, como profissional, se recebesse uma Caderneta como a de Estefani?

Temos agora curvas para o crescimento do PC e da altura e para o ganho de peso de Estefani Lorraine, bem como o registro de fatos importantes que podem estar relacionados ao seu crescimento. Mantenha sua CSC de Estefani à mão, pois precisaremos dela para nossas próximas discussões.

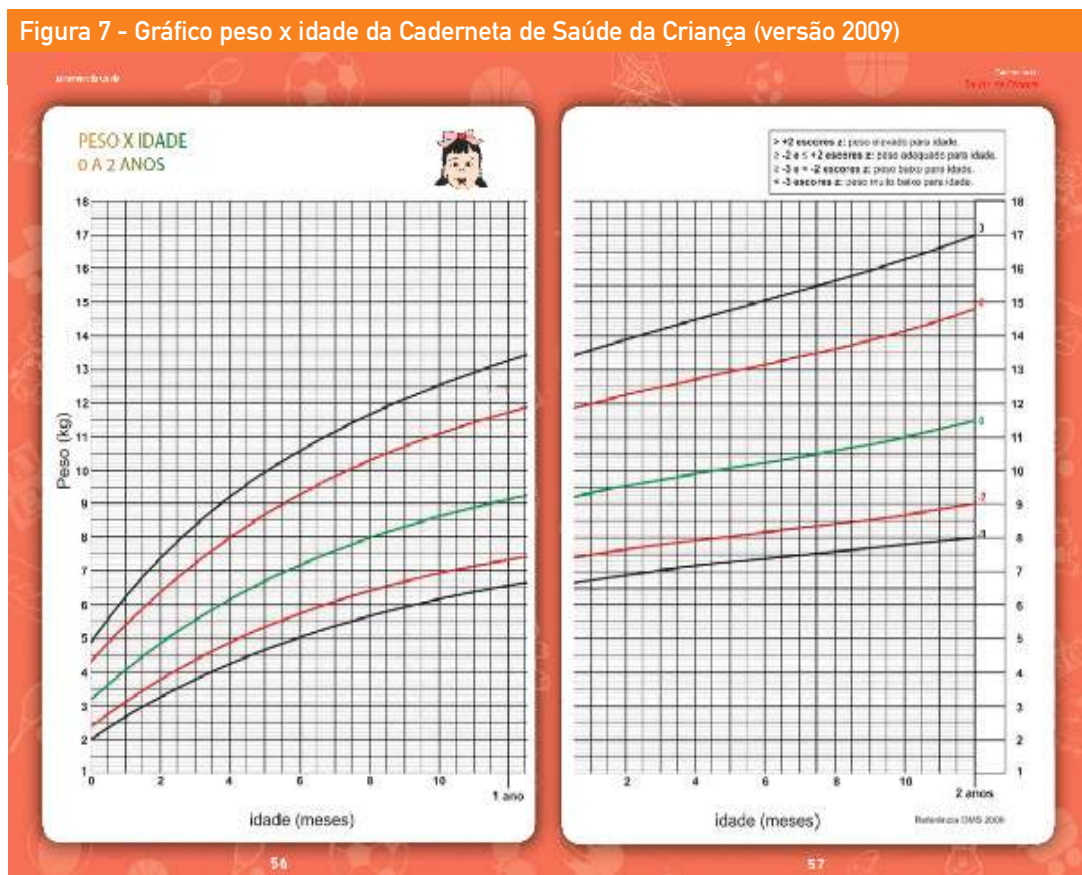
Passo 3. Interpretando as informações e tomando decisões

Até este momento, já discutimos a importância de escolher o instrumento adequado para medir a criança, vimos detalhes da técnica de antropometria em crianças e como registrar os dados antropométricos nos gráficos da nova CSC. O próximo passo é interpretar as informações obtidas. Na Figura 7, você pode ver o gráfico de peso por idade da nova CSC.

Lembre-se:

o traçado da curva de crescimento deve estar bem visível, pois é exatamente esse efeito visual que discutiremos com as famílias e que nos orientará sobre como está o crescimento da criança.

Figura 7 - Gráfico peso x idade da Caderneta de Saúde da Criança (versão 2009)



Fonte: BRASIL, 2009b)

Observe o gráfico de peso x idade da nova CSC (2009). Nele estão apresentadas cinco curvas, cada uma correspondendo a um valor de escore-z: curva preta escore-z ± 3 , curva vermelha escore-z ± 2 e curva verde escore-z 0. A primeira questão a que você deverá responder ao interpretar o crescimento de uma criança é em que posição do gráfico está o ponto marcado nesse atendimento. Em outras palavras, em que escore-z de peso a criança está nesse momento? Veja, no Quadro 8, como interpretar a posição do ponto correspondente ao indicador peso x idade nas curvas da nova CSC.

Quadro 8 – Interpretação da posição do ponto correspondente ao indicador peso x idade nas curvas da Caderneta de Saúde da Criança

Posição do ponto	Percentil correspondente	Escore-Z correspondente	Classificação	O que significa
Acima da curva superior vermelha	Peso > percentil 97	Peso > escore-z +2	Peso elevado para a idade	CAIDADO
Entre as duas curvas vermelhas	Peso entre os percentis 3 e 97	Peso entre +2 e escore-z -2	Peso adequado para a idade	ÓTIMO
Entre as curvas inferiores vermelha e preta	Peso entre os percentis 0,1 e 3	Peso entre escore-z -2 e -3	Peso baixo para a idade	ATENÇÃO
Abaixo da curva inferior preta	Peso abaixo do percentil 0,1	Peso abaixo do escore-z -3	Peso muito baixo para a idade	CAIDADO

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2008.

Você viu anteriormente que a avaliação transversal é importante, mas não suficiente para analisar adequadamente o crescimento da criança. Para uma avaliação mais precisa, é necessário analisar, principalmente, o traçado da curva de peso, isto é, a inclinação da curva. Você conseguirá essa informação unindo os pontos correspondentes às medidas obtidas em atendimentos anteriores. Há três inclinações possíveis para a curva de crescimento, como mostrado no Quadro 9.

Quadro 9 – Interpretação da inclinação das curvas nos gráficos de crescimento da criança

Inclinação da curva	Interpretação	Significado
	Ganho satisfatório de peso	Bom
	Ganho insuficiente de peso	Perigo
	Emagrecimento	Grande perigo

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2008.

O que podemos concluir com isso? Que precisamos das duas informações – a posição do ponto no gráfico e a inclinação da curva – para avaliarmos o crescimento de uma criança. No Quadro 8, essas duas informações foram agrupadas para que você possa identificar algumas situações encontradas em crianças menores de 10 anos e escolher a melhor conduta. Observe que para cada situação teremos uma conduta específica. Mais adiante vamos discutir como interpretar o crescimento do perímetro cefálico e o ganho estatural.

Lembre-se...

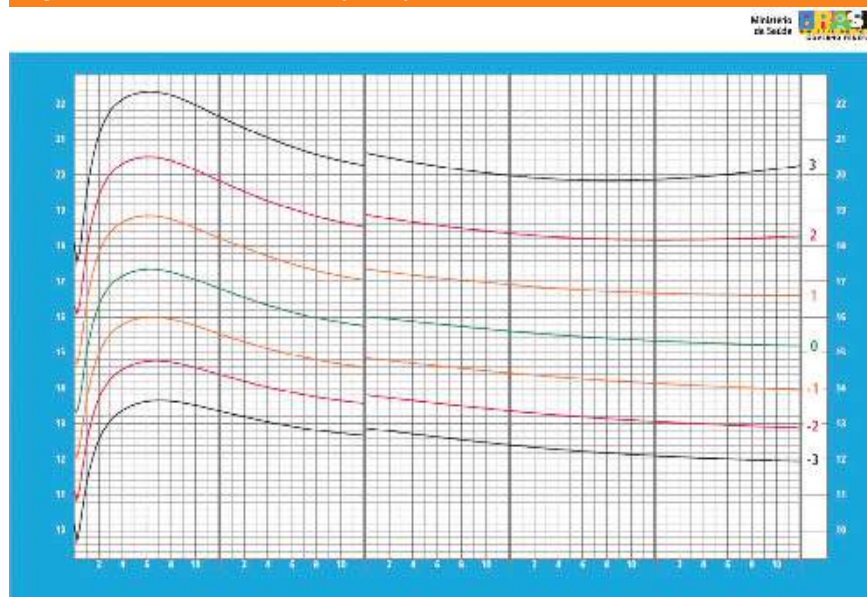
Para a correta identificação do estado nutricional, é necessária a análise criteriosa de outras questões além da avaliação antropométrica, como a investigação de parâmetros bioquímicos, consumo alimentar, bem como a análise clínica e psicológica. Considerando esses aspectos, aponta-se a necessidade de cautela no emprego do termo desnutrição, dada a necessidade de vários parâmetros para classificá-lo.

Índice de Massa Corporal (IMC)

É recomendada a avaliação do crescimento da criança pelo Índice de Massa Corporal para a idade (IMC x idade) pelo fato de esse indicador possibilitar a comparação do crescimento da criança com suas características na vida adulta. Isso significa que as curvas propostas pela OMS para crianças até os 10 anos e adolescentes adaptam-se aos pontos

de corte de sobrepeso e obesidade recomendados para os adultos, possibilitando a uniformidade da classificação do estado nutricional desde o nascimento até o momento de transição para a vida adulta.

Figura 8- Índice de Massa Corporal para meninos, até os cinco anos de idade.



Fonte: BRASIL [2009?] Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/graficos_oms/imc_por_idade_meninos_escores.pdf>

Para o cálculo do IMC, divida o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m²). Um menino com 10,0 kg e 78 cm (ou 0,78m) tem o IMC de 16,43. **Na prática**, na calculadora divida 10,0 por 0,78 (12,82) e divida de novo por 0,78 (resultado 16,43). Veja a posição no gráfico da Figura 8, ligeiramente abaixo do escore-z 0 (zero), ou seja, peso bem correlacionado com altura: criança até um pouco mais de altura que peso.

Quadro 10 - Condutas recomendadas para algumas situações de crescimento da criança até 10 anos de idade

POSIÇÃO DO PESO OU IMC	INCLINAÇÃO DA CURVA	CONDIÇÃO DE CRESCIMENTO	CONDUTA
ESCORE-Z $>+2$ ($>P97$)	Ascendente	Cuidado: Risco de sobrepeso ou obesidade	• Verificar a existência de erros alimentares • Verificar e estimular a atividade física regular • Marcar retorno em 30 dias
ESCORE-Z ENTRE -2 E +2 (entre p3 e p97)	Ascendente	Satisfatório	• Parabenizar a mãe pelo crescimento satisfatório da criança • Marcar retorno para 30 dias
ESCORE-Z ENTRE -2 E +2 (entre p3 e p97)	Horizontal ou descendente	Alerta: Ganho insuficiente de peso ou emagrecimento	• Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade de crescimento e registrá-las na caderneta. • Tratar as intercorrências presentes. • Marcar retorno para 30 dias.
ESCORE-Z ENTRE -3 E -2 (entre p0,1 e p3)	Ascendente	Alerta: Risco nutricional	• Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto pela criança e informar à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no cartão. • Marcar retorno para 30 dias
ESCORE-Z ENTRE -3 E -2 (entre p0,1 e p3)	Horizontal ou descendente	Insatisfatório: Ganho insuficiente de peso ou emagrecimento	• Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto pela criança e informar à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrando-as na caderneta. • Orientar à mãe sobre alimentação especial, visando ao ganho global de peso. • Discutir intervenção conjunta da equipe de saúde. • Realizar nova consulta no intervalo máximo de 15 dias.
ESCORE-Z <-3 ($< P0,1$)	Qualquer inclinação	Peso baixo	• Orientar à mãe sobre alimentação especial visando ao ganho global de peso. • Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias. • Se a criança não ganhar peso, seguir protocolo para desnutrição.

Fonte: Adaptado de Brasil (2002) e Brasil (2008).

Comentários

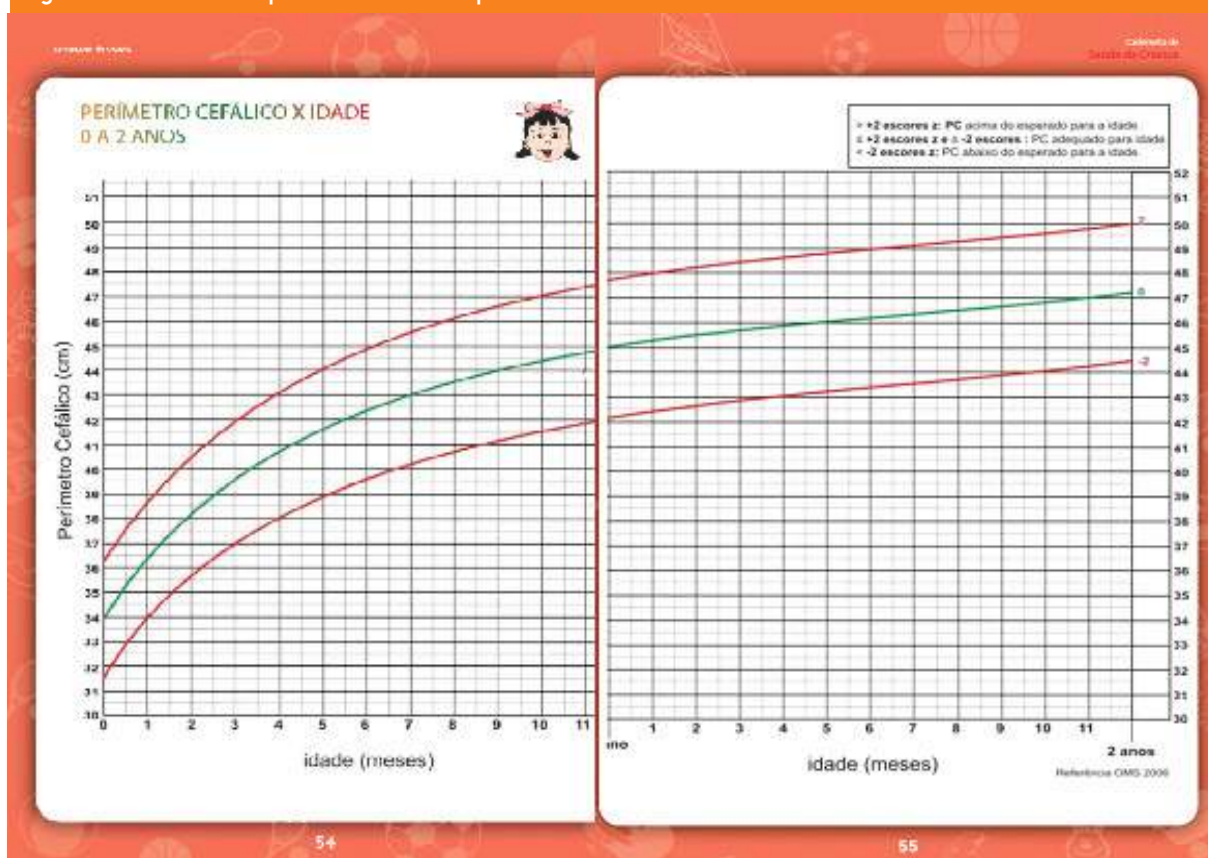
“Nossa” menina passou por maus pedaços, hein? Estefani Lorraine nasceu em excelentes condições e teve ganho satisfatório de peso até os três meses (ponto na área verde e curva ascendente). Ela vinha recebendo leite materno até aquele momento, mas como a mãe voltou a trabalhar, estava agora recebendo mamadeiras de leite e sucos. A equipe iniciou adequadamente o sulfato ferroso, mas talvez pudesse também ter oferecido algumas dicas de como retirar o leite materno e armazená-lo para que Estefani pudesse recebê-lo enquanto a mãe trabalhava. Apesar do crescimento satisfatório, é preocupante o fato de a criança ter ficado sem atendimento na UBS por três meses, numa das fases mais vulneráveis da infância. D. Beatriz novamente “sumiu” da UBS por cerca de dois meses e, quando trouxe Estefani, seu peso já estava próximo do escore-z -2 (linha vermelha). Seu ganho de peso nesse período foi insatisfatório (curva retificada). A criança estava com diarreia nessa consulta, o que poderia explicar perda aguda de peso. Também havia sido totalmente desmamada. Poderíamos pensar também que sua alimentação não estivesse adequada. Seriam então três possíveis explicações pela situação da criança. Nessa consulta, a mãe foi orientada a oferecer líquidos em abundância para Estefani e a retornar em três dias para reavaliação. D. Beatriz também não atendeu a essa orientação. A criança, nesse momento, deveria ser incluída entre aquelas de risco, merecendo, portanto, atenção especial da equipe. Somente quando a agente comunitária fez a busca ativa é que Estefani voltou à UBS. Seu estado nutricional havia se agravado. Houve muito pouco ganho de peso (curva ascendente) e aos sete meses a criança estava abaixo do escore-z -2, ou seja, apresentava peso baixo para a idade. Aparentemente não há explicações para esse fato, mas poderíamos cogitar se a alimentação estava sendo oferecida de forma e em quantidade adequadas, se o sulfato ferroso estava sendo administrado e se a criança estava recebendo os cuidados necessários (sua vacinação estava atrasada!). Por sua situação de risco, a equipe fez muito bem em programar uma visita domiciliar e em agendar consulta com o médico. Essa criança e essa família precisam de cuidados especiais! A aproximação com a equipe parece ter sido benéfica, pois na última consulta Estefani ganhou bastante peso. Sua condição passou de peso baixo para a idade para peso adequado para a idade, revelando recuperação nutricional.

Além de aprender a registrar e interpretar os dados antropométricos, relacionando-os aos acontecimentos da vida de Estefani, esse caso ensinou também a importância do vínculo das famílias com a equipe de saúde e

da necessidade de a equipe estar organizada para captar e acompanhar crianças em situação de risco. Você encontrará mais informações sobre os problemas encontrados nesse caso no módulo Saúde da Criança: agravos nutricionais. Pode ser interessante também voltar à Atividade 2 quando você terminar este módulo, pois terá aprendido um pouco mais sobre a alimentação da criança e poderá melhorar suas anotações.

Uma avaliação completa deve incluir também a análise do crescimento do perímetro cefálico e da altura da criança. A interpretação desses índices antropométricos difere da do peso quanto aos parâmetros de normalidade. Para essas medidas, não esperamos encontrar curvas descendentes. Desse modo, as curvas retificadas indicam perigo e as curvas ascendentes significam crescimento satisfatório. Na Figura 9, você pode observar o gráfico PC x idade da nova CSC.

Figura 9 – Gráficos de perímetro cefálico por idade da nova CSC



Fonte: BRASIL [2009?]

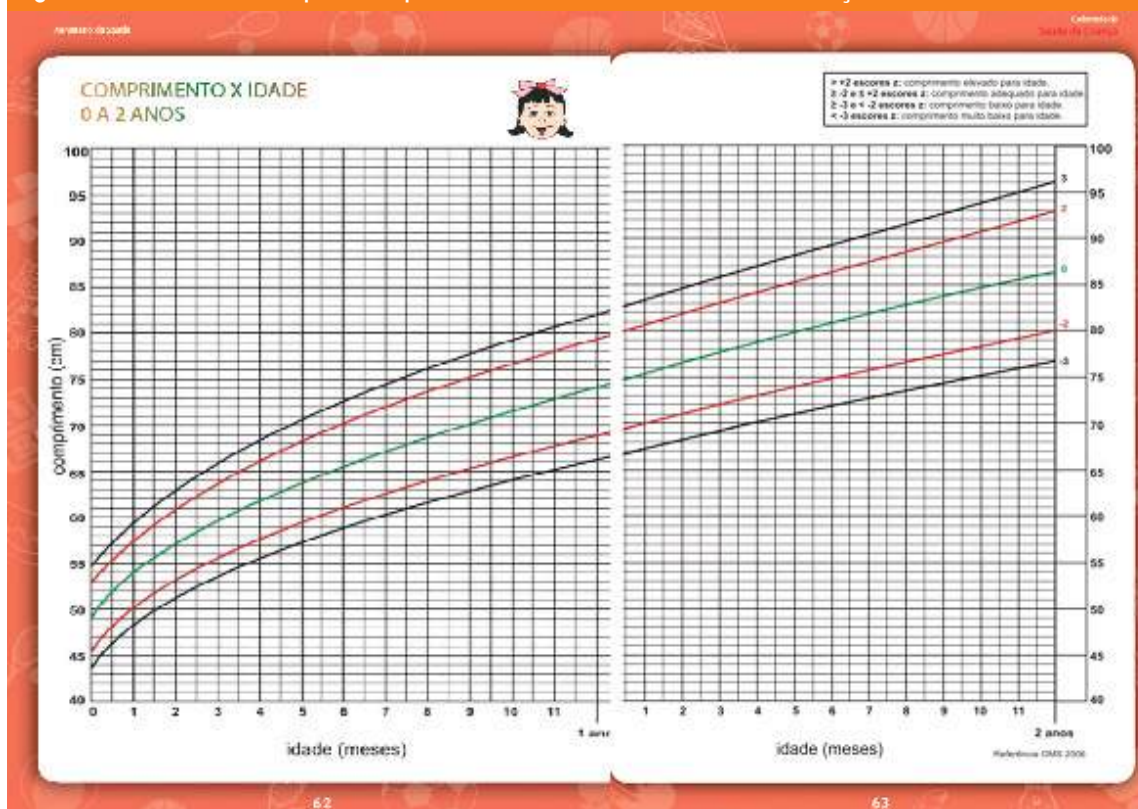
Alterações no crescimento do perímetro cefálico, de modo geral, estão associadas a eventos de gravidade, principalmente às doenças neurológicas. Portanto, fique atento a isso, especialmente quando estiver acompanhando uma criança com menos de dois anos de idade. Considera-se crescimento normal da cabeça quando as medidas do perímetro cefálico têm aumento constante e regular e estão entre os escores-Z +2 e -2 (linhas vermelhas do gráfico). Abaixo do escore-Z -2 (percentil 2,3) a criança receberá o diagnóstico de microcefalia e, acima do escore-Z +2 (percentil 97,7), de macrocefalia, sendo necessária avaliação especializada e imediata da criança por um neuropediatra.

No entanto, essas duas situações não são ocorrências agudas! Quer dizer que, se observarmos a desaceleração da curva de crescimento do PC, independentemente de sua posição no gráfico e, principalmente, se isso não estiver relacionado à desaceleração global do crescimento, estaremos diante de uma situação de alerta e a avaliação do especialista já deve ser considerada mesmo antes das medidas atingirem a linha vermelha inferior do gráfico. O mesmo raciocínio vale para o crescimento excessivo do perímetro cefálico. Portanto, muita atenção para essas duas situações!

Além disso, o desenvolvimento neuropsicomotor deve ser cuidadosamente avaliado nas crianças com crescimento insatisfatório do PC. Caso não se sinta seguro em avaliar o desenvolvimento da criança, peça ajuda ao pediatra de referência de sua equipe. Certifique-se de que o encaminhamento ao pediatra ou ao neuropediatra, quando indicado, foi conseguido e que a criança está sendo devidamente acompanhada.

A Figura 10 e o algoritmo dessa figura vão ajudá-lo na tomada de decisões relativas ao crescimento estatural das crianças.

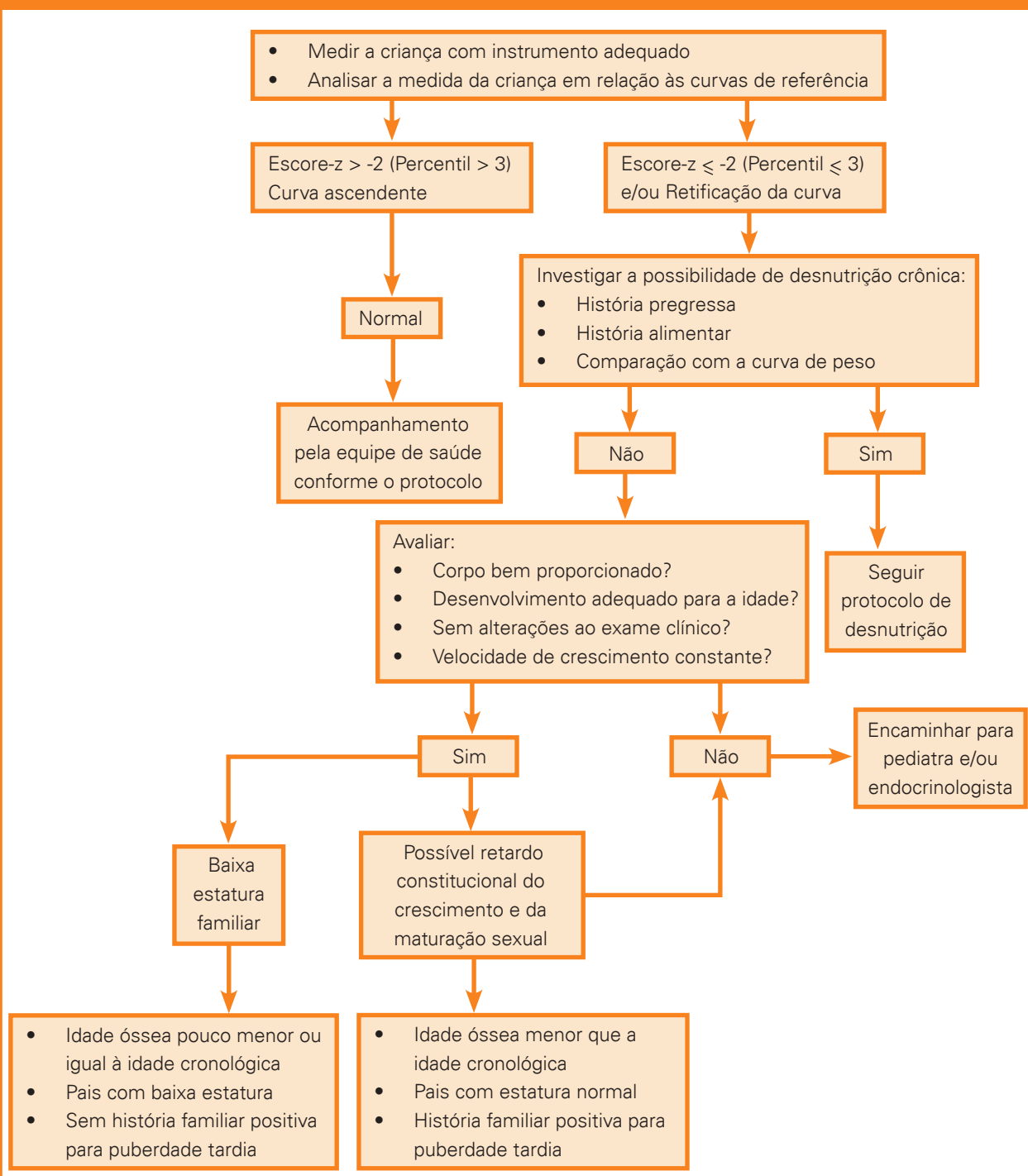
Figura 10 – Gráficos de comprimento por idade da Caderneta de Saúde da Criança



Fonte: BRASIL [2009?]

A principal causa de baixa estatura (altura menor que $\text{escore-z} - 2$ ou percentil < 3) em nosso meio é a ocorrência de desnutrição crônica, cujo diagnóstico muitas vezes é difícil, pela falta de informações da história pregressa e dos dados antropométricos da criança. É sempre importante correlacionar as medidas de altura e de peso. Na desnutrição crônica, observam-se atrasos proporcionais de peso e altura, enquanto na desnutrição aguda raramente a altura está comprometida. Quando a desnutrição crônica é descartada, é preciso pensar em diagnósticos diferenciais, principalmente na baixa estatura familiar e no retardo constitucional do crescimento e da maturação sexual, além de outras doenças. A criança com baixa estatura familiar poderá ser acompanhada periodicamente pela equipe de saúde, conforme o protocolo adotado no serviço, mas nas outras situações será importante o encaminhamento ao pediatra e/ou endocrinologista para esclarecimento diagnóstico e tratamento específico, como mostrado no algoritmo da Figura 11.

Figura 11 – Algoritmo para interpretação e condutas baseadas na curva altura X idade.



Fonte: Organizado pelas autoras.

Para terminar sua avaliação do crescimento de Estefani Lorraine, construa na CSC as curvas de PC X idade e altura x idade e interprete-as de acordo com o algoritmo da Figura 10.

Veja, ainda, que Estefani, apesar de muito novinha, já apresentava alguns probleminhas com seus dentes “de leite” (decíduos). No caso de Estefani, é bem provável que o escurecimento de seus dentes possa ser atribuído ao uso de sulfato ferroso, porém essa foi uma excelente oportunidade para envolver a equipe de saúde bucal no acompanhamento dessa criança e provocar a aproximação da mãe com os profissionais que poderão ajudá-la a cuidar melhor dos dentes de Estefani. Em se tratando de uma criança em situação de risco, todos os membros da equipe de saúde devem se envolver na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Você sabia?

A idade de erupção dos dentes apresenta grande variação individual. Em geral, a partir dos cinco ou seis meses ocorre a erupção dos primeiros dentes incisivos e por volta de três anos e meio a criança já possui a dentição de leite completa (20 dentes). Nessa fase, a formação de hábitos alimentares e de higiene bucal é muito importante, pois vai influenciar a dentição definitiva da criança.

Atividade 3

Utilize a planilha a seguir para interpretar a curva de crescimento de Estefani Lorraine, segundo o indicador peso/idade. O Quadro 8 — Condutas recomendadas para algumas situações de crescimento da criança — poderá ajudá-lo nesta atividade. Baseado nas informações fornecidas no texto, no gráfico da CSC e no quadro que você preencher, escreva suas opiniões e conclusões sobre o caso de Estefani.

E então, qual sua opinião sobre o crescimento global de Estefani? Como se explicam as diferenças entre os escores-Z de peso, altura e PC dessa criança? Foi possível, apesar de a criança ter atingido a linha vermelha inferior do gráfico de peso x idade, suas curvas de altura e de perímetro cefálico manterem-se dentro da área de normalidade.

É possível prever um futuro para ela? Como você apresentaria suas conclusões à mãe de Estefani?

Envie para o seu tutor esta planilha preenchida e um texto com as suas opiniões e conclusões.



Planilha da atividade 3

Medidas	Posição do ponto	Inclinação da Curva	Condição de crescimento	Possíveis explicações	Condutas tomadas pela equipe	Seus comentários
Ao nascimento						
No atendimento 2						
No atendimento 3						
No atendimento 4						
No atendimento 5						

Conclusão da seção 2: Avaliação do crescimento

Analizando conjuntamente as curvas de peso, altura e PC de Estefani, você deve ter chegado a conclusões interessantes sobre o processo de crescimento. É possível que “os dias difíceis” de Estefani não deixem marcas definitivas em seu crescimento!

Falta ainda um passo importante no acompanhamento do crescimento: o compartilhamento das informações com a família, o Passo 4, como dissemos no início. Deixamos para discutir isso na próxima seção, junto com o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Espere mais um pouquinho e chegaremos lá!

No módulo sobre Saúde da criança e do adolescente: agravos nutricionais (GOULART; VIANA, 2008), você tem a oportunidade de discutir melhor o que fazer quando detectar problemas com o crescimento, especialmente a desnutrição e a obesidade. O primeiro passo você já deu: aprendeu a reconhecer quando o crescimento de uma criança está fora dos padrões de normalidade. No entanto, não podemos desvincular o crescimento físico do desenvolvimento neuropsicomotor e da alimentação que a criança está recebendo, não é mesmo?

Na próxima seção, discutiremos principalmente como acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor. Você poderá também, estudando a terceira seção deste módulo, aprender um pouco mais sobre como avaliar a alimentação das crianças e como ajudar as famílias a fornecerem alimentação saudável a seus filhos. Agora siga adiante em seus estudos!



Seção 3

Acompanhamento do desenvolvimento
da criança

Você deve se lembrar da diferença conceitual entre crescimento e desenvolvimento.

Recorde:

Crescimento é o processo global, dinâmico e contínuo, que se expressa pelo aumento da massa corporal.

Desenvolvimento é o processo pelo qual os seres vivos adquirem a capacidade de realizar tarefas cada vez mais complexas.

Nesta seção 3, esperamos ajudá-lo a melhorar seu conhecimento e suas habilidades para acompanhar o desenvolvimento infantil e ajudar os pais a estimular o desenvolvimento das crianças, principalmente as pequenas. Para isso, você vai rever alguns aspectos importantes da sua relação com as famílias de sua área de abrangência e terá oportunidade de estudar:

- Conceito e importância do acompanhamento do desenvolvimento da criança.
- Instrumentos de avaliação do desenvolvimento.
- Passos para a avaliação do desenvolvimento infantil.
- Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação.

Esperamos que seu estudo seja bastante produtivo!

Parte 1

Acompanhamento do desenvolvimento da criança: conceito e importância

Qual é o seu conceito de desenvolvimento infantil? Que importância tem o desenvolvimento na vida de uma criança? Você já pensou nisso?

O conceito mais difundido de desenvolvimento infantil é o que diz tratar-se de um processo de aquisição de habilidades progressivamente mais complexas, que levam o indivíduo à independência e à autonomia. No entanto, devemos reconhecer as limitações desse conceito. Profissionais de outras áreas, como a Psicologia e a Pedagogia, certamente colocariam mais ênfase nos aspectos emocionais, cognitivos e das relações com o ambiente e com as pessoas. É muito positivo conhecer a visão que os demais profissionais que lidam com crianças têm sobre o desenvolvimento infantil, porque revela a amplitude e a complexidade do tema.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil vem diminuindo progressivamente nos últimos 30 anos. Isso significa que mais crianças de todos os estratos sociais vêm sobrevivendo às adversidades encontradas pela vida, o que estabelece para toda a sociedade o desafio e o compromisso de assegurar a essas crianças o seu bem-estar e sua qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde estima que 10% da população de qualquer país do mundo sejam portadores de algum tipo de deficiência. Sabe-se também que a detecção precoce e a intervenção oportuna são determinantes do prognóstico dessas pessoas. As deficiências físicas ou mentais mais graves são, de modo geral, mais facilmente diagnosticadas pelos profissionais de saúde. No entanto, as deficiências mais sutis

que, muitas vezes, têm repercussões importantes na adaptação social do indivíduo passam despercebidas por muitos anos. Um exemplo comum é o atraso isolado da linguagem. Frequentemente, o problema só é valorizado no início da idade escolar, quando a criança começa a apresentar as primeiras dificuldades de alfabetização, que podem levar a outros problemas mais sérios de aprendizagem. Numa visão drástica da situação, o atraso na linguagem poderia estar relacionado à evasão escolar, diminuindo as chances desse indivíduo de inserir-se no mercado de trabalho.

Assegurar a plenitude do desenvolvimento infantil significa dar ao indivíduo as condições mínimas essenciais para sua realização como ser humano, seja do ponto de vista emocional, profissional ou social.

Assim como o crescimento, o desenvolvimento infantil está na dependência de fatores intrínsecos e extrínsecos para sua plena realização. Esses fatores estão em constante interação e são interdependentes. Para aprender a falar, por exemplo, uma criança precisa do amadurecimento de suas funções neuromusculares, mas também precisa do estímulo sonoro do ambiente para que os fonemas sejam ouvidos, incorporados, vocalizados, adquiram significado e tornem-se ferramenta de comunicação. Precisa também do outro, de alguém com quem possa exercitar essa nova aquisição. Essa aquisição, por outro lado, possibilita uma nova maneira de se relacionar com o mundo e com as pessoas, colocando a criança diante de novos desafios de aprendizagem, cuja superação dependerá novamente do amadurecimento de novas funções neuromusculares. Tudo isso faz com que existam enormes variações no processo de desenvolvimento de indivíduo para indivíduo, de sociedade para sociedade, de um grupo social para outro.

Certamente, a infância das crianças de sua área de abrangência é muito diferente do que foi a nossa. Seja pelo tempo que passou, seja por suas condições de vida. O cantor e compositor Oswaldo Montenegro tem uma canção belíssima falando de seu sentimento sobre o mundo que as crianças da atualidade têm para viver e se desenvolver. Confira!

Ao Nosso Filho Morena

Oswaldo Montenegro

Se hoje tua mão não tem manga ou goiaba
Se a nossa pelada se foi com o dia
Te peço desculpas, me abraça meu filho,
perdoa esta melancolia.

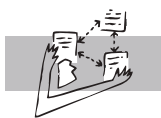
Se hoje você não estranha a crueza
dos lagos sem peixe, da rua vazia
Te olho sem jeito, me abraça meu filho,
não sei se eu tentei tanto quanto eu podia.

Se hoje teus olhos vislumbam com medo
Você já não vê e eu juro que havia
te afago o cabelo, me abraça meu filho,
perdoa essa minha agonia.

Se deixo você no absurdo planeta
Sem pique bandeira e pelada vadia
Fujo do teu olho, me abraça meu filho,
Não sei se eu tentei, mas você merecia.

Disponível em: <http://letras.mus.br/oswaldo-montenegro/47869/> Acesso em: 6 fev.2013.

Você também tem esse sentimento de responsabilidade para com a infância de nossas crianças? Pois, então, não o perca! Arregace as mangas e mãos à obra. Nossas crianças merecem nosso investimento em um mundo que seja melhor para se viver e ser criança!



Atividade 4

Vamos refletir sobre como os profissionais de saúde têm lidado com o acompanhamento do desenvolvimento infantil e que dificuldades são encontradas no dia a dia. Para isso, sugerimos a leitura na íntegra do artigo de Figueira et al. (2003), cujo resumo é apresentado a seguir. Esse é um dos poucos artigos no Brasil que avaliam a atitude dos profissionais de saúde em relação ao acompanhamento do desenvolvimento infantil. **Recomendamos sua leitura completa** (FIGUEIRA et al., 2003). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a13v19n6.pdf>>.

AValiação DAS PRÁTICAS E CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Amira Consuêlo de Melo Figueiras; Rosana Fiorini Puccini; Edina Mariko Koga da Silva; Márcia Regina Marcondes Pedromônico

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os conhecimentos e práticas relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança de 160 profissionais que atuam na atenção primária à saúde, no município de Belém, Pará. Foram selecionados 40 médicos e 40 enfermeiros de Unidades Municipais de Saúde (UMS) e 40 médicos e 40 enfermeiros do Programa da Família Saudável (PFS). Na avaliação dos conhecimentos por meio da aplicação de teste objetivo, o percentual de acerto foi de 63,7% para médicos das UMSs, 57,3% para médicos do PFS, 62,1% para os enfermeiros do PFS e 54,3% para enfermeiros das UMSs. Na avaliação das práticas, apenas 21,8% das mães informaram que foram indagadas sobre o desenvolvimento dos seus filhos, 27,6% que o profissional perguntou ou observou o desenvolvimento da sua criança e 14,4% que receberam orientação sobre como estimulá-las. Concluímos que médicos e enfermeiros da atenção primária no município de Belém apresentam deficiências nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e que a vigilância do desenvolvimento não é realizada de forma satisfatória, sendo necessárias sensibilização e capacitação dos profissionais para essa prática.

Discuta no Fórum

A que você atribui o baixo nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e o reduzido percentual de crianças cujo desenvolvimento foi avaliado pelos profissionais de saúde em Belém? Você se identifica com essa situação? De que maneira você e sua equipe têm acompanhado o desenvolvimento das crianças de sua área de abrangência? Que tipo de dificuldades você e sua equipe encontram em sua prática diária? O que você e sua equipe consideram necessário para superar essas dificuldades? E uma possível interação com a escola local? E os problemas na área psicológica?

No fórum, você poderá discutir com seus colegas e tutores sobre o artigo de Belém do Pará, registrando seus comentários e suas conclusões. Sugira pelo menos três caminhos possíveis para superar as dificuldades para acompanhar o desenvolvimento infantil e comente a opinião de um colega.

Fatores de risco para o desenvolvimento

Além das influências ambientais, existem outras situações individuais que podem colocar em risco o processo de desenvolvimento infantil. O resumo (HALPERN et al., 2002) a seguir traz informações sobre os fatores de risco relacionados à suspeita de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em crianças com até 12 meses, no município de Pelotas-RS. É importante e sugerimos que você leia o artigo na íntegra para enriquecer seus estudos. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=326127&indexSearch=ID>>.

FATORES DE RISCO PARA SUSPEITA DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR AOS 12 MESES DE VIDA

Ricardo Halpern, Elsa R.J. Giugliani, César G. Victora, Fernando C. Barros, Bernardo L. Horta

Objetivo: verificar a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses nas crianças nascidas em Pelotas, RS, em 1993, e seus possíveis determinantes.

Métodos: amostra de 20% (1.363 crianças) de uma coorte de crianças nascidas nos hospitais de Pelotas, RS, durante o ano de 1993, foi avaliada aos 12 meses quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, a partir da aplicação do teste de Denver II. As crianças que tiveram dois ou mais itens de falha no teste foram consideradas suspeitas de apresentarem atraso no desenvolvimento. As variáveis independentes escolhidas pertenciam a diferentes níveis de determinação de atraso, conforme modelo teórico hierarquizado (socioeconômico, reprodutivo e ambiental, condições ao nascer, atenção à criança, nutrição e morbidade). A análise foi realizada utilizando-se o X2 de Mantel-Haenszel e técnica multivariada pela regressão logística, com o objetivo de controlar possíveis fatores de confusão.

Resultados: das 1.363 crianças avaliadas aos 12 meses, 463 (34%) apresentaram teste de Denver II suspeito de atraso no desenvolvimento. Na análise multivariada, após controle de variáveis de confusão, verificou-se que as crianças que tinham mais risco de suspeita de atraso em seu desenvolvimento foram: as mais pobres (OR= 1,5), as que haviam nascido com mais baixo peso (OR= 4,0), as que apresentaram idade gestacional menor de 37 semanas (OR= 1,6), as que tinham mais de três irmãos (OR= 1,9) e as que haviam

recebido leite materno por menos de três meses (OR=1,6) ou não haviam sido amamentadas (OR= 1,9). As crianças que apresentaram índice peso/idade aos seis meses igual ou inferior a -2 desvios-padrão da referência tiveram risco 10 vezes mais alto de suspeita de atraso no desenvolvimento. Conclusões: este estudo reforça a característica multifatorial do desenvolvimento e o conceito de efeito cumulativo de risco. Na população estudada, a parcela mais desfavorecida acumula os fatores (sociais, econômicos e biológicos) que determinam mais chance de atraso no desenvolvimento das crianças.

Qual é a sua opinião sobre a prevalência de suspeita de atraso do DNPM encontrada em Pelotas? Você tem ideia dessa prevalência em sua área? A realidade descrita neste estudo se assemelha à sua? Em que ponto? Você já analisou coletivamente a situação do desenvolvimento infantil em sua área de abrangência? É comum encontrar atrasos? Em sua opinião, que outros fatores poderiam estar relacionados ao atraso do DNPM dessas crianças?

Pode-se imaginar que acompanhar o desenvolvimento de uma criança é algo mais complexo do que acompanhar seu crescimento físico. É preciso muito mais do que instrumentos de avaliação. É necessário também identificar os fatores de risco (biológicos, sociais, econômicos) a que essa criança está exposta, conhecer as crenças, costumes e mitos de sua comunidade e, sobretudo, suas relações pessoais, especialmente as de sua família.

Parte 2

Instrumentos de avaliação do desenvolvimento: observar e verificar

Uma vez delineado o contexto geral da criança, o próximo passo é avaliar seu processo de desenvolvimento por meio de instrumentos específicos. Existem vários tipos de instrumentos, de maior ou de menor complexidade, mas, de modo geral, todos se baseiam nos chamados marcos do desenvolvimento. Esses instrumentos refletem o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, cuja sequência é relativamente padronizada na espécie humana, independentemente da população em estudo. A sequência em que os marcos do desenvolvimento aparecem e desaparecem é determinada em grande parte pelo processo de maturação do sistema nervoso e pela forma de criação e cuidado com a criança em nossa sociedade. No entanto, alguns autores têm demonstrado diferenças na idade de aquisição de determinadas habilidades em função do gênero e da população estudada, de modo que a utilização de instrumentos padronizados de avaliação deve ser considerada apenas um teste de triagem e não uma confirmação diagnóstica.

Quais são os instrumentos de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil que você conhece? Com qual você tem mais familiaridade?

Neste módulo, você verá apenas os marcos do desenvolvimento apresentados na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), no Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária à Saúde no

Contexto da Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e a avaliação do desenvolvimento psicomotor do Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), por serem mais adequados à realidade do atendimento na atenção básica. Esses instrumentos podem ser considerados complementares, servindo a objetivos específicos, como será discutido a seguir. Caso tenha interesse em conhecer outros instrumentos e aprofundar seu estudo, consulte as referências sugeridas no final do módulo.

Como você viu, o desenvolvimento representa a capacidade de desempenhar tarefas cada vez mais complexas. Para isso, são necessárias habilidades de diversas naturezas, que devem interagir e se complementar para que a criança tenha sucesso na execução de suas tarefas. A maioria dos instrumentos de avaliação considera pelo menos quatro áreas diferentes do desenvolvimento infantil. São elas o desenvolvimento motor fino (coordenação), o motor grosseiro, o pessoal-social (ou adaptativo) e a linguagem. Em cada uma dessas áreas, existem determinadas aquisições que são consideradas marcos evolutivos em cada faixa etária, por caracterizarem bastante aquela idade ou por sua importância para novas aquisições. No entanto, a variação do ritmo individual nos leva a estabelecer limites de normalidade, isto é, uma idade mínima e máxima em que crianças devem adquirir certas habilidades. É com base nesses limites que são montadas as escalas para avaliação do desenvolvimento. De modo geral, são aceitas como limites de normalidade as idades de aquisição dos marcos evolutivos que estão entre os percentis 25 e 90. Significa dizer que, quando uma criança adquire determinada habilidade na idade correspondente ao percentil 25, apenas 25% das crianças daquela idade já o fizeram. Da mesma forma, quando isso acontece na idade correspondente ao percentil 90, apenas 10% das crianças da mesma idade ainda não atingiram aquele marco do desenvolvimento.

Nos testes de triagem, é comum trabalharmos com o percentil 90 como limite, pois esta é considerada a idade limite para uma criança normal atingir aquele marco evolutivo. Pegue uma escala de sua preferência e faça algumas observações com crianças de várias faixas etárias. Suas observações coincidem com os marcos da escala?

O acompanhamento do desenvolvimento deve fazer parte da rotina de atendimento da criança em todos os serviços de saúde. Não são necessários equipamentos, objetos ou espaços especiais para sua realização. O mais importante é que ela seja feita de maneira sequencial e utilizando sempre o mesmo instrumento. Devem-se levar em consideração as condições gerais e de saúde da criança no momento do exame. Você deve avaliar o desenvolvimento em um momento em que a criança esteja alerta, mas que não esteja excessivamente com fome ou com sede, que não esteja febril ou que não tenha acabado de mamar, por exemplo. É preferível adiar a avaliação do desenvolvimento para outra oportunidade do que o fazer em condições inadequadas.

Você poderá montar um pequeno kit com objetos simples que o ajudará durante a avaliação da criança. Coloque alguns lápis de cor, algum chocalho ou sineta, alguns brinquedos de plástico de tamanho médio, de cores, texturas e formas diferentes.

A Caderneta de Saúde da Criança (CCS) de 2007 traz quatro marcos do desenvolvimento, baseado na Escala de Denver, em determinadas faixas etárias – do nascimento até os dois anos de idade. Dos três aos 10 anos, são apresentados alguns marcos relacionados principalmente à adaptação social e escolar da criança. Abaixo de cada marco, há espaço para o registro da idade em que a criança adquiriu aquela habilidade e, em cada faixa etária, pergunta-se: o que mais a criança consegue fazer? Essa pergunta estimula os pais a observarem mais atentamente o desenvolvimento de seus filhos.

Em seguida, são oferecidas informações sobre como promover o desenvolvimento com afeto e segurança em cada faixa etária. Veja como o aspecto da educação para a saúde foi reforçado nesta CSC! Isto é extremamente útil para ajudar as famílias a compreenderem o processo de desenvolvimento de seus filhos. No entanto, as faixas etárias apresentadas são, em algumas situações, muito amplas, o que pode representar demora na detecção de atrasos. Além disso, essa abordagem não oferece aos profissionais de saúde os referenciais de normalidade e as condutas a serem tomadas em cada situação. A Figura 12 exemplifica essa abordagem, mostrando os marcos do desenvolvimento dos dois aos quatro meses.

Figura 12 - Avaliação do desenvolvimento de 2 a 4 meses e recomendações

2 a 4 meses

O bebê está mais ativo. Quando colocado de bruços, levanta a cabeça e os ombros.

Idade: _____

Segue com os olhos pessoas e objetos que estão perto dele.

Idade: _____

Brinca com a voz e tenta "conversar", falando aaa, ggg, rrr.

Idade: _____

Descobre as mãos, começa a brincar com elas e gosta de levá-las à boca.

Idade: _____

O que mais ele faz? _____

Desenvolvendo-se com afeto

- Quando vocês oferecerem algo para seu bebê (comida, agasalho ou brinquedo), lembrem-se de esperar um pouco para ver a sua reação. Com isso, ele aprenderá a expressar aceitação, prazer e desconforto e vocês conhecerão melhor seu bebê.

Desenvolvendo-se com segurança

- Para evitar sufocamento, ajuste os lençóis sob o colchão, cuidando para que o rosto do bebê não tenha possibilidade de ser encoberto por lençóis, cobertores, travesseiros e almofadas.
- No carro, desde o nascimento, a criança deve ir sempre no banco de trás, em berço apropriado para transporte, fixado no banco.



31

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2009)

A proposta da nova caderneta de saúde da criança (2009) avança um pouco mais e baseia-se no conceito de **vigilância do desenvolvimento na atenção primária à saúde**. Esse conceito engloba todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento infantil satisfatório e à detecção de problemas nessa fase. De fato, essa nova proposta representa um avanço em relação às demais, por conseguir articular melhor a existência de fatores de risco com abordagem sistematizada do DNPM e com condutas bem estabelecidas para cada classificação. Você encontrará as orientações sobre como fazer a vigilância do DNPM na própria CSC. Vale a pena ler com calma!

Na nova CSC, na seção destinada aos pais, há informações interessantes sobre a estimulação adequada do desenvolvimento infantil em cada faixa etária. Procure ler e conversar com os pais sobre isso. Nesta seção, você encontrará também alguns sinais de alerta que sugerem alterações mais importantes do DNPM, como o autismo, por exemplo.

Vamos ver então como utilizar o instrumento de avaliação do DNPM proposto na nova CSC. O **Manual de Vigilância do Desenvolvimento no contexto da AIDPI** (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005) é um instrumento sistematizado para detecção de problemas no desenvolvimento de crianças do nascimento aos três anos, nos moldes da Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esse instrumento utiliza, não só, a observação de posturas, comportamentos e reflexos presentes em determinadas faixas etárias, mas também informações sobre fatores de risco, a opinião dos pais sobre o desenvolvimento de seu filho, a medida do perímetro cefálico e a presença de alterações fenotípicas ao exame físico.

Trata-se de uma avaliação sistematizada acoplada a uma proposta de conduta. Avalia o marco principal de cada área do desenvolvimento (motor fino, motor grosseiro, linguagem e pessoal-social) e considera como limite da normalidade o percentil 90 para cada idade para a aquisição das habilidades, isto é, quando 90% das crianças já terão adquirido tais habilidades. Os marcos escolhidos foram retirados de escalas de desenvolvimento de diversos autores já consagrados nessa área (Lefèvre e Diamant, Bayley, Gesell, entre outros). O AIDPI propõe como estratégia os seguintes passos: perguntar, investigar, observar, classificar como está o desenvolvimento e decidir qual a conduta a ser proposta para a mãe e a criança.

Para saber mais...

Leitura recomendada

Em 2005, a OPAS divulgou o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI, que foi organizado pela Dra. Amira Figueiras de Belém do Pará e outros colaboradores, especificamente voltado para a utilização na atenção primária à saúde. O manual encontra-se disponível em <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>>.

Além do excelente conteúdo, o manual ficou muito bonito! Vale a pena conferir!

De acordo com o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI, para a avaliação do desenvolvimento da criança, você deve seguir quatro passos:

- Passo 1: Perguntar e investigar
- Passo 2: Verificar e observar
- Passo 3: Classificar
- Passo 4: Decidir

Passo 1 - Perguntar e investigar sobre os fatores de risco e a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho. No primeiro atendimento à criança, devem ser feitas perguntas aos pais sobre os seguintes itens:

- ausência de pré-natal ou se este foi incompleto;
- problemas na gestação, parto ou nascimento;
- prematuridade (menos de 37 semanas de gestação);
- peso ao nascimento abaixo de 2.500 g;
- icterícia grave no período neonatal;
- hospitalização no período neonatal;
- doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões;
- parentesco entre os pais;
- casos de deficiência ou doença mental na família;
- fatores de risco ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual, etc.

Com essas perguntas, você estará identificando os principais fatores de risco biológicos para o atraso no desenvolvimento, como prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções na gravidez, uso de medicamentos ou exposição à radiação durante a gravidez, tocotraumatismos e outros problemas de saúde adquiridos após o nascimento, como infecções do sistema nervoso central, traumas cranianos, entre outros. É importante também procurar saber se existem outros fatores de risco na família da criança como casos de alcoolismo, uso de drogas e violência. Procure saber também qual é a opinião da família sobre o desenvolvimento da criança, sobre como e com quem a criança costuma brincar, onde e com quem fica a maior parte do dia. Vários estudos têm demonstrado que a opinião da mãe sobre o desenvolvimento de seu filho é de grande utilidade para a detecção precoce de problemas nessa área.

Se você detectar quaisquer problemas na gestação, no parto, no cuidado com a criança ou na família, deverá ficar especialmente atento ao desenvolvimento dessa criança.

Passo 2 - Verificar e observar a forma da cabeça, medir o perímetro cefálico e verificar em que posição se encontra no gráfico de perímetro cefálico x idade. Verificar também se existem alterações fenotípicas que possam estar associadas a síndromes que se manifestam com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, tais como:

- fenda palpebral oblíqua;
- implantação baixa de orelhas;
- olhos muito afastados;
- lábio leporino;
- fenda palatina;
- pescoço curto e/ou largo;
- prega palmar única;
- 5.º dedo da mão curto ou recurvado.

Agora você deve observar se a criança cumpre o conjunto de habilidades previstas para a sua faixa etária. Existe um quadro para avaliação do desenvolvimento da criança que tem menos de 12 meses e outro para crianças de 12 a 36 meses. Você deve escolher o quadro adequado para a faixa etária da criança que está sendo avaliada.

Para as crianças de até um mês de idade, você deve observar a presença de reflexos primitivos, posturas e habilidades, como os reflexos de Moro, o cocleopalpebral e o de sucção e a postura com braços e pernas flexionadas e mãos fechadas.

Nas demais faixas etárias, você deve avaliar um marco de cada área do desenvolvimento. Veja na Figura 13 que, em cada faixa etária, há uma área marcada de amarelo que corresponde às idades mínimas e máximas em que tais habilidades devem aparecer. Essa área delimita, então, os limites da normalidade para aquela idade. Você deve marcar com um X o quadrinho referente às habilidades que a criança já apresenta em cada idade. Caso um ou mais marcos dessa faixa etária não estejam presentes, aplique também os testes da faixa etária anterior. Isso terá importância para classificar o desenvolvimento da criança. A nova CSC traz também uma ajudinha a mais: ela ensina como verificar cada um dos marcos do desenvolvimento, assim, esta proposta se torna mais acessível para todos os profissionais e até para os pais! Veja a coluna “Como pesquisar” no instrumento de avaliação.

Glossário

Reflexo de Moro – provocar um estímulo sonoro forte logo acima da cabeça da criança. A resposta é a sequência extensão, abdução e elevação dos membros superiores, seguidas de retorno à posição fletida em adução. Deve sempre ser simétrico.

Reflexo cocleopalpebral – bater palmas a cerca de 30 cm de cada ouvido e observar o piscar bilateral e simultâneo dos olhos. Pode estar ausente nos casos de surdez.

Figura 13 – Instrumento para avaliação do desenvolvimento até os 12 meses na nova Caderneta de Saúde da Criança (CSC - 2009).

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES

Registre na coluna P o marco presente, A o marco ausente, NV o marco não verificado

Idade	Marcos do Desenvolvimento	Como pesquisar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0 a 1 mês	Reage ao toque da cabeça e do pescoço e do corpo, acompanhando o olhar	12 Observe a criança ao ser tocada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Olhar no rosto	13 Observe a criança ao olhar para o rosto, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Segurar o corpo	14 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Linha a cabeça	15 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
1 a 2 meses	Sorriso voluntário, não espontâneo	16 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Atenção visual	17 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Estimulação	18 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Movimentos voluntários do corpo	19 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
2 a 4 meses	Reação aos sons e objetos	20 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Segurar o corpo	21 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Estimulação	22 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Movimentos voluntários do corpo	23 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
4 a 6 meses	Reação aos sons e objetos	24 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Segurar o corpo	25 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Estimulação	26 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Movimentos voluntários do corpo	27 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
6 a 9 meses	Reação aos sons e objetos	28 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Segurar o corpo	29 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Estimulação	30 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Movimentos voluntários do corpo	31 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
9 a 12 meses	Reação aos sons e objetos	32 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Segurar o corpo	33 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Estimulação	34 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												
	Movimentos voluntários do corpo	35 Observe a criança ao ser levantada, ela deve acompanhar o olhar e a cabeça para cima, para baixo e para os lados.												

42

43

Fonte: BRASIL. Caderneta de Saúde da Criança, [2009?].

Veja os vídeos: Vigilância do desenvolvimento no contexto do AIDPI

Na Biblioteca Virtual, há dois vídeos sobre a proposta de avaliação do desenvolvimento. O material, em duas partes, pode ser acessado pelos links (SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA, 2008a, 2008b)

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/player/1679.flv/>>, e

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/player/1679.flv/>>.

Procure reservar cerca de 30 minutos para assistir à demonstração de como pesquisar os marcos do desenvolvimento em crianças de dois meses a dois anos de idade. Convide sua equipe para assistir ao vídeo junto com você. Isso ajudará a tornar o trabalho de vocês mais uniforme. Reserve algum tempo para que possam discutir as possibilidades de sua equipe utilizar esse manual em sua realidade de trabalho.

Vamos voltar ao caso da Estefani Lorraine? Vamos transferir para a Caderneta de Saúde dela as informações relativas ao seu desenvolvimento neuropsicomotor. Você deve anotar no espaço apropriado a idade em que a mãe relata que determinado marco do desenvolvimento foi adquirido. E então, como está o Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) de Estefani? Como você relaciona o crescimento com o desenvolvimento de Estefani? O que você diria à D. Beatriz sobre o desenvolvimento de sua filha?

Seus comentários:

Dona Beatriz, mãe de Estefani, não revelou todas as habilidades de sua filha em cada consulta. Isso prejudica um pouco nossa avaliação do desenvolvimento global da criança, porque algumas áreas do desenvolvimento podem estar comprometidas e outras não. Você deve ter percebido que, com as poucas informações que temos, os problemas de crescimento de Estefani parecem não ter afetado o seu desenvolvimento neuropsicomotor. Provavelmente, isso aconteceu porque a duração do seu comprometimento nutricional foi curta. A equipe de saúde também pode ter contribuído, orientando D. Beatriz a como estimular, com afeto e segurança, o desenvolvimento da menina. A nova CSC traz essas orientações para cada faixa etária. Confira!

Recomendado: Algumas questões que todo profissional da atenção à criança precisa saber

Algumas questões ligadas ao desenvolvimento estão no dia a dia de preocupação de mães e profissionais: formação de vínculos, sair das fraldas (controle esfinteriano), retirada de bico, criança que não dorme, manipulação genital, criança que “não come nada”, criança inquieta – “sem sossego”, gagueira, *bullying*, medo, crises de birra... Veja o texto (CARVALHO, 2013) disponível na Sala de Leitura da Biblioteca Virtual:

http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Sala_de_Leitura_

Parte 2

Classificar o desenvolvimento da criança e decidir o que fazer

Até agora, discutimos a importância de verificar a existência de fatores de risco para o desenvolvimento infantil e como observar os principais marcos em cada faixa etária. Essas informações serão necessárias para os próximos passos que são a classificação do desenvolvimento da criança (Passo 3) e a escolha da melhor conduta em cada caso (Passo 4). Mais adiante, vamos conversar um pouco sobre a estimulação da criança para que seu desenvolvimento aconteça de acordo com as potencialidades de cada uma.

Passo 3. Classificar

De acordo com a resposta da criança aos testes aplicados e a presença de fatores de risco, seu desenvolvimento poderá ser classificado em quatro categorias:

- Desenvolvimento normal
- Desenvolvimento normal com fatores de risco
- Alerta para o desenvolvimento
- Provável atraso no desenvolvimento

Observe na Figura 14 as informações que permitem classificar a criança em uma ou outra categoria.

É importante ressaltar que, como o ponto de corte utilizado é o percentil 90 e o número de comportamentos analisados é pequeno, a ausência de apenas um marco do desenvolvimento na faixa etária da criança já deve ser considerado significativo para tomada de decisão.

Figura 14 – Classificação do desenvolvimento e orientação para tomada de decisão na nova CSC (2009)

DESENVOLVIMENTO

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO:
ORIENTAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO**

Observe os marcos de desenvolvimento de acordo com a faixa etária da criança.

Dados da avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
• Primeiro olhar < 2 meses e ou > 12 meses e ou primeiro de 2 ou mais olhos para objetos ou movimento dos olhos para a faixa etária anterior	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	• Reforçar para avaliação neuropsicomotora
• Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	• Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança • Manter retorno em 30 dias
• Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas apresenta um ou mais fatores de risco	DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO	• Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*
• Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	DESENVOLVIMENTO NORMAL	• Elipirar a mãe/cuidador • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança • Reforçar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde • Retornar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*

* Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser monitorada em até 30 dias.

46

Fonte: BRASIL, [2009?]

Passo 4. Decidir

Para cada classificação, você deverá escolher a conduta mais apropriada. As crianças classificadas com desenvolvimento normal poderão ser acompanhadas na rotina de cada serviço e de acordo com sua faixa etária. A família deve ser elogiada por estar estimulando adequadamente a criança e orientada sobre as próximas etapas de seu desenvolvimento. É sempre oportuno discutir com a família a prevenção de acidentes domésticos comuns em cada faixa etária.

As crianças com desenvolvimento normal, mas que apresentam fatores de risco de natureza biológica ou psicossocial, precisarão ser acompanhadas com mais atenção para que possíveis alterações em seu desenvolvimento sejam detectadas precocemente. Nesse caso, o intervalo entre as consultas não deve exceder a 30 dias. Com essas famílias é preciso discutir

profundamente os estímulos adequados para cada idade e a prevenção de acidentes domésticos. Procure ajudá-las a encontrar brinquedos e brincadeiras alternativos que possam estimular o desenvolvimento integral da criança. Discuta também as relações familiares, mostrando a importância disso para o amadurecimento emocional da criança.

Quando a criança é classificada como “alerta para o desenvolvimento”, é preciso discutir com a família as possíveis causas do atraso. Em geral, essas crianças apresentam alterações isoladas, que facilmente poderão ser superadas com estimulação adequada. Elas precisarão de acompanhamento mais cuidadoso por parte da equipe e da família. Lembre-se de que o protocolo de avaliação trabalha com o percentil 90 para cada faixa etária, isto é, quando uma criança deixa de realizar um ou mais marcos naquela idade, isso significa que ela já teve todo o tempo necessário para adquirir aquela habilidade. Sendo assim, é preciso intervir rapidamente, estimulando as áreas atrasadas para que a criança não “perca mais tempo” no seu processo de desenvolvimento. Procure discutir com a família os estímulos mais adequados na área deficiente e agende retorno para no máximo 30 dias. Caso persista o atraso na consulta de retorno, a criança deverá ser encaminhada para avaliação neuropsicomotora.

A detecção precoce dos atrasos promove recuperação de 80% a 90% das crianças, a partir de uma **estimulação simples e oportuna**. Apenas 5% a 7% das crianças com atraso precisarão ser encaminhadas para o especialista.

As crianças classificadas como “provável atraso” apresentam elevado risco de comprometimento do desenvolvimento. É provável que apresentem problemas orgânicos mais sérios, que precisarão de diagnóstico e tratamento especializados. A melhor conduta, portanto, é encaminhá-las o mais rapidamente possível para uma avaliação neuropediátrica. Podem ser necessárias também outras abordagens, como da Fonoaudiologia e da Fisioterapia. É fundamental tentar identificar a causa do atraso, pois é isso que definirá qual é a melhor conduta para cada criança. No entanto, não devemos esperar a elucidação do diagnóstico para iniciar as intervenções necessárias. Procure esclarecer as dúvidas e temores dos pais sobre o problema do filho e mantenha-se disponível para discutir as propostas propedêuticas e terapêuticas que surgirem.

O que você achou da proposta de vigilância do desenvolvimento infantil? Você acha possível utilizá-la no seu dia a dia? Que tal experimentar

essas propostas com crianças de sua área de abrangência? Escolha crianças menores de três com idades variadas e programe um dia em que você e as mães tenham mais disponibilidade de tempo. Explique que você está experimentando essa forma de avaliar o desenvolvimento da criança; aplique os testes adequados a cada faixa etária e depois discuta com as mães as suas conclusões. Siga todos os passos para decidir sobre qual conduta tomar em cada caso. Aproveite essa oportunidade para avaliar quanto tempo você gastou com cada criança, que materiais foram necessários para aplicação dos testes, se o ambiente escolhido estava adequado e qual foi a opinião das mães sobre essa forma de avaliar o desenvolvimento infantil.

Caso tenha tido dúvidas em como executar os testes ou que estímulos propor em cada faixa etária, consulte o **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI**, disponível no site <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>.

Avaliação do desenvolvimento de crianças maiores que 36 meses

Embora de grande utilidade, a proposta de vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária só pode ser utilizada para crianças menores de três anos. Para as crianças com mais de 36 meses, recomenda-se a **Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor** desenvolvida pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Essa ficha baseia-se nos trabalhos de Frankenburg, Gesel, Lingworth e Boyd. Foram escolhidas as aquisições mais fáceis de serem exploradas e que fazem parte do cotidiano da criança em cada faixa etária. Esse instrumento foi construído para crianças – do nascimento aos cinco anos –, mas utilizaremos apenas os marcos para maiores de 36 meses. As áreas estudadas são a motora, a coordenação, a social e a linguagem.

São apresentadas no Quadro 10 as aquisições cujo percentil 90 encontra-se na faixa etária em questão, de modo que a não realização de tal atividade naquela idade deve ser considerada um possível atraso no DNPM. Se faltar uma ou mais aquisições em uma mesma área e as demais estão adequadas para a idade, deve-se orientar a estimulação adequada e reavaliar a criança em 30 dias. Se houve falhas em várias áreas para aquela faixa etária, é recomendável encaminhar o paciente para avaliação especializada com pediatra ou neuropediatra, preferencialmente.

Quadro 10 – Esquema evolutivo do desenvolvimento da criança de três a cinco anos

Áreas do desenvolvimento	De 36 a 48 meses	De 48 a 60 meses
Motora	Pedala o triciclo	Pula em um pé só
Coordenação	Copia um círculo Constrói torres com mais de 5 cubos	Copia um quadrado Copia uma cruz
Social	Compartilha brincadeiras Tira alguma peça de roupa Controla esfíncteres	Compete brincando Veste-se sem ajuda
Linguagem	Obedece ordens complexas	Linguagem próxima a do adulto

Fonte: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO, 1995. Adaptado de Material de apoio a promoção, proteção e vigilância da saúde da criança.

Tanto a proposta da nova CSC quanto a ficha do CLAP devem ser entendidas como instrumentos de triagem e não de diagnóstico de alterações do desenvolvimento da criança. Para a confirmação diagnóstica, será necessária a utilização de instrumentos mais detalhados como a Escala de Denver II, que demandam um pouco mais de treinamento e tempo dos profissionais, o que nem sempre é compatível com a rotina dos serviços de atenção primária. Nesses casos, é sempre bom ouvir a opinião de um profissional mais experiente na área de desenvolvimento infantil.

Caso você tenha interesse em estudar um pouco mais sobre a escala de Denver II, sugerimos o artigo “Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil” (SOUZA, 2008) publicado em 2008. Acesse o [link http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n8/20.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n8/20.pdf)

Após os cinco anos, com o início da escolarização, o desempenho escolar e a adaptação social tornam-se bons indicadores da qualidade do desenvolvimento da criança, embora alterações em áreas específicas possam também se manifestar nessa idade, como as alterações de linguagem, os distúrbios de comportamento e as dificuldades cognitivas e emocionais. Nessa fase, a interação com a escola é muito importante para a compreensão mais ampla dos problemas enfrentados pela criança.

Parte 4

Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação

Para terminar esta seção, discutiremos como orientar as famílias quanto à estimulação de seus filhos.

Observe a Figura 15. O que ela tem a ver com a estimulação do desenvolvimento infantil? Identifique a situação apresentada nesta imagem. Que tipo de contato se observa entre mãe e filho? Você conseguiria avaliar a qualidade da relação mãe-filho por essa imagem? Qual a sua opinião sobre ela? O que você diria a essa mãe sobre a estimulação de seu filho?

Figura 15 – Estimulando o desenvolvimento da criança



Fonte: Seleção das autoras

Comentamos anteriormente que não são necessárias condições especiais para que o profissional de saúde possa avaliar o desenvolvimento de uma criança. Essa mesma mensagem pode ser passada aos pais sobre a estimulação de seus filhos. Toda e qualquer relação da criança com outra pessoa se constitui num momento de estimulação do desenvolvimento. Nos dias atuais, pode ser difícil para os pais destinarem muitas horas para brincar ou para, simplesmente, ficar junto de seus filhos. Isso não impede que essas crianças sejam estimuladas! Como na foto mostrada, as atividades da vida diária, do cuidado com a criança, já são excelentes oportunidades de estimulação. Basta que sejam aproveitadas para isso! São momentos em que os olhares se cruzam, os corpos se tocam, as palavras são aprendidas, enfim, as relações se fortalecem e se enriquecem exatamente nesses momentos. Durante a consulta, observe esses aspectos quando pedir à mãe que tire a roupa da criança para o exame ou na maneira como a mãe reage ao choro de seu filho. Valorize as atitudes positivas da mãe, informando-a sobre a importância desses gestos para o desenvolvimento integral da criança. Chame a atenção para as habilidades que a criança já apresenta e outras que a família já poderá ajudá-la a adquirir e como fazê-lo no seu dia a dia. Lembre-se de que cada nova habilidade adquirida corresponde a um novo risco de acidentes domésticos, para os quais a família deverá estar atenta, porém sem limitar o processo de desenvolvimento de suas crianças.

E por falar em acidentes, é importante lembrar que, nos primeiros anos de vida, o risco de traumas dentários é muito grande devido à ocorrência frequente de quedas. É preciso orientar as famílias a estarem atentas para prevenir lesões definitivas que poderão comprometer a dentição futura da criança. Em caso de trauma dentário, a equipe de saúde bucal deve ser contatada imediatamente para que sejam tomadas as medidas adequadas em cada caso.

Ficamos devendo a discussão sobre o compartilhamento das informações sobre a saúde da criança com a família, lembra-se? O Passo 4 que dissemos na seção sobre o acompanhamento do crescimento... Chegou, então, a hora de fazermos essa discussão para finalizarmos esta seção.

Atividade 5

Vamos voltar uma última vez ao caso da Estefani Lorraine. Reveja a Atividade 3, que você realizou (Seção 2, Parte 2) – os atendimentos na UBS e as atividades em que você discutiu os problemas dessa criança. Escolha entre os conteúdos educativos da nova CSC aqueles que você considera mais adequados para serem discutidos com a mãe de Estefani em cada um de seus atendimentos. Registre na planilha a seguir a idade da criança, o problema identificado, o enfoque escolhido e onde essas orientações podem ser encontradas na nova CSC. Envie seu trabalho para avaliação de seu tutor.



Planilha

Atendimento	Idade da criança	Problema identificado	Enfoque escolhido	Onde encontrar na CSC
Acolhimento				
Consulta 1				
Consulta 2				
Consulta 3				
Consulta 4				

Conclusão da Seção 3: Avaliação do desenvolvimento

A comunicação de qualidade deve ser um dos pilares da atenção à saúde. Na atenção primária, especialmente, trabalhamos frequentemente com propostas que envolvem mudanças de hábitos e de atitudes. A adesão a essas propostas está diretamente ligada à nossa capacidade de envolver as pessoas na solução de seus próprios problemas. Essas propostas devem ainda ser baseadas na realidade particular de cada um. Nesse sentido, o profissional de saúde deve ser capaz de oferecer as informações e orientações necessárias e suficientes para que as pessoas tomem suas próprias decisões. Isso significa dizer que não adianta executarmos corretamente todos os procedimentos que discutimos aqui se não formos capazes de fazer com que os pais de nossas crianças participem e compartilhem de todo esse processo. Afinal, serão eles os responsáveis por oferecer aos filhos as melhores condições possíveis para crescer e se desenvolver. Diria o Velho Guerreiro: “quem não comunica se trumbica”!

Chegamos ao fim da seção sobre avaliação do desenvolvimento. Você teve a oportunidade de discutir toda a organização da assistência à criança, incluindo aspectos técnicos do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Esse é um bom momento para rever a programação de suas atividades, elaborada na primeira parte deste módulo. Procure rever se você dispõe de todos os recursos materiais necessários, se há consenso entre sua equipe sobre as técnicas e os métodos a serem aplicadas, se você construiu uma estratégia de avaliação das ações propostas embasada nos conhecimentos adquiridos e, sobretudo, se há coerência entre as suas propostas e as necessidades de sua comunidade.

Na próxima seção, você encontrará o conteúdo sobre amamentação e alimentação da criança até 10 anos. A abordagem adequada desses temas é uma poderosa ferramenta de prevenção de agravos e promoção da saúde infantil. Não deixe de se preparar para tratar desses assuntos com as famílias com quem você trabalha. Bom estudo!

Seção 4

Aleitamento materno e orientação
alimentar para crianças

Nesta seção, você será convidado a conhecer melhor os aspectos nutricionais da população sob sua responsabilidade e refletir sobre orientações e práticas adotadas no cotidiano dessas pessoas. A avaliação da alimentação é uma importante ação no acompanhamento da saúde da criança e também para a prevenção de distúrbios nutricionais neste e em outros períodos da vida. Você estará se capacitando para prevenir sérios agravos à saúde como a desnutrição, a obesidade e a anemia, altamente prevalentes em nosso meio.

Para facilitar o estudo, esta seção foi dividida em três partes:

Parte 1 - Alimentação das crianças, do nascimento aos seis meses.

Parte 2 - Alimentação das crianças, de seis a 24 meses.

Parte 3 - Alimentação das crianças, de três a 10 anos de idade.

Além de melhorar sua habilidade na abordagem individual da criança, ao final do estudo desta seção, esperamos que você seja capaz de

- conhecer a importância do aleitamento materno e as recomendações quanto a sua duração e identificar técnicas para estimular o aleitamento materno em sua comunidade;
- identificar possíveis erros na técnica de amamentação e alimentação das crianças e orientar os pais sobre como corrigi-los;
- conhecer e analisar os indicadores de aleitamento materno e a cultura alimentar das crianças de sua área de abrangência;
- desenvolver ações para incentivo e promoção do aleitamento materno e de alimentação saudável;
- manejar dificuldades relacionadas ao aleitamento, incluindo: demora na descida do leite, dor e trauma mamilar, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, candidíase, reflexo de ejeção exacerbado, presença de sangue no leite, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário, galactocele, baixa produção de leite, cirurgia de redução de mamas e implantes mamários;
- organizar o serviço para o desenvolvimento dessas ações;
- avaliar o impacto dessas ações na realidade da comunidade;
- descrever a época, quantidade, frequência e modo de preparo recomendados para introdução da alimentação complementar.

Você poderá exercitar as seguintes habilidades relacionadas à alimentação das crianças:

- Avaliar a técnica de amamentação, por meio da observação da mamada.
- Identificar outros problemas na amamentação.
- Orientar a mãe ou o acompanhante acerca da importância da amamentação e de como superar os problemas encontrados.
- Avaliar a alimentação da criança e realizar orientações básicas.
- Orientar a mãe ou o acompanhante sobre como superar os problemas com a alimentação.
- Orientar a mãe ou o acompanhante quando voltar para a consulta de retorno e quando retornar imediatamente.
- Estimular a mãe ou o acompanhante para que sempre traga a caderneta de saúde da criança em qualquer atendimento.
- Empregar boas técnicas de comunicação.

Então, está pronto para começar seus estudos? Mãos à obra...!

Parte 1

Alimentação das crianças do nascimento aos seis meses

O crescimento depende diretamente de alimentação suficiente em quantidade e qualidade, assim como da capacidade de absorção dos nutrientes pelo indivíduo.

O primeiro ano de vida é um período caracterizado por crescimento e desenvolvimento rápidos e, portanto, requer disponibilidade proporcionalmente mais elevada de energia e nutrientes, em relação à criança maior e ao adulto. Existem também diferenças qualitativas, relacionadas às particularidades fisiológicas e metabólicas dessa fase, como a necessidade elevada de aminoácidos e ácidos graxos essenciais, minerais e vitaminas.

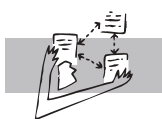
O leite humano é, indiscutivelmente, o alimento ideal para o lactente, especialmente nos seis primeiros meses de vida, devido aos seus benefícios em termos nutricionais, imunológicos, além do efeito psicossocial positivo da amamentação para o binômio mãe-filho. O leite humano é muito mais do que um conjunto de bons nutrientes: pela sua complexidade biológica, é uma substância viva, ativamente protetora e imunomoduladora. Essa capacidade pode ser observada pela reduzida morbimortalidade das crianças amamentadas ao seio, quando comparadas com as alimentadas artificialmente, especialmente em comunidades pobres. Entretanto, as experiências, informações, tradições e cultura da mulher é que construirão seu desejo de amamentar, que será traduzido na atitude de amamentar o seu filho.

Lembra-se do que comentamos no final da seção sobre crescimento e desenvolvimento? Uma comunicação de qualidade será muito importante para abordar os problemas com a alimentação da criança. Ainda que você tenha pressa, é importante priorizar o tempo necessário para dar à mãe uma recomendação cuidadosa e completa sobre a alimentação. Escute cuidadosamente suas respostas, elogie as práticas apropriadas e dê recomendações sobre os aspectos que a família precisa melhorar. Empregue linguagem simples e, ao final, faça perguntas de verificação que estimulem respostas amplas e explicativas, em vez de sim e não. Às vezes, isso não é simples, mas são habilidades que você poderá exercitar durante o estudo desta seção.

Você precisa entender todas as recomendações a respeito da alimentação, porém não terá de explicar todas elas à mãe. Primeiro faça perguntas para averiguar como ela alimenta seu filho. A seguir, dê apenas as orientações necessárias para a idade e situação da criança. Essas recomendações são apropriadas tanto para criança sadia ou doente.

A lactação é um processo biológico próprio dos mamíferos e, durante a gravidez, as glândulas mamárias preparam-se para lactar a partir da atuação de diferentes hormônios, sobretudo o estrógeno e a progesterona. No nascimento do bebê e após a expulsão da placenta, a prolactina é liberada e estimula o reflexo da produção do leite, o que ocorre então em todas as puérperas. Quando o bebê suga a mama, estimula as terminações nervosas do mamilo e contribui para a liberação da ocitocina. Esse hormônio é responsável pelo reflexo da ejeção do leite, que é basicamente somatopsíquico; portanto, fatores emocionais e ambientais como confiança, desejo, prazer, ansiedade, dor e depressão podem influenciá-lo.

Você pode perceber que há muitos fatores que influenciam o sucesso da amamentação. A natureza desses fatores é muito diversa, mas, sem dúvida, dois aspectos influenciam decisivamente a duração da amamentação: o desejo e a técnica. O que você pensa sobre isso? Preparamos a Atividade 6 para que possa refletir sobre o quão difícil pode ser o aleitamento materno e sobre quão determinadas podem ser as mães em seu desejo de amamentar.



Atividade 6

A tirinha da Figura 16 foi tirada de uma revista feminina e reflete bem as dificuldades que muitas mulheres enfrentam para amamentar. Observe-a e responda às questões a seguir.

Procure identificar em cada quadrinho que tipo de problema está acontecendo com a personagem (exceto o último). Faça uma lista desses problemas. Utilize a planilha a seguir para fazer esta atividade.

Figura 16 – Coisas que te ninguém te conta sobre a hora de amamentar



Fonte: PROAMA – Projeto amamentar. Disponível em: <<http://proama-amamentar.blogspot.com.br/2012/05/coisas-que-ninguem-te-conta-sobre-hora.html>>

Para cada problema listado, proponha pelo menos duas ações para ajudar a mãe a superar a situação. Você vai encontrar informações importantes na nova CSC para fazer esta atividade.

Quadrinho	Problema	Propostas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Esses problemas são comuns em sua prática diária? O que você pensa sobre isso?
Envie sua atividade para a avaliação do seu tutor.

Para pensar:

Por que, apesar de tantas dificuldades, a personagem termina por concluir que “dar de mamar é a síntese perfeita de mamãe com amar”?

Mais adiante discutiremos mais esses e outros problemas com a amamentação e as formas de preveni-los e solucioná-los.

Importância do aleitamento materno

Agora vamos aprofundar um pouco sobre a importância do leite materno na alimentação da criança. O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS) e o Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria adotam a recomendação da OMS, que preconiza o uso de leite materno exclusivo até os seis meses de idade. Sabe-se que nesse período o leite humano supre todas as necessidades nutricionais da criança. Assim, só a partir do segundo semestre de vida, indica-se a introdução de alimentos complementares. Estes, como o próprio nome diz, vão complementar o aleitamento, que deverá ser mantido até os dois anos ou mais.

O PNIAM foi criado em 1981 pelo extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Atualmente, essa ação está sob a responsabilidade da área técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações de incentivo ao aleitamento materno, tais como: Alojamento Conjunto, o método Mãe-Canguru, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, os projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigos da Amamentação e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância.

E quando o aleitamento deve ser iniciado? Imediatamente após o parto, sob regime de livre demanda, sem horários prefixados, estando a mãe em boas condições e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro. É importante orientar a mãe sobre a alternância dos seios para o melhor esvaziamento e estímulo à produção de leite. Apesar da diversidade entre as crianças, a amamentação em livre demanda representa, para a maioria dos bebês, em torno de oito mamadas nas 24 horas. O tempo de sucção em cada mama não deve ser estabelecido, respeitando as características do bebê, e estimulando que esvazie a mama, pois o leite do final da mamada – leite posterior – contém mais calorias e sacia a criança.

O leite humano (LH) supre a necessidade de água da criança, mesmo em clima quente e seco e sabe-se que os seus nutrientes são mais bem absorvidos do que de qualquer outro leite. Em comparação ao leite de vaca, o LH apresenta melhor digestibilidade e conteúdo de ácidos graxos

essenciais, o que, associado à presença de fatores imunológicos espécie-específica, justifica sua superioridade em relação a outro tipo de leite.

Além dos benefícios nutricionais, as evidências epidemiológicas demonstram que seus benefícios são maiores, estendendo-se não só às crianças, mas também às mães, famílias e sociedade. Certamente você e sua equipe já ouviram várias opiniões das famílias de sua área de abrangência sobre este tema. Veja se essas opiniões coincidem com as listadas a seguir.

Benefícios do aleitamento materno para a criança

- Redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva.
- Redução da incidência de doenças crônicas tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças autoimunes e linfoma>
- Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo relação direta com o tempo de amamentação.
- Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fonoarticulatórios.

Benefícios do aleitamento materno para a mãe

- Proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade.
- Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional.
- Há um efeito contraceptivo, principalmente quando a mulher permanece em amenorreia.
- Promoção do vínculo afetivo mãe-filho.

Benefícios do aleitamento materno para a sociedade

- Redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreia e por infecções respiratórias. Lactentes menores, exclusivamente amamentados, que residem em locais de pobreza, sem acesso à água potável e que recebem alimentos de má qualidade são os que mais se beneficiam.

- Redução do número de internações hospitalares. O aleitamento materno, além de proteger, também diminui a incidência e a gravidade das doenças. Nos prematuros, em que a imaturidade imunológica é mais acentuada, essa função é essencial, especialmente contra a enterocolite necrosante.
- Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população.
- Benefício para toda a sociedade, pois a criança, ao adoecer menos, reduz o número de falta dos pais ao trabalho, necessita de menos atendimento médico, medicações e hospitalizações e se torna mais saudável nos aspectos psíquico e social.

Com tantos benefícios, várias ações de incentivo à amamentação exclusiva até os seis meses de vida e sua complementação até pelo menos dois anos de idade têm ocorrido nesses últimos anos, tais como investimento na capacitação dos profissionais da saúde e a veiculação de informações ao público pelos diferentes meios de comunicação como revistas leigas, rádio e televisão. Entretanto, os índices de aleitamento ainda estão bem aquém do desejado. Situação difícil, não?! Por isso, o incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio, considerando o elevado índice de desmame precoce e o alto número de mortes infantis por causas evitáveis.

Lembra-se de que no início da seção anterior você levantou diversas informações sobre a saúde das crianças de sua área de abrangência? Vamos voltar aos índices de aleitamento materno exclusivo de sua área de abrangência. Se você ainda não tiver feito o cálculo da prevalência de aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de seis meses, faça-o agora. Compare os seus dados sobre aleitamento materno exclusivo com os dados do Quadro 9, retirado da última pesquisa de caráter nacional sobre a prevalência de aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal, realizada em 2008.

Se quiser saber mais sobre os últimos dados nacionais e regionais de aleitamento materno, entre no site http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf. (BRASIL, 2009a). Foi nesse site que encontramos o Quadro 11, retirado da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.

Glossário

Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME): multiplica-se o número de crianças em AME em determinada faixa etária por 100 e divide-se o resultado pelo número de crianças de sua área de abrangência com a mesma idade. Por exemplo, se, em sua área de abrangência das 20 crianças com menos de 1 mês, 15 estão em aleitamento materno exclusivo, então sua prevalência nessa faixa etária é de 75%.

Quadro 11 - Mediana do Aleitamento Materno Exclusivo (em dias) em crianças menores de seis meses, segundo as capitais e DF, regiões e Brasil, 2008

Por Região Mediana	Mediana	Por Capital/ Região	Mediana
NORTE	66,25	Belém	88,85
Belém	88,85	Florianópolis	86,50
Macapá	74,27	Campo Grande	78,05
Porto Velho	59,38	Distrito Federal	77,69
Palmas	57,22	Macapá	74,27
Boa Vista	56,87	CENTRO-OESTE	66,60
Manaus	49,86	NORTE	66,25
Rio Branco	38,77	Vitória	62,54
NORDESTE	34,92	Teresina	61,89
Teresina	61,89	João Pessoa	61,09
João Pessoa	61,09	Curitiba	59,70
Natal	56,25	Porto Velho	59,38
São Luís	55,66	SUL	59,34
Aracaju	49,89	Palmas	57,22
Recife	49,59	Boa Vista	56,87
Salvador	31,16	Natal	56,25
Maceió	28,43	São Luís	55,66
Fortaleza	10,64	Rio de Janeiro	55,36
CENTRO-OESTE	66,60	SUDESTE	55,02
Campo Grande	78,05	São Paulo	54,83
Distrito Federal	77,69	BRASIL	54,11
Goiânia	38,59	Belo Horizonte	53,85
Cuiabá	0,742	Porto Alegre	51,84
SUDESTE	55,02	Aracaju	49,89
Vitória	62,54	Manaus	49,86
Rio de Janeiro	55,36	Recife	49,59
São Paulo	54,83	Rio Branco	38,77
Belo Horizonte	53,85	Goiânia	38,59
SUL	59,34	NORDESTE	34,92
Florianópolis	86,50	Salvador	31,16
Curitiba	59,70	Maceió	28,43
Porto Alegre	51,84	Fortaleza -	10,64
BRASIL	54,11	Cuiabá	7,42

Fonte: BRASIL, 2009a.

Como podemos verificar no Quadro 9, o Brasil apresenta grandes variações na prevalência do aleitamento materno exclusivo. Considerando a mediana do AME (em dias) em crianças menores de seis meses, segundo as capitais, DF, regiões e Brasil, em 2008, por exemplo, os dados mostram que Cuiabá tem os resultados mais baixos (7,42) e Belém do Pará os mais altos (88,85). A que você atribui essas diferenças? E os seus dados se aproximam ou se distanciam da prevalência estimada para a sua capital/região? Como você explicaria as diferenças? Você já imaginava encontrar esses resultados? Por quê?

É importante que você tenha utilizado a nomenclatura recomendada pela OMS ao analisar os indicadores de aleitamento materno de sua área de abrangência. Assim, você poderá comparar os seus dados com os de estudos nacionais e internacionais. Além disso, usando sempre essa nomenclatura, você poderá acompanhar a evolução dos indicadores de sua área após a implantação de ações de promoção e incentivo ao aleitamento. Vamos relembrar:

- Aleitamento materno exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas ou chás.
- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.

Como vimos no início deste módulo, o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal propõe que a primeira visita da criança e da puérpera à UBS aconteça até o final da primeira semana de vida para que sejam realizadas as ações da “Primeira Semana: Saúde Integral!” Você se lembra dessas ações? Vacinar mãe e bebê, realizar o Teste do Pezinho, avaliar a saúde da mãe e do bebê e... avaliar a amamentação. E por que é importante avaliar a amamentação nesse período? Porque os primeiros 14 dias após o parto são essenciais para o sucesso da amamentação, já que é nesse momento que se estabelece a lactação, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê. Por isso, a equipe de saúde precisa se programar para visitar a mãe e seu filho tão logo voltem da maternidade, a fim de ajudá-los nas dificuldades iniciais. Dessa forma, evitaremos grandes problemas!

Agora, volte à Atividade 1 (Seção 2, Parte 1) e reveja o planejamento que você elaborou. Nele estão contempladas ações específicas de promoção

do aleitamento materno? Que tipo de ações você e sua equipe pretendem desenvolver? Aproveite esse momento para desenvolver melhor essas ações.

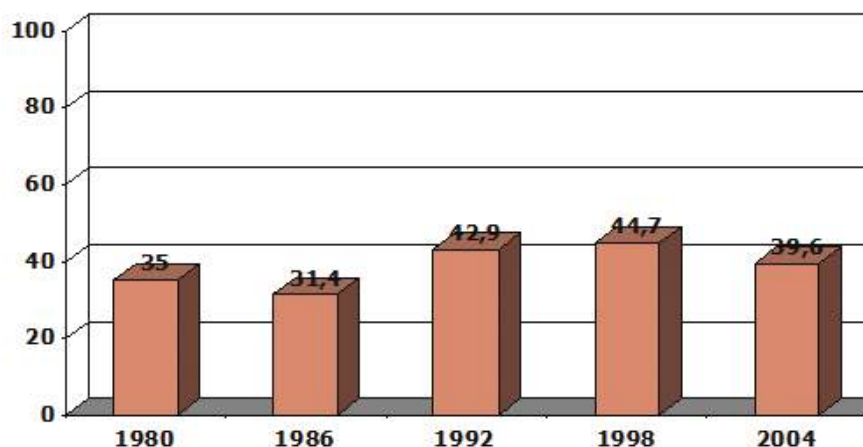
A equipe de Saúde da Família deve:

- cadastrar e conhecer todas as gestantes da área de abrangência;
- realizar visita domiciliar imediatamente após a chegada da mãe e do bebê da maternidade;
- perguntar sobre a saúde da mãe e do bebê;
- perguntar como tem sido a amamentação e orientar, se necessário;
- encaminhá-las à UBS a partir do quinto dia de vida da criança.

Em uma UBS de Belo Horizonte, estudos realizados entre 1980 e 2004 mostraram a existência de associação entre as dificuldades relatadas pelas mães para amamentar nos primeiros dias após o parto e a duração do aleitamento.

Foi observado que o percentual de mães que apresentaram dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto variou entre 31% e 45% de 1980 a 2004, como mostra a Figura 16. As principais dificuldades citadas pelas mães foram: ausência de leite, “a criança não pegou”, mastite, problemas anatômicos das mamas, traumas mamilares, entre outras. Estes últimos foram os mais frequentes, com relato por 56% das mães, em 2004. Além disso, a duração do aleitamento materno foi significativamente menor entre as mulheres que apresentaram dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto do que entre aquelas que não apresentaram essas dificuldades. Esses resultados revelam a existência de múltiplas deficiências nas orientações das mães no pré-natal, no parto e, principalmente, no primeiro mês de vida da criança, uma vez que as dificuldades descritas são passíveis de prevenção.

Figura 16 - Percentual de mães com dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto, Centro de Saúde São Marcos (Belo Horizonte/MG), 1980-2004



Fonte: ALVES, 2005.

E mais uma vez vamos voltar à personagem da cartunista Maitena com os encontrados nesta pesquisa em Belo Horizonte. Parece que a história se repete com várias mulheres, não é? Vamos ver, então, algumas formas de prevenir esses problemas e como abordá-los adequadamente. Para isso, é interessante aproveitarmos os encontros com a futura mamãe durante as consultas do pré-natal ou em grupos operativos.

Aleitamento materno: superando dificuldades

Nessas oportunidades, podemos orientá-las, por exemplo, para a prevenção do trauma mamilar, incluindo informações sobre o preparo das mamas para a lactação e a técnica adequada. Além dos conceitos, é importante estimular o desejo da mulher de amamentar, possibilitando um bate-papo sobre suas expectativas e experiências, informações sobre os benefícios da amamentação, fisiologia, alojamento conjunto, direitos legais e outros.

A informação sobre a técnica correta de amamentar também é essencial! Isso porque, ao contrário do que ocorre com os demais mamíferos, a amamentação na espécie humana não é um ato puramente instintivo. Mães e bebês precisam aprender a amamentar e ser amamentados. Esse aprendizado, que antes era facilitado pelas mulheres mais experientes da família, hoje depende em grande parte dos profissionais de saúde.

Hoje se sabe que a técnica da amamentação é importante para a transferência efetiva do leite da mama para a criança e para prevenir dor e trauma dos mamilos. Por isso, é indispensável que a mãe seja orientada sobre isso já no pré-natal ou logo após o parto. Nenhuma dupla mãe-bebê deve deixar a maternidade sem que pelo menos uma mamada seja observada criteriosamente, e o mesmo deve ocorrer no centro de saúde.

Assista ao vídeo: Amamentação: muito mais que alimentar a criança. Especialmente a parte 3 – posição e pega.
Disponíveis em: <http://www.sbp.com.br/videos/video_completo.wmv>.
(BRASIL, 2013?a)
<http://www.sbp.com.br/videos/video_amamentacao_part3.wmv>.
(BRASIL, 2013?b)

Você verá também nesse vídeo que, ao avaliar a alimentação, você deve fazer perguntas como as seguintes:

Você amamenta sua criança ao peito?

Se amamenta, quantas vezes num período de 24 horas?

Amamenta à noite?

A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos?

Se a resposta for sim, que alimento ou líquido? Quantas vezes ao dia?

O que usa para alimentar a criança?

O que achou do vídeo? Que critérios você utilizava para avaliar a “pega” e a posição para amamentar antes de assistir a esse vídeo? Você seria capaz de listar os quatro sinais de boa pega? E os de posição correta para amamentar? Escreva-os no quadro a seguir.

Boa Pega	Posição correta

Preencha e confira na página seguinte.

A avaliação de uma mamada indica se a mãe precisa de ajuda e de que tipo. O profissional de saúde pode mostrar à mãe como ajudar a criança a ter uma boa “pega”. Para isso, a mãe deve:

- Estar numa posição confortável.
- Antes de dar o peito, tentar esvaziar a aréola para amolecer o bico e facilitar a saída do leite.
- Tocar os lábios da criança no bico do peito.
- Esperar que a boca da criança abra-se completamente.
- Mover rapidamente a criança em direção à mama, colocando seu lábio inferior bem abaixo do bico do seio – observe que é o bebê é quem vai à mama e não a mama que vai ao bebê.

Aproveite para mostrar à mãe como segurar a criança (posição correta):

- Com a cabeça e o corpo alinhados.
- Com o nariz de frente para o bico do seio.
- Com o corpo da criança perto do corpo dela (barriga do bebê/barriga da mãe).
- Sustentando todo o corpo da criança, não somente o pescoço e ombro.

Mostre também à mãe como ajudar a criança na pega (boa pega):

- O queixo da criança deve tocar o seio.
- A boca deve estar bem aberta.
- O lábio inferior deve estar voltado para fora.
- Deve haver mais aréola visível acima da boca que abaixo.
- A criança deve estar sugando bem, com movimentos lentos, profundos e com pausas ocasionais.

Sempre observe a mãe enquanto ela amamenta, antes de ajudá-la; evite tocar a criança a fim de entender claramente sua situação. Não se precipite em fazê-la mudar a maneira como amamenta. Se você vê que a mãe necessita de ajuda, diga primeiro uma frase de incentivo para depois perguntar se ela gostaria que a ajudasse. Por exemplo: “Quando amamenta, você não acha que seria mais confortável para você e o bebê se ele pegasse um pouco mais o peito? Quer que eu lhe mostre como fazer isso?” Se ela estiver de acordo, pode começar a ajudá-la. Quando mostrar à mãe como posicionar a criança para a pega, tenha cuidado para não o fazer por ela. Explique e mostre como deve ser feito. A seguir, deixe que a mãe coloque a criança na posição adequada e que faça a pega ela mesma.

O formulário apresentado na Figura 17 é um instrumento que pode ajudar a organizar os itens a serem avaliados na observação da mamada. Ele foi elaborado pela OMS, especificamente para a avaliação da mamada em serviços de saúde. Observe que ele contém os principais pontos a serem observados durante a avaliação da mamada, permitindo que os problemas encontrados fiquem registrados no formulário para que, na consulta de retorno, você possa verificá-los novamente e identificar se os erros foram corrigidos.

Figura 17 – Formulário de observação da mamada

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA	
Nome da mãe _____	
Data ____/____/____	
Nome do bebê _____	
Idade do bebê: _____	
Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
Mãe ☐ Parece saudável ☐ Relaxada e confortável ☐ Mamas parecem saudáveis ☐ Mama bem apoiada, com os dedos fora do mamilo	Mãe ☐ Parece doente ou deprimida ☐ Parece tensa e desconfortável ☐ Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas ☐ Mama segurada com dedos na aréola
Bebê ☐ Parece saudável ☐ Calmo e relaxado ☐ Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê ☐ O bebê busca ou alcança a mama se está com fome	Bebê ☐ Parece sonolento ou doente ☐ Inquieto ou chorando ☐ Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil ☐ O bebê não busca, nem alcança
Posição do bebê ☐ A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados ☐ Bebê seguro próximo ao corpo da mãe ☐ Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo ☐ Bebê apoiado	Posição do bebê ☐ Pescoço e a cabeça do bebê girados para mamar ☐ Bebê não é seguro próximo ☐ O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo ☐ Bebê não apoiado
Pega ☐ Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê ☐ A boca do bebê está bem aberta ☐ O queixo do bebê toca a mama ☐ O lábio inferior está virado para fora	Pega ☐ Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior ☐ A boca do bebê não está bem aberta ☐ O queixo do bebê não toca a mama ☐ Lábios voltados para frente ou virados para dentro
Sucção ☐ Sucções lentas e profundas com pausas ☐ Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina ☐ Bebê solta a mama quando termina	Sucção ☐ Sucções rápidas e superficiais ☐ Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos ☐ Mãe tira o bebê da mama

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004.

Neste momento do seu aprendizado, seria importante tentar utilizar na prática o “Formulário de observação da mamada”. Procure aplicá-lo com três mães com bebês menores de um mês de idade. Então, o que achou? Qual foi o resultado de suas avaliações? Por quê? Você esperava esse resultado? Por quê? Como as mães estavam lidando com as dificuldades? Que orientações foram necessárias? Como a mãe aceitou suas observações? Como você avalia o seu desempenho?

Existem algumas outras situações para as quais você deveria se preparar para ajudar as mães a manter a amamentação.

- Se a criança recebe outros alimentos ou líquidos antes dos seis meses de idade, recomende à mãe que a amamente mais, reduzindo a quantidade desses e, na medida do possível, até deixar de dá-los por completo.
- Se a mãe não dá o peito (a criança nunca mamou ou está totalmente desmamada), pergunte se gostaria de amamentar e, se você não se sente capacitado, considere encaminhá-la a algum serviço de saúde onde possa receber orientações para a relactação, caso ela o queira.
- Se você, após algumas abordagens, entende que a mãe não deseja amamentar, dê recomendações sobre como escolher e preparar outros leites, além de orientar a introdução de alimentos complementares. Oriente que use copo, xícara ou colher e não mamadeiras.

É interessante que, ao identificar qualquer problema na alimentação da criança, sejam sugeridas mudanças e solicitado retorno da mãe à UBS em dois dias para uma nova avaliação.

Sempre que possível, abra um espaço para conversar com a mãe sobre o que ela acha da extração manual do leite: sua experiência, facilidades e dúvidas quanto à coleta propriamente dita e o armazenamento desse leite para uso posterior. Todas as nutrizes devem saber realizá-las corretamente, porque sempre podem acontecer fatos inesperados que justifiquem sua

ausência e essa ação permite que a criança se mantenha em aleitamento materno. No Anexo A, ao final deste módulo, você encontrará mais informações sobre a extração manual do leite e sobre sua conservação.

Como você orienta a ordenha manual e armazenamento do leite para uso posterior? No cotidiano do seu trabalho, você tem dado essas orientações? Qual é a reação das mães a essas orientações?

Contraindicações à amamentação

Você já se deparou com alguma situação em que o aleitamento materno fosse contraindicado? Pois é, são poucas as contraindicações absolutas ao aleitamento materno, mas é importante que as conheçamos: doenças orgânicas na mãe — cardíacas, renais, pulmonares ou hepáticas graves —, depressão e psicose graves ou uso de drogas incompatíveis com a amamentação.

- Para mães com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e vírus T-linfotrópicos humanos (HTLV), **a recomendação é não amamentar.**
- Nas demais doenças causadas por outros vírus, bactérias e fungos, o profissional de saúde deve realizar cuidadosa avaliação, mas na maioria dos casos o aleitamento materno deve ser mantido.
- Em relação à **tuberculose**, atualmente a única restrição à amamentação é para as mães com mastite tuberculosa. É recomendável, nos demais casos, que a mãe use máscara ao amamentar e cuidar da criança.

O Quadro 12, do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil de 2010 (BRASIL, 2010a), informa sobre a biossegurança dos tuberculostáticos na gravidez e na lactação.

É importante que a gestante e a lactante recebam o diagnóstico e o tratamento adequados como forma de proteger também o recém-nascido.

Quadro 12 - Segurança dos fármacos antituberculose em gestantes e lactantes

Gravidez	
Medicamentos seguros	Medicamentos que devem ser evitados
Rifampicina	Estreptomicina e outros aminoglicosídeos
Isoniazida	Polipeptídeos
Pirazinamida	Etionamida e outras tionamidas
	Quinolonas
Aleitamento materno	
Medicamentos seguros	Medicamentos com uso criterioso
Rifampicina	Medicamentos com uso criterioso
Isoniazida	Etionamida
Pirazinamida	Ácido paraminissalicílico
Etambutol	Ofloxacina
	Capreomicina
	Claritromicina
	Clofazimina

Fonte: BRASIL, 2010a.

Conduas para outros problemas específicos na lactação podem ser encontradas no Caderno de Atenção Básica sobre Nutrição Infantil (BRASIL, 2009b). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernootenaaobasica_23.pdf>.

É preciso também cuidado com o uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gravidez e a lactação. Em geral, as drogas são classificadas como USO COMPATÍVEL COM A AMAMENTAÇÃO quando o uso é potencialmente seguro durante a lactação; USO CRITERIOSO quando o uso no período da lactação depende da avaliação do risco/benefício e, quando utilizados, exigem monitorização clínica e/ou laboratorial do lactente, devendo ser utilizados durante o mínimo tempo e na menor dose possível; e USO CONTRAINDICADO, pois seu uso exige a interrupção da amamentação. A lista de drogas é muito extensa e por isso é importante sempre consultar uma fonte confiável antes de tomar qualquer decisão.

Mais informações sobre o uso de drogas durante a amamentação podem ser obtidas no site <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/amdrog10.pdf> (BRASIL, 2010d) divulgado em 2010. Vale a pena conferir!

Aleitamento materno e vitaminas

Apesar de o leite materno ser um alimento completo, há algumas indicações de realização de suplementação vitamínica nas crianças com idade até seis meses.

- A aplicação intramuscular de **vitamina K** ao nascimento na dose de 0,5 a 1 mg é rotina nas maternidades como forma de prevenir a doença hemorrágica.
- Quanto à **vitamina D**, sabe-se que o leite materno contém aproximadamente 25 UI/litro, dependendo da condição materna. A exposição direta da pele do bebê à luz solar é necessária para a síntese dessa vitamina e deve ser iniciada a partir da segunda semana de vida. É suficiente a quota semanal de 30 minutos com a criança usando apenas fraldas (seis a oito minutos por dia, três vezes por semana) ou de duas horas/semana em exposição parcial (17 minutos por dia) com exposição apenas da face e mãos da criança. Entre os fatores de risco para a deficiência de vitamina D, encontram-se a deficiência materna durante a gravidez, não exposição ao sol, viver em altas latitudes, viver em áreas urbanas com prédios e/ou poluição que bloqueiam a luz solar, pigmentação cutânea escura, uso de protetor solar, variações sazonais, o hábito de cobrir todo o corpo e o uso de alguns anticonvulsivantes. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a ingestão de 200 UI/dia de vitamina D até 18 meses para todas as crianças, com exceção das seguintes condições: lactentes em aleitamento materno com exposição regular ao sol e lactentes que recebem 500 mL/dia de fórmula infantil.
- A concentração de **vitamina A** no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe. Em regiões com alta prevalência de deficiência de vitamina A, como as regiões Norte e Nordeste do Brasil e norte de Minas Gerais, a OMS, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria preconizam a suplementação medicamentosa de vitamina A, na forma de megadose de 50.000 UI, em crianças menores de seis meses e que são amamentadas.
- O **ferro**, por sua vez, só é suplementado em casos de prematuros com mais de 1.500 g e recém-nascidos de baixo peso a partir do 30.º dia de vida na dose de 2 mg de ferro elementar/kg peso/dia até os dois anos de idade ou 25 mg de ferro elementar por semana até 18 meses. Nos casos de recém-nascidos de extremo baixo peso, o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria

recomenda as seguintes doses: peso ao nascer menos de 1.000 g, administrar 4 mg de ferro elementar/ kg/ dia; peso ao nascer entre 1.000 g e 1.500 g, administrar 3 mg de ferro elementar/kg/dia.

Alimentação e desmame

Apesar de todos os nossos esforços, em algumas situações o desmame precoce pode acontecer. Nessas situações, a equipe de saúde deve estar pronta para ajudar a família a estabelecer o melhor padrão alimentar possível para a criança, respeitando as condições socioeconômicas e os aspectos culturais de cada uma.

Se o desmame ocorreu antes do quarto mês de vida, o ideal é a utilização de fórmulas infantis modificadas. O uso do leite de vaca nessa idade deve ser evitado, mas é preciso considerar o poder aquisitivo da família. É comum a ocorrência de erros na diluição de fórmulas infantis, devido ao seu elevado custo.

O Quadro 13 mostra como deve ser o esquema alimentar das crianças que deixaram de usar o leite materno antes dos quatro meses de vida.

Quadro 13 - Esquema alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas

Menores de 4 meses	4 - 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

Fonte: BRASIL, 2009b.

Vale lembrar que, mesmo que não seja possível manter o aleitamento materno exclusivo por seis meses, como propusemos até agora, a mãe deve ser estimulada a manter a amamentação pelo máximo tempo possível, mesmo que de maneira complementada. Além disso, tão logo outros alimentos sejam introduzidos na alimentação da criança, a suplementação de ferro e vitaminas deve ser iniciada, como será mostrado na próxima seção.

Parte 2

Alimentação das crianças de seis a 24 meses

Até aqui vimos as características do leite materno, os benefícios de seu uso e como lidar com alguns problemas comuns no início da amamentação. Você também estudou sobre a importância de o bebê receber exclusivamente o leite materno até os seis meses de idade.

Alimentação e cuidados com a saúde bucal

Antes de prosseguirmos com as recomendações sobre a alimentação da criança, gostaríamos de tocar num assunto muito relacionado à alimentação e de grande relevância para a saúde da criança: os cuidados com a saúde bucal. A alimentação pode se tornar a grande vilã dessa história se alguns aspectos não forem observados desde a gravidez. Como sabemos, alimentação saudável durante a gestação é muito importante para a saúde da mãe e também da criança. Além disso, esse período pode ser bastante propício às orientações sobre os bons hábitos de higiene bucal da própria mãe e que depois serão introduzidos nos cuidados com a criança.

Mas a história não para por aí! É preciso lembrar que as orientações alimentares poderão, ainda, prevenir problemas no desenvolvimento da estrutura craniofacial e a ocorrência das cáries dentárias, especialmente a chamada “cárie de mamadeira”. O uso de chupetas e mamadeiras e a sucção digital, além do retardo na introdução de alimentos sólidos, são os grandes responsáveis pelos defeitos de oclusão observados em crianças e adultos. Outro grande problema é o hábito de acrescentar açúcares e farinhas aos alimentos, o que é feito desde muito cedo no preparo de chás,

sucos e mamadeiras. Acrescente-se a isso a cultura de não higienizar os dentes de leite. Cria-se, assim, um ambiente extremamente propício para o desenvolvimento das cáries dentárias e de outras doenças da cavidade bucal.

Sendo assim, não podemos nos refutar a discutir com as famílias esses aspectos, inicialmente relativos à alimentação, mas com repercussões em diversos aspectos da saúde da criança. A higiene das gengivas deve ser iniciada mesmo antes da erupção dos dentes de leite e pode ser feita utilizando fralda ou gaze limpas embebidas em água filtrada ou soro fisiológico. Além da limpeza da boca, essa prática contribui para a formação do hábito de sempre cuidar dos dentes após todas as refeições, mesmo que esta seja de leite materno. Após a erupção dos primeiros dentes, pode-se iniciar o uso das escovas para a limpeza, mas dentifrícios só devem ser empregados quando não houver risco de a criança degluti-los, o que acontece a partir dos dois anos de idade. Essa atividade deve adquirir caráter lúdico e fazer parte do cotidiano de toda a família. Veja mais informações sobre isso no Caderno de Atenção Básica n.º 17 (BRASIL, 2006), que trata da saúde bucal, no site: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf.

Você sabia?

O Programa Brasil Sorridente, criado em 2003, funciona de maneira integrada à Estratégia Saúde da Família, levando atendimento odontológico às residências e escolas. As 20,3 mil equipes de Saúde Bucal - compostas por cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal – já atendem em 85% dos municípios do país. Elas são as responsáveis pelo atendimento primário (educação e prevenção, distribuição de kits de higiene, tratamento de cáries, aplicação de flúor, extração e restaurações).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) fez um levantamento com base em entrevistas e exames bucais em 38 mil pessoas, que revelou que o Brasil passou a integrar o grupo de países com baixa prevalência de cáries, um reflexo direto da implantação do programa Brasil Sorridente, em 2003, que passou a oferecer prevenção, tratamento especializado e reabilitação em todo o país.

A pesquisa revelou queda de 26% no número de cáries dentárias nas crianças de 12 anos desde 2003 — idade usada como referência pela OMS, pois é nela que a dentição permanente está praticamente completa.

Outro dado relevante da SB Brasil 2010 é o número de crianças que nunca tiveram cárie na vida. A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresceu de 31% para 44%. Isso significa que 1,4 milhão de crianças não têm algum dente cariado atualmente — 30% a mais que em 2003.

Fonte: BRASIL, 2010c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12045>

Vamos agora discutir como alimentar a criança a partir do segundo semestre de sua vida, mas sem nos esquecermos dos cuidados com a saúde bucal, certo?

Alimentação a partir dos seis meses de idade: alimentos complementares

A partir dos seis meses, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança. Torna-se então necessária a introdução de alimentos complementares, entendidos como o conjunto de outros alimentos, além do leite materno, oferecidos durante o período de aleitamento. Esse também é o momento de iniciar a prevenção da anemia ferropriva, utilizando o ferro profilático.

É a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção), que as habilita a receber outros alimentos além do leite materno.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram, para crianças menores de dois anos, os Dez passos para a alimentação saudável.

Quadro 14 – Dez passos para a alimentação saudável

Passo 1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

Passo 2. A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3. Aos seis meses, iniciar alimentação complementar com três refeições ao dia se estiver em aleitamento materno e cinco refeições se não estiver mamando no peito.

Passo 4. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

Passo 5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

Passo 7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: BRASIL, 2009b.

Provavelmente você já havia ouvido falar do termo “alimentos de desmame”, não é? Atualmente, recomendamos que esse termo seja evitado, por sugerir que o objetivo será a completa interrupção do aleitamento materno e não a sua manutenção, mesmo com a introdução de novos alimentos. Assim, vamos utilizar o termo “alimentos complementares”, pois espera-se que a amamentação seja mantida até os dois anos de idade da criança.

Os alimentos complementares devem ser especialmente preparados para a criança pequena, com pouco óleo e adição de temperos, até que ela possa receber os alimentos consumidos pela família (em torno dos 9-12 meses de idade). É interessante utilizar os alimentos já consumidos pela família, porém modificados na consistência para adequar à maturação da criança. Inicialmente, eles devem ser oferecidos, em forma de papa, na colher, passando para pequenos pedaços e, após os 12 meses, na mesma consistência dos alimentos consumidos pela família.

O período de introdução da alimentação complementar é de elevado risco para a criança, tanto pela oferta de alimentos inadequados, quanto pelo risco de sua contaminação devido à manipulação/preparo inadequados, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e distúrbios nutricionais. Por isso, você deve estar preparado para orientar as mães durante esse período!

E como será a composição da dieta da criança? Ela deverá ser variada e fornecer todos os tipos de nutrientes. Para isso, é importante a inclusão gradual de todos os grupos alimentares: pães, massas e cereais; frutas e hortaliças; carnes, ovos, leite e derivados; leguminosas; óleos e açúcares. Diferente de outros períodos da vida, não há definição de proporção de macronutrientes em relação à oferta energética total para crianças até um ano de idade, por isso é importante ter bom senso e equilíbrio na oferta de alimentos! Mas como fazer isso? O esquema do Quadro 15 pode ajudar a orientar as famílias quanto à introdução de alimentos; e as opções de escolha serão detalhadas a seguir.

Quadro 15 - Esquema para introdução dos alimentos complementares

Faixa etária	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de frutas, primeira papa salgada
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família, adaptada

Fonte: BRASIL, 2009b.

Os primeiros alimentos introduzidos serão as frutas, que deverão ser oferecidas inicialmente sob a forma de papas na colher e sucos em copo ou xícara. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a existência de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada. Os sucos devem ser naturais e oferecidos preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a estas, na quantidade máxima de 240 mL/dia, para evitar o prejuízo das próximas refeições.

A água, juntamente com os alimentos, deverá ser introduzida após o primeiro semestre. Lembre à mãe que é importante que a água seja potável e/ou fervida, porque os alimentos complementares apresentam mais sobrecarga de solutos para os rins das crianças.

E a papa salgada? A primeira será oferecida assim que a criança completar seis meses, no horário de almoço ou jantar, podendo ser utilizados os mesmos alimentos da família, desde que adequados às características do lactente, completando-se a refeição com a amamentação, enquanto não houver boa aceitação. A papa salgada deve garantir que a criança receba os alimentos de forma balanceada (Veja APENDICE B). Nesse apêndice, você encontrará informações mais detalhadas sobre o preparo da papa salgada. É interessante que a papa salgada seja sempre variada, para que a criança conheça novos alimentos e sabores!

Quanto ao modo de preparo das papas, converse com a mãe ou responsável pela alimentação da criança, para limitar a quantidade do óleo vegetal (preferencialmente de soja) e do sal, bem como evitar caldos e temperos industrializados. A consistência inicial será pastosa (comida amassada), sem peneirar ou bater no liquidificador. A carne não deve ser retirada, mas sim picada e oferecida à criança. O ovo inteiro pode ser introduzido, sempre cozido, após o sexto mês. Após completar oito meses, respeitando-se a evolução da criança, pode-se introduzir a segunda refeição de sal, similar à primeira oferecida.

Deve-se evitar a inclusão de alimentos industrializados no cardápio infantil (refrigerantes, sucos de garrafa ou pó, café e chás contendo xantinas, balas, embutidos, entre outros). Ademais, é importante destacar para a mãe ou cuidador que não é necessário acrescentar açúcar ou leite nas papas, na tentativa de melhorar a aceitação. Isso pode prejudicar a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das dietas. É comum que as crianças recusem o alimento nas suas primeiras ofertas. Por isso, é importante tranquilizar os pais sobre a resistência delas a alimentos novos! Em média, são necessárias oito a dez exposições ao

alimento para que ele seja aceito pela criança. Para facilitar, sugira que os alimentos sejam oferecidos separadamente, para que a criança identifique os vários sabores e, dessa forma, aceite-os.

E o que você acha da oferta do mel no primeiro ano de vida? A oferta desse alimento é contraindicada, pois nessa faixa etária os esporos do *Clostridium botulinum*, frequentemente presentes no mel, são capazes de produzir toxinas na luz intestinal e causar botulismo.

A introdução de alimentos parece complexa para os pais, mas com o seu apoio será mais simples! Esse momento é de grande aprendizado para o bebê e o amplo envolvimento dos seus cuidadores é fundamental! Nota-se que a maneira como se conduz a mudança do regime de aleitamento materno exclusivo para uma variedade de opções de alimentos poderá determinar a curto, médio ou longo prazo atitudes favoráveis ou não em relação ao hábito e comportamento alimentares.

Nessa fase inicial, seguramente, manifestar-se-ão as predisposições genéticas, como a preferência pelo sabor doce, a rejeição aos sabores azedos e amargos e às vezes alguma indiferença pelo sabor salgado. É importante respeitar esse tempo de adaptação quanto a preferências e volumes, pois isso permitirá a atuação dos mecanismos reguladores do apetite e saciedade e devem ser praticados desde a introdução de novos alimentos.

Lembre-se de que atitudes excessivamente controladoras e impositivas podem induzir ao hábito de consumir porções mais ou menos volumosas do que o necessário e à preferência por alimentos específicos. Essa condição é identificada como uma das causas preocupantes do aumento das taxas de obesidade infantil e desnutrição.

Resumindo: aos 12 meses, os alimentos complementares são a principal fonte de energia e nutrientes da alimentação da criança. A partir dessa idade, o leite materno, se for oferecido duas vezes ao dia (volume aproximado de 500 mL), supre 1/3 das necessidades calóricas e aproximadamente 38% das necessidades proteicas, 45% das necessidades de vitamina A e 95% das necessidades de vitamina C.

A criança amamentada deve receber três refeições ao dia: duas papas de sal e uma de fruta. A que já foi desmamada completamente precisa de seis refeições ao dia: duas papas de sal, uma de fruta e três de leite.

Em relação à suplementação de micronutrientes, a **vitamina A** deve ser suplementada na dosagem de 100.000 UI nos casos de regiões com elevada prevalência de deficiência dessa vitamina. Também, mantém-se a recomendação de exposição da criança ao sol, objetivando a síntese de **vitamina D**, além da ingestão 200 UI/dia de **vitamina D** nos lactentes que não estão em aleitamento materno com exposição regular ao sol ou que recebem menos de 500 mL/dia de fórmula infantil.

A suplementação de **ferro** é indicada naqueles lactentes nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, a partir da introdução de alimentos complementares na dosagem de 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia ou 25 mg de ferro elementar por semana até os 18 meses de idade. A suplementação desse mineral também é indicada nos casos de prematuridade, baixo peso ao nascer e desnutrição.

Além da prevenção medicamentosa da anemia ferropriva, deve-se estar atento para a oferta dos alimentos ricos ou fortificados com ferro (cereal, farinha, leite), lembrando que, a partir de 18 de junho de 2004, as farinhas de trigo e de milho devem ser fortificadas, segundo a resolução do Ministério da Saúde, com 4,2 mg de ferro e 150 µg de ácido fólico por 100 g de farinha.

O ferro pode ser encontrado sob duas formas: heme (boa disponibilidade: carnes e vísceras) e não heme (baixa disponibilidade: leguminosas, verduras de folhas verde-escuro). Para melhorar a absorção do ferro não heme, devem-se introduzir os agentes facilitadores, como carnes e vitamina C, e evitar os agentes inibidores, como refrigerantes e chás.

As recomendações para suplementação de ferro e vitaminas devem ser mantidas até pelo menos a criança completar 18 meses.

Alimentação a partir do segundo ano de vida

No segundo ano de vida, a criança geralmente apresenta diminuição fisiológica do apetite, pela desaceleração da velocidade de crescimento, em relação ao primeiro ano de vida. Já consegue mastigar e digerir os alimentos mais sólidos, além de começar a ter autonomia no uso da colher e do copo.

Nesse período, será interessante orientar a mãe a manter a amamentação de seu filho pelo menos até os dois anos de idade, avaliando-se a situação nutricional da criança, as condições socioeconômicas da família e as condições psicológicas da dupla mãe-filho.

As refeições de sal devem ser similares às servidas para a família. Todos os tipos de carnes e vísceras podem ser consumidos. O consumo de frutas e verduras deve ser estimulado, lembrando que aquelas de folha verde-escuro apresentam mais alto teor de ferro, cálcio e vitaminas. Deve ser incentivada a ingestão média de 500 mL de leite, preferencialmente o leite humano. Se a mãe e a criança optarem por iniciar com o leite artificial e as condições socioeconômicas da família permitirem, deve-se dar preferência aos leites fortificados com ferro e vitamina A, assim como os derivados (iogurtes, queijos), para garantir correta oferta de cálcio.

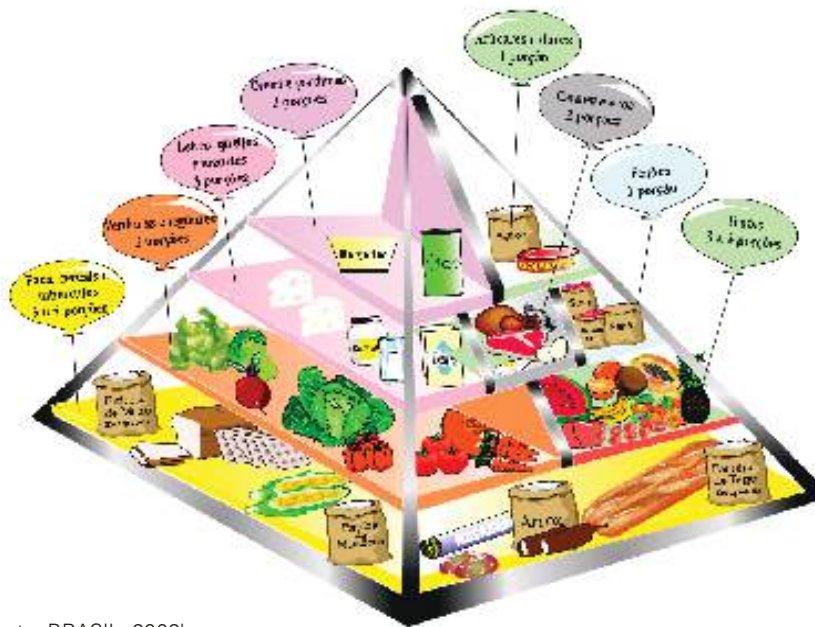
A partir do primeiro ano, os lactentes devem ser estimulados a tomar iniciativa na seleção dos alimentos e no modo de comer. A própria criança é incentivada a segurar os alimentos com as mãos, assim como a colher, a xícara ou o copo. Isso funciona como um importante estímulo para o desenvolvimento, porque envolve estímulo à coordenação e destreza motora. Nessa fase, as crianças devem receber diariamente três refeições principais e dois lanches, em quantidade adequada. O volume mínimo por refeição é de oito colheres das de sopa e deve ser ajustado ao grau de aceitação da criança.

A queixa de recusa alimentar é muito frequente no segundo ano de vida, quando a velocidade de crescimento diminui bastante em relação ao primeiro ano e, conseqüentemente, diminuem também as necessidades nutricionais e o apetite. Apesar disso, as crianças devem ser estimuladas a comer vários alimentos, com diferentes gostos, cores, consistência, temperaturas e texturas. A dependência de um único alimento, como o leite, ou o consumo de grandes volumes de outros líquidos, como o suco, pode levar a desequilíbrio nutricional. O sal deve ser usado com moderação. Os tipos de alimentos escolhidos devem ser adequados à capacidade de mastigar e de engolir da criança.

Continue a evitar a utilização de alimentos artificiais e corantes e, a partir dessa idade, especialmente os “salgadinhos”, refrigerantes, balas e guloseimas. Lembre à família que os hábitos alimentares adquiridos nessa idade mantêm-se até a vida adulta.

Todos os grupos alimentares deverão estar presentes na alimentação infantil. Para auxiliar a quantidade a ser ofertada, podemos utilizar a pirâmide alimentar para crianças (Figura 18). E de maneira simples podemos mostrar para a mãe que um prato colorido possibilita a oferta dos nutrientes de que a criança precisa.

Figura 18 – Pirâmide alimentar para a criança menor de dois anos.



Fonte: BRASIL, 2002b.

Embora dietas com baixo teor de gordura e de colesterol sejam amplamente recomendadas para os adultos, o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria e o Comitê de Nutrição da Associação Americana de Cardiologia concordam que não deve haver restrição de gordura e de colesterol durante os dois primeiros anos de vida.

É de grande importância que, em todos os atendimentos, você e sua equipe avaliem a alimentação, especialmente naquelas crianças com ganho insuficiente de peso, peso baixo ou muito baixo, sobrepeso, anemia ou diarreia persistente.

Para avaliar a alimentação, você deve fazer perguntas como as seguintes:

- Você amamenta sua criança no peito? Quantas vezes durante o dia? Também durante a noite?
- A criança ingere outro alimento ou consome outro líquido? Quais? Que quantidade? Como prepara? Quantas vezes ao dia?
- Como alimenta a criança? O que usa para a alimentar? Qual é o tamanho das porções? Quem dá de comer e como?
- Quando a criança está doente, há modificação na sua alimentação? Se há, qual?

Veja na Figura. 19 exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida.

Figura 19 - Exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida.

Refeições	Cardápio 1	Cardápio 2	Cardápio 3
 Pela manhã	Leite materno / 1/2 pão francês ou 1 copo de leite com cereal	Leite materno / 4 biscoitos de leite ou 1 copo de leite c/ fruta	Leite materno / 1 fatia de bolo ou 1 copo de leite com biscoito
 Intervalo	Banana (1 unidade)	Mamão (1 fatia média)	Manga (1 unidade)
 Almoço	Arroz (3 c.S) Feijão (2 c. S) Carne moída (2 c.S) Cenoura cozida (1 c.S) Suco de maçã (1 co. A)	Macarrão com molho de tomate (4 c. S) Frango cozido (2 c.S) Abobrinha cozida (2c. S) Salada de fruta (2c.S)	Purê de Batata (2c.S) Folha verde-escura cozida (1c.S) Peixe cozido (1 filé) Pudim de leite (2c.S)
 Lanche	Leite materno / 1 pão doce ou Leite com cereal (1x.)	Leite materno / 4 biscoitos de leite ou Leite com fruta (1 copo)	Leite materno / 1/2 pão com manteiga ou Leite batido com banana e aveia
 Jantar	Sopa de feijão com macarrão e couve (1 concha média) Suco de laranja (1/2 copo) Doce de abóbora (2 c.S)	Arroz (3c.S) Espinafre cozido (1c.S) Fígado (1 bife pequeno) Goiabada (1 fatia)	Arroz (3c.S) Ovo mexido com tomate Suco de acerola (1co.A)
 Ceia	Leite materno ou 1 copo de leite	Leite materno ou 1 copo de leite	Leite materno ou 1 copo de leite

Legendas: c.S (colherdas de sopa)
x. (xicara das de chá)
copo (copo tipo requeijão/ 200ml)
co.A (copo tipo americano/ 150 ml)

Obs. - Os cardápios acima apresentados são apenas exemplos práticos para situações encontradas no dia a dia. A última refeição (ceia), por exemplo, é opcional. Algumas crianças, principalmente as que possuem constituição física maior, podem ter mais apetite. Se isto é relatado pela mãe ou responsável pelo cuidado com a criança, a ceia pode ser introduzida. Vale lembrar que este Guia trabalha com diretrizes alimentares que se aplicam à população. No entanto, há diferenças individuais que devem ser consideradas nas orientações dietéticas conduzidas pelo nutricionista.

Fonte: BRASIL, 2002b.

Nesta parte, discutimos alguns conceitos importantes para a compreensão do processo de introdução de novos alimentos na dieta da criança após o sexto mês de vida. É hora de rever esses conceitos e em que eles podem contribuir para melhorar as orientações que você dá às mães durante o acompanhamento de seus filhos. Vamos exercitar um pouco!

Atividade 7



Pense sobre a cultura alimentar da região onde você trabalha. Você poderia citar os alimentos que fazem parte do hábito das famílias nessa região? Como elas o adquirem? Esses alimentos são adequados para o consumo de um lactente? Na realidade de suas crianças, quantas refeições diárias são habitualmente oferecidas? Quais são os alimentos usados em proporções maiores que as desejadas? E quais são usadas em proporção menor que a desejada?

Você se lembra da Estefani Lorraine? Vamos voltar uma vez mais ao caso dela. Na seção 1, você analisou sua curva de crescimento, identificou possíveis causas para a inclinação da curva em cada ponto e discutiu as condutas tomadas pela equipe de saúde. Considere que a Estefani tem agora 14 meses e vive na região em que você trabalha. Agora você deve montar um cardápio de um dia para Estefani, que não mama mais o leite materno, descrevendo todas as orientações que daria à D. Beatriz quanto ao preparo, à oferta e aos horários das refeições. Não se esqueça de levar em consideração todos os aspectos culturais e socioeconômicos das famílias de sua área de abrangência, além da disponibilidade dos alimentos em sua região. Envie sua proposta de cardápio para o seu tutor avaliar.

O Guia de Alimentação Saudável do Ministério da Saúde oferece alguns exemplos de refeições e cardápios e você poderá se basear nele para montar o cardápio solicitado na atividade 5.

Parte 3

Alimentação de crianças, a partir de três anos de idade

Nessa fase, a criança apresenta ritmo de crescimento regular, mas inferior aos dois primeiros anos de vida, o que acarreta diminuição de suas necessidades nutricionais e do apetite. Muitas vezes, a diminuição fisiológica do apetite chega a ser motivo de consulta médica, o que pode levar a diagnósticos errôneos e uso inadequado de suplementos e estimulantes do apetite.

Nessa idade, a família deve respeitar a manifestação de independência da criança. Ela pode aceitar determinado alimento num dia e ter reação diferente em outro.

É bom considerar também que a capacidade de concentração da criança nessa idade é reduzida e que ela logo vai se distrair e usar o copo, a colher e a comida como brinquedo. Daí a importância de usar dietas de alto valor energético. As refeições devem ser oferecidas em horários regulares, uma vez que outra característica dessa faixa etária é que a disciplina passa a ser um fator de segurança para a criança.

As crianças geralmente sentem prazer em participar da preparação dos alimentos e isso as estimula a comer. É bom aproveitar a curiosidade natural da idade para introduzir maior número de alimentos em diferentes preparações.

Quando se avalia o consumo alimentar de uma criança, deve-se aproveitar a oportunidade para verificar os hábitos e padrões alimentares da família, uma vez que eles exercem papel fundamental no comportamento alimentar da criança. Lembre-se de que nessa idade a criança imita o comportamento principalmente dos pais, podendo aceitar ou recusar

determinados alimentos, de acordo com o exemplo deles. No Anexo 3, estão sugestões de quantidades de cada alimento para compor a pirâmide alimentar nessa faixa etária.

Os alimentos preferidos pelas crianças são os doces e aqueles geralmente calóricos (guloseimas, salgadinhos, refrigerantes, entre outros). O paladar doce é inerente à espécie e não precisa ser ensinado como os demais sabores. É normal que as crianças queiram comer só doces. Cabe à família colocar os limites quanto ao horário e à quantidade.

Se a criança apresenta alguma dificuldade ao se alimentar, o Ministério da Saúde recomenda:

Recomendações às famílias de crianças pequenas com dificuldades de alimentar-se

- Separar a refeição em um prato individual para de ter certeza do quanto a criança está realmente ingerindo;
- Estar presente junto às refeições mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la, se necessário;
- Não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar, e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor;
- Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito, ela pode perder o apetite;
- Não forçar a criança a comer. Isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes.

Fonte: BRASIL, 2002b.

A criança em idade escolar (sete aos 10 anos) apresenta particularidades de consumo alimentar que devem ser conhecidas pelo profissional de saúde, visando à intervenção específica e direcionada. Essa faixa etária se caracteriza por maior volume gástrico, apetite voraz, redução do consumo de leite e derivados e aumento do sedentarismo. Devem-se priorizar ações de incentivo às práticas alimentares saudáveis no âmbito escolar e familiar.

Vamos pensar agora nas crianças de três a 10 anos de idade de quem você cuida. Você já levantou o número de crianças nessa faixa etária residentes em sua área de abrangência e quantas estão em creches e escolas? Você conhece e visita regularmente esses equipamentos sociais? Como é a alimentação distribuída para as crianças? Há apoio e

fiscalização dos órgãos públicos? Como se dá a integração da sua equipe com as creches e escolas? Há ações conjuntas em relação à alimentação das crianças?

Você sabia?

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), implantado em 1955, garante, por meio da transferência de recursos financeiros, a alimentação escolar dos alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em creches e escolas públicas e filantrópicas. Seu objetivo é atender às necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência em sala de aula, contribuindo para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem e o rendimento escolar dos estudantes, bem como promover a formação de hábitos alimentares saudáveis.

A partir de 2010, o valor repassado pela União a estados e municípios foi reajustado para R\$ 0,30 por dia para cada aluno matriculado em turmas de pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos. As creches e as escolas indígenas e quilombolas passaram a receber R\$ 0,60. Por fim, as escolas que oferecem ensino integral por meio do programa Mais Educação terão R\$ 0,90 por dia. Ao todo, o PNAE beneficia 45,6 milhões de estudantes da educação básica.

Confira! Veja a legislação sobre a efetivação das transferências de recursos oriundos do orçamento fiscal e da seguridade social da União, no âmbito do FNDE. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/3520-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-10-de-31-de-maio-de-2012>>

É importante lembrar que, em algumas situações de vida, a creche e a escola são os únicos lugares onde a criança recebe alimentos em quantidade e qualidade adequadas, ficando essa refeição como a principal fonte das suas necessidades diárias.

Recomendação importante:

Álbum Seriado “Promovendo o aleitamento materno”

Para suas atividades educacionais sobre o aleitamento materno, use o Álbum seriado “Promovendo o aleitamento materno”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde. O texto e as fotos de excelente qualidade, além da disposição das lâminas – frente voltada para a mãe/família e verso voltado para o profissional. Pode ser usado, também, como projeção. Não deixe de ver e usar.

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf

Conclusão

Conclusão do módulo

Chegamos ao fim deste módulo! Estudamos as necessidades proteicas e calóricas da criança e aprendemos a elaborar um cardápio adequado às diferentes faixas etárias. Você aprendeu como prevenir vários problemas nutricionais como a desnutrição, a obesidade, a anemia ferropriva e as hipovitaminoses, elaborando uma boa orientação alimentar para crianças. No módulo sobre agravos nutricionais, você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre como abordar as crianças que desenvolveram esses problemas. Não deixe de estudá-lo!

Para terminar, vamos recordar alguns pontos importantes para que a orientação alimentar das crianças ocorra de maneira satisfatória na sua UBS, OK? Marque um X nos itens que você levou em consideração ao organizar esta ação:

- ☐ Os conceitos de aleitamento materno exclusivo, predominante e aleitamento materno são utilizados corretamente na construção dos indicadores de aleitamento. A avaliação da posição e da técnica de amamentação é feita conforme as orientações do formulário.
- ☐ A orientação dos possíveis erros na amamentação e na alimentação da criança é dada com uniformidade de informações por toda a equipe.
- ☐ As ações no pré-natal e da “primeira semana saúde integral” estão incorporadas pela UBS e estão funcionando.
- ☐ O calendário de atendimento da criança de zero a cinco anos, preconizado pelo protocolo, é utilizado como fonte de organização da demanda.
- ☐ Há integração com creches e escolas da região para ações de orientação alimentar (palestras, grupos de discussão, teatro, gincanas e outros) e apoio de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
- ☐ Existe avaliação do impacto das ações desenvolvidas periodicamente, a partir dos indicadores.

Você teve oportunidade de refletir sobre ações muito importantes para a promoção da saúde da criança. Pôde conhecer melhor a realidade da saúde das crianças de sua área de abrangência e fazer um planejamento baseado nela. Alguns aspectos da antropometria, registro e análise dos dados antropométricos foram revistos, permitindo que você possa apoiar-se melhor nessa técnica para tomar decisões clínicas importantes.

Vimos, ainda, a importância da caderneta de saúde da criança para acompanhamento da saúde dos menores de 10 anos e para a educação em saúde. Uma nova proposta de vigilância do desenvolvimento infantil foi discutida para que você possa aprimorar esse aspecto em seu trabalho e no de sua equipe.

Para que tudo isso funcione, é preciso que as famílias recebam boa orientação alimentar, começando com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e estendendo-se com alimentação variada e colorida até a adolescência! Você pôde refletir sobre os desafios de trabalhar essas questões em populações com condições de vida muito adversas, às vezes. Mas vimos que é possível, não é?

Esperamos que todas essas reflexões e o seu aprendizado possam provocar avanços na assistência oferecida às crianças de sua área de abrangência. Esperamos também ter estimulado você a investir seu tempo, sua criatividade e seus conhecimentos em promover o crescimento, o desenvolvimento e a alimentação saudáveis para essas crianças..



Foto:<http://www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=782883>

Sabemos que nada disso é fácil. É como esta figura. O terreno em que trabalhamos é demasiado árido, duro e devastado, mas temos em nossas mãos a oportunidade de colocar um pouquinho de terra fértil em torno dessa semente para que ela possa criar raízes e ter a chance de se tornar uma árvore frondosa. É preciso acreditar que cada criança de sua área de abrangência tem o direito de ter essa chance! É preciso aceitar a responsabilidade de trazer terra fértil para essas sementes de esperança! Parabéns por ter aceitado o desafio de percorrer esse caminho! Vá em frente!



Referências

Referências

Leituras (e vídeos) obrigatórios

BRASIL. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde – OMS**. Brasília, [2010?]. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms>. Acesso em: 13 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, [2009?]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35185>. Acesso em: 13 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais que alimentar a criança [vídeo completo]. São Paulo, 2013?a. Windows Media Player (23 min.). Disponível em: <http://www.sbp.com.br/videos/video_completo.wmv>.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Amamentação: muito mais que alimentar a criança [vídeo parte 3]. São Paulo, 2013?b. Windows Media Player (1:33 min.). Disponível em: <http://www.sbp.com.br/videos/video_amamentacao_part3.wmv>.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Disponível em: <http://issuu.com/ceabsf/docs/planejamento_avaliacao_acoes_saude>. Acesso em: 13 jan. 2013.

SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA. **Desenvolvimento (I)**: vigilância do desenvolvimento - parte I. Belém, 2008a. Windows Media Player (20 min.). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/player/1679.flv/>> . Acesso em: 13 jan. 2013.

SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA. **Desenvolvimento (II)**: vigilância do desenvolvimento - parte 2. Belém , 2008b. Windows Media Player (16 min.). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/player/1680.flv/>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte, 2008a. . NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Windows Media Player (3 min). Entrevista concedida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Antropometria**: saúde da criança: crescimento, alimentação, educação, desenvolvimento. Belo Horizonte, 2008b. Windows Media Player (7 min). Vídeo.

Leituras recomendadas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 100p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b, 153p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_2anos.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

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, 2009b. 112p. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoaatenaobasica_23.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Antropometria**: como pesar e medir. Brasília: Ministério da Saúde, [2011?]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/album_antropometria.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário básico de vacinação da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CARVALHO, A. M. **Algumas questões que todo profissional da atenção à criança precisa saber**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Sala_de_Leitura>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO (CLAP). **Material de apoio para la promoción, protección y vigilancia de la salud del niño**. Montevideo, 1995. 41p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/1712.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

FIGUEIRA, A. C. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1691-99, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a13v19n6.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Promovendo o aleitamento materno**. Álbum Seriado. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 18p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

GOULART, L. M. H; VIANA M. R. A. **Saúde da criança e do adolescente: agravos nutricionais**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 92p. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1571.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Rev. Chil. Pediatr**, v. 73, n. 5, p.529-539, sept.-oct. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=326127&indexSearch=ID>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Viva Vida. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SES-MG, 2005. 224p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhasguia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPS, 2005. 52p. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Canal Via Saúde. **Aleitamento materno**. Disponível em: <<http://www3.senacnet.com.br/porta1/porta1minas/FLV/viasaude/teste.html?categoria=0&aula=3&filme=1>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Amamentação:** muito mais que alimentar a criança. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=89&id_detalhe=3354&tipo_detalhe=s>. Acesso em: 14 jan. 2013.

SOUZA, S. C. et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1917-1926, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n8/20.pdf>>. Acesso em: 14 jan.2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO child growth standards.** [2013?] Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Positioning a baby at the breast. In: WHO. **Integrated Infant Feeding Counselling:** a training course. Trainer's Guide 2004 Disponível em: <http://www.spsp.org.br/spsp_2008/downloads/Portal%20-%20Exame%20Obs%20mamada%20-%20DC%20AM%20-%2010set07.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

Outras leituras

ALVES, C. R. L. **Aleitamento materno no Centro de Saúde São Marcos (Belo Horizonte):** lições de uma história de 25 anos. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina. UFMG. 2005. 182p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.108p.

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, 2010a. 186p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. População e condições no domicílio. Brasília, 2010b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil passa a integrar grupo de países com baixa prevalência de cárie**. Brasília, 2010c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12045>. Acesso em: 14 jan. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/amdrog10.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. **Resolução/CD/FNDE** n. 10, de 31 de maio de 2012. Consolida os documentos legais exigidos para efetivação das transferências de recursos oriundos do orçamento fiscal e da seguridade social da União, no âmbito do FNDE. Brasília: FNDE, [2012].

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNA-SUS. **Competências dos profissionais de nível superior na Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, [2013?]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/wiki/index.php/Compet%C3%Aancias_dos_profissionais_de_n%C3%ADvel_superior_na_Estrat%C3%A9gia_de_Sa%C3%BAde_da_Fam%C3%ADlia>. Acesso em: 14 jan. 2013.



Apêndices

APÊNDICE A

Ensinando à mãe a extração manual do leite e sua conservação

É uma técnica simples que pode ser feita pela própria mãe em qualquer hora e lugar. É de grande valia, pois permite que a criança continue em aleitamento materno, mesmo quando a mãe precisa se ausentar por qualquer motivo, por dificuldade de sucção do bebê, mamas ingurgitadas (para facilitar a pega e evitar traumas) e para aumentar a produção de leite.

A mãe deve lavar as mãos até o cotovelo, posicionar-se confortavelmente e, antes de iniciar a retirada, massagear a mama usando a polpa digital, com movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo. Deve perceber qual a região da mama mais ingurgitada e começar por esse local. Para a retirada do leite, deve colocar o polegar acima da linha da aréola e os dois primeiros dedos abaixo. Firma os dedos e empurra para trás, em direção ao corpo. Tenta aproximar a ponta do polegar aos outros dois dedos até sair o leite. Essa manobra não deve doer. Se isso acontecer, é porque a técnica está errada. É importante pressionar a aréola também nas laterais para o esvaziamento de todos os segmentos da mama. O frasco usado para guardar o leite deve ser de boca larga com tampa, previamente esterilizado pela fervura. Uma vez coletado, o LH deve ser usado cru, sem sofrer processo de esterilização como a pasteurização ou fervura. Pode ser conservado em geladeira por até 48 horas e no freezer ou congelador por 21 dias e mesmo fora da geladeira por até nove horas. Já o leite pasteurizado pode ser armazenado no congelador/freezer por seis meses. O leite deve ser oferecido em copo ou colher. Para as mães trabalhadoras, motivadas em amamentar após o retorno ao trabalho, pedem-se conhecer as possibilidades para retirada e armazenamento no local (privacidade, horários, geladeira) e iniciar o estoque de leite 20 dias do retorno ao trabalho. Após o retorno, orienta-se que amamente com frequência, quando estiver em casa e, durante o trabalho, esvazie as mamas por meio da ordenha manual e guarde na geladeira até chegar a casa. As mães devem estar cientes dos seus direitos de nutriz. A legislação brasileira prevê uma licença após o parto de até seis meses e dois intervalos de meia hora cada durante as horas de trabalho (ou opcionalmente saída 1 hora antes) para que a mãe possa amamentar o seu filho até ele completar seis meses.

Fonte: BRASIL, 2002b.

APÊNDICE B

Planejamento da papa salgada

Os alimentos na mistura devem conter os seguintes grupos alimentares: cereal ou tubérculo, alimento proteico de origem animal, leguminosas e hortaliças. O tamanho destas porções segue a proposta da pirâmide dos alimentos. (Fig. 17, no texto)

Cereais e tubérculos	Verduras e leguminosas	Proteína animal
Arroz, feijão, trigo (farinha, macarrão), milho (farinha, canjiquinha, maisena).	Feijão, soja, ervilha, lentilha, vagem, soja, aveia, grão de bico.	Carne de frango, boi, vísceras (especialmente fígado).
Mandioca, batata, cenoura, inhame, cará, beterraba.	Abóbora, abobrinha, tomate, chuchu.	Ovo
	Couve, espinafre, alface, agrião, taioba, beldroega, couve, repolho, acelga, almeirão, etc.	Peixe

Os cereais são frutos comestíveis na forma de grãos. Como os tubérculos são ricos em amido (hidratos de carbonos).

Legumes são vegetais cuja parte comestível não são folhas: tubérculos (batata, mandioca, cará, inhame, etc.), frutos (tomate, berinjela, chuchu, abóbora e abobrinha), leguminosas (vagens, feijão, etc.).

Verduras são vegetais cuja parte comestível são, principalmente, as folhas (agrião, alface, couve, taioba, espinafre, serralha, beldroega, acelga, almeirão, etc.).

Óleo vegetal (preferencialmente de soja) e sal devem ser usados em menor quantidade, assim como se devem evitar caldos e temperos industrializados.

Dá-se preferência às composições de cardápios em que se encontrem um tubérculo ou cereal associado à verdura / legume e proteína de origem animal ou vegetal.

Entre sete e oito meses, respeitando-se a evolução da criança, deverá ser introduzida a segunda refeição de sal. Assim que possível, os alimentos não precisam ser muito amassados, evitando-se, dessa forma, a administração de alimentos muito diluídos e propiciar oferta calórica adequada.



Anexo

ANEXO

Recomendações para o consumo de alimentos na criança a partir de 6 meses de idade

Grupos alimentares	Crianças de 6-11 meses		Crianças 12-24 meses		Pré-escolar		Escolar	
	RC	Porção	RC	Porção	RC	Porção	RC	Porção
Pães e cereais	3	2 c. sopa arroz 1 unid batata cozida 2 c. sopa macarrão ½ unid pão francês 1 fatia pão fôrma	5	2 c. sopa arroz 1 unid batata cozida 2 c. sopa macarrão ½ unid pão francês 1 fatia pão de fôrma	5	2 c. sopa arroz 1 unid batata cozida 2 c. sopa macarrão ½ unid pão francês 1 fatia pão fôrma	6	4 c. sopa arroz 3 c.sopa batata cozida 3 c. sopa macarrão 1 unid pão francês 7 unid bisc maisena 5 unid bisc água e sal
Verduras e legumes	3	1 c.sopa legume coz 1-2 c.sopa legume cru 3 folha média crua 6 folha pequenas cruas 1 c.sopa folha refog.	3	1 c.sopa legume coz 1-2 c.sopa legume cru 3 folhas médias crua 6 folhas pequenas cruas 1 c.sopa folhas refog.	3	1 c.sopa legume coz 1-2 c.sopa legumes crus 3 folhas média crua 6 folhas pequenas cruas 1 c.sopa folhas refog	4	1 c.sopa legumes coz 2 c.sopa legumes crus 3 folhas cruas médias 6 folhas pequenas cruas 1 c.sopa folhas refog.
Frutas	3	½ banana nanica ½ mamão papaia ½ maçã média ½ pequena goiaba 1 pequena laranja	4	½ banana nanica ½ mamão papaia ½ maçã média ½ pequena goiaba 1 pequena laranja	3	½ banana nanica ½ mamão papaia ½ maçã média ½ pequena goiaba 1 pequena laranja	4	½ unid banana nanica ½ unid mamão papaia ½ unid maçã média ½ unid pequena goiaba 1 unid pequena laranja
Leguminosas	1	1 c. sopa de leguminosas (soja, feijão, ervilha, etc.) cozidas	1	1 c. sopa de leguminosas (soja, feijão, ervilha, etc.) cozidas	1	1 c. sopa de leguminosas (soja, feijão, ervilha, etc.) cozidas	1	2 c. sopa de leguminosas (soja, feijão, ervilha, etc.) cozidas
Carnes e ovos	1	2 c.sopa de carne de boi cozida ½ bife boi pequeno ½ sobrecoxa frango 1 filé pequeno frango 1 posta de peixe frango 1 posta de peixe 1 ovo cozido ½ bife pequeno de fígado	2	2 c.sopa de carne de boi cozida ½ bife boi pequeno ½ sobrecoxa frango 1 filé pequeno frango 1 posta de peixe 1 ovo cozido ½ bife pequeno de fígado	2	2 c.sopa de carne de boi cozida ½ bife boi pequeno ½ sobrecoxa frango 1 filé frango pequeno 1 posta de peixe 1 ovo cozido ½ bife pequeno de fígado	2	3 c.sopa de carne de boi cozida 1 bife boi pequeno 2 sobrecoxa frango 1 filé frango médio 1 posta de peixe 2 ovos cozidos

Leite e produtos lácteos	3	200 mL leite de vaca 2 fatias finas queijo prato 2 fatia médias mussarela 1 pote iogurte de frutas 2 c.sopa leite em pó integral	3	200 mL leite de vaca 2 fatias finas queijo prato 2 fatia médias mussarela 1 pote iogurte de frutas 2 c.sopa leite em pó integral	3	200 mL leite de vaca 2 fatias finas queijo prato 2 fatias médias mussarela 1 pote iogurte de frutas 2 c.sopa leite em pó integral	3	200 mL leite de vaca 2 fatias finas queijo prato 2 fatias médias mussarela 1 pote iogurte de frutas 2 c.sopa leite em pó integral
Açúcar e doces	0	-	1	1 c.sopa açúcar 1 c.sopa doce caseiro 2 c.sobremesa geléia	1	1 c.sopa açúcar 1 c.sopa doce caseiro 2 c.sobremesa geléia	2	1 c.sopa açúcar 1 c.sopa achocolatado
Óleos e gorduras	1	1 c.chá manteiga 1 c.chá creme vegetal 1 c.sopa óleo vegetal	2	1 c.chá manteiga 1 c.chá creme vegetal 1 c.sopa óleo vegetal	1	1 c.chá manteiga 1 c.chá creme vegetal 1 c.sopa óleo vegetal	1	1 c.chá margarina 1 c.sopa óleo vegetal

RC: Recomendação de consumo diário.

Fonte: Brasil (2009b).

Apoio



Ministério
da Educação



Ministério da
Saúde



Realização

