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'Aanna. Disponível em: http://palavrarte.com/equipe/equipe_arsantanna_cdcronica1.htm. Acesso em: 6 fev.2013.

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?

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.

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.

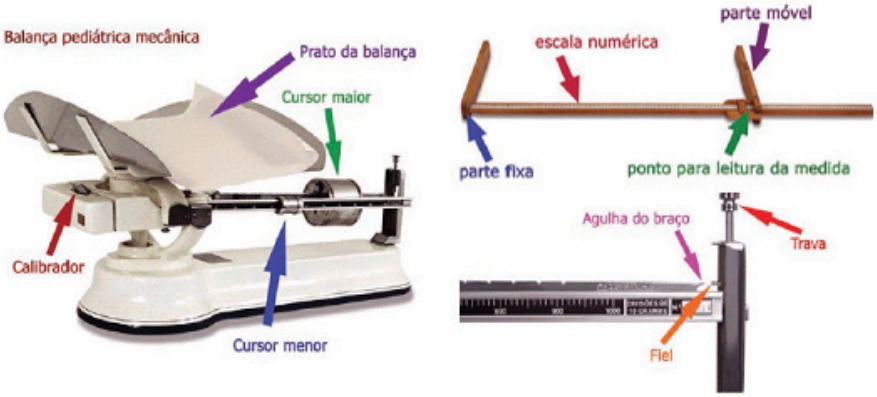
Embora a obtenção de dados antropométricos não apresente grande complexidade, é preciso atenção a algumas peculiaridades desse procedimento na infância. Devem ser seguidos, basicamente, quatro passos:

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...

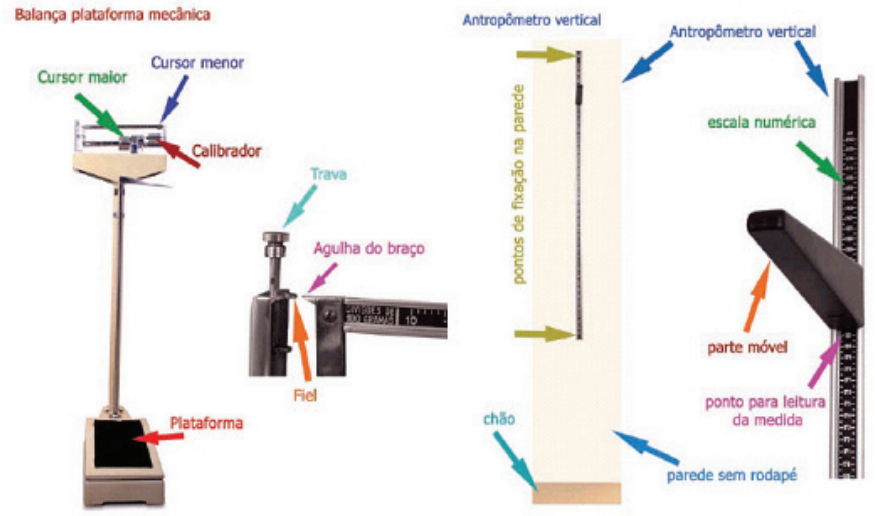
Para saber mais sobre como calibrar e verificar a conservação dos equipamentos, consulte o Manual do Ministério da Saúde no site: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/album_antopometria.pdf (BRASIL, [2011]).

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:

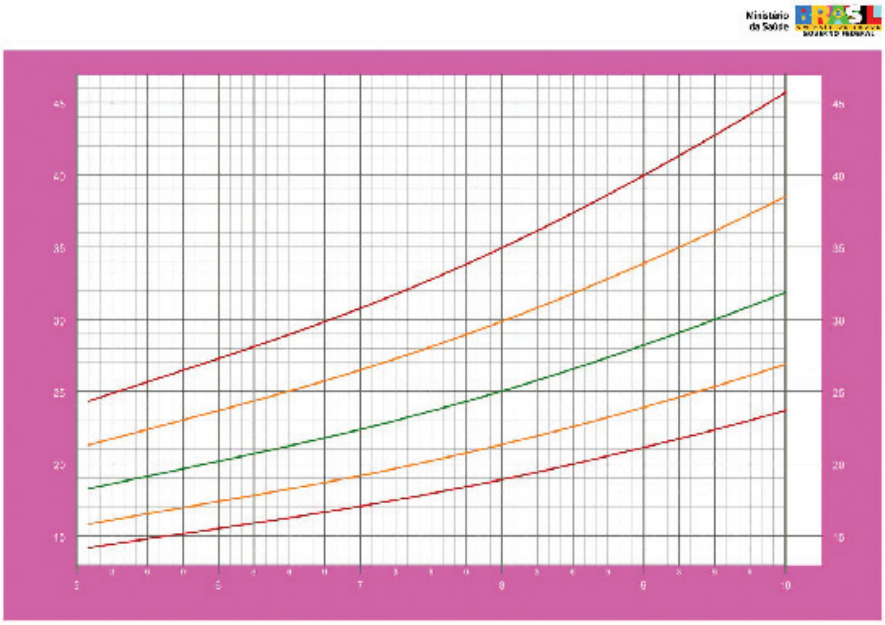
- O registro dos dados antropométricos de uma criança > avaliação transversal.

- 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.

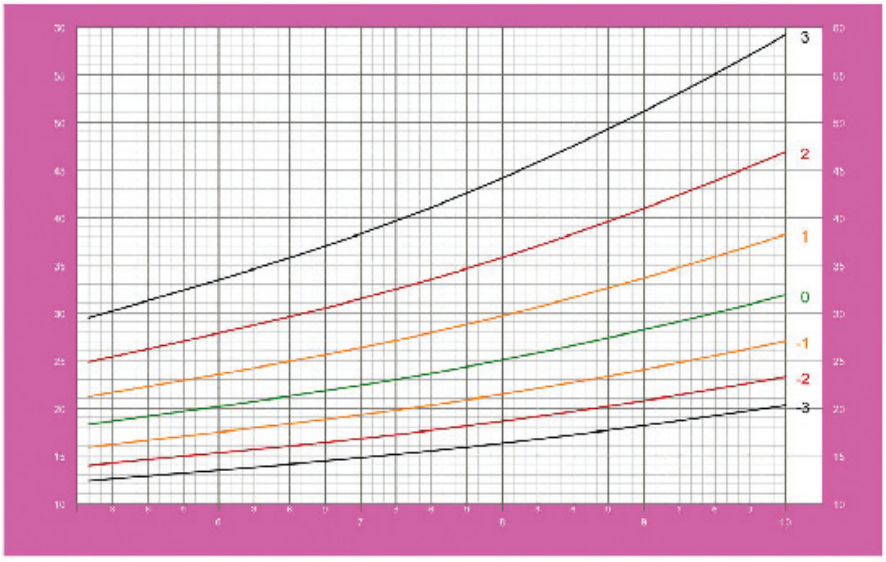
Observe as Figuras 4 e 5. Elas apresentam curvas de peso x idade, para meninas, em percentis (Fig. 4) e escore-z (Fig.5).

Figura 4 - Curva peso x idade (meninos), 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

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

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).

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

http://bvsms.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

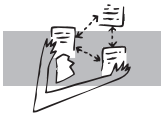
Respostas ao quadro: 1- abc. / 2 – bc. / 3 – abc. / 4 – abc./ 5 – abc./ 6 – abc./ 7 – abc./ 8 – bc/ 8 – c. / 10 – bc. / / 11 – abc. / 12 – abc. / 13 – abc. / 14 – abc. / 15 – bc. / 16 – abc. / 17 – abc. / 18 – c. / 19 – bc. / 20 – bc. / 21 – abc. / 22 – c. / 23 – bc. / 24 – abc. / 25 – c. / 26 – c. / 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_7ed.pdf
http://bvsms.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 nascera 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.

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.

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.

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	CUIDADO
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	CUIDADO

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...

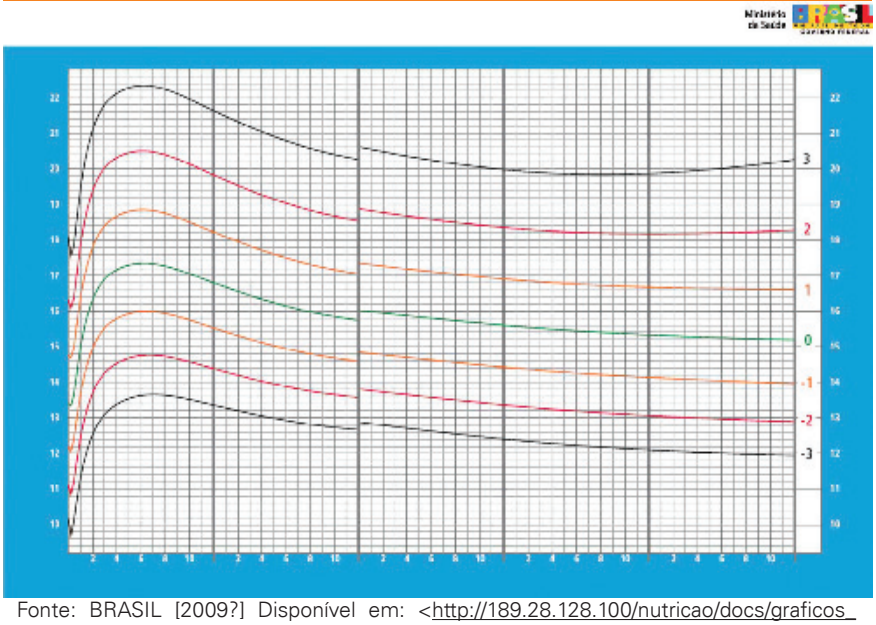
Para a correta identificação do estado nutricional, é necessária a análise criteriosa de outras questões além da avaliação antropométrica, como a investigação de parâmetros bioquímicos, consumo alimentar, bem como a análise clínica e psicológica. Considerando esses aspectos, aponta-se a necessidade de 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

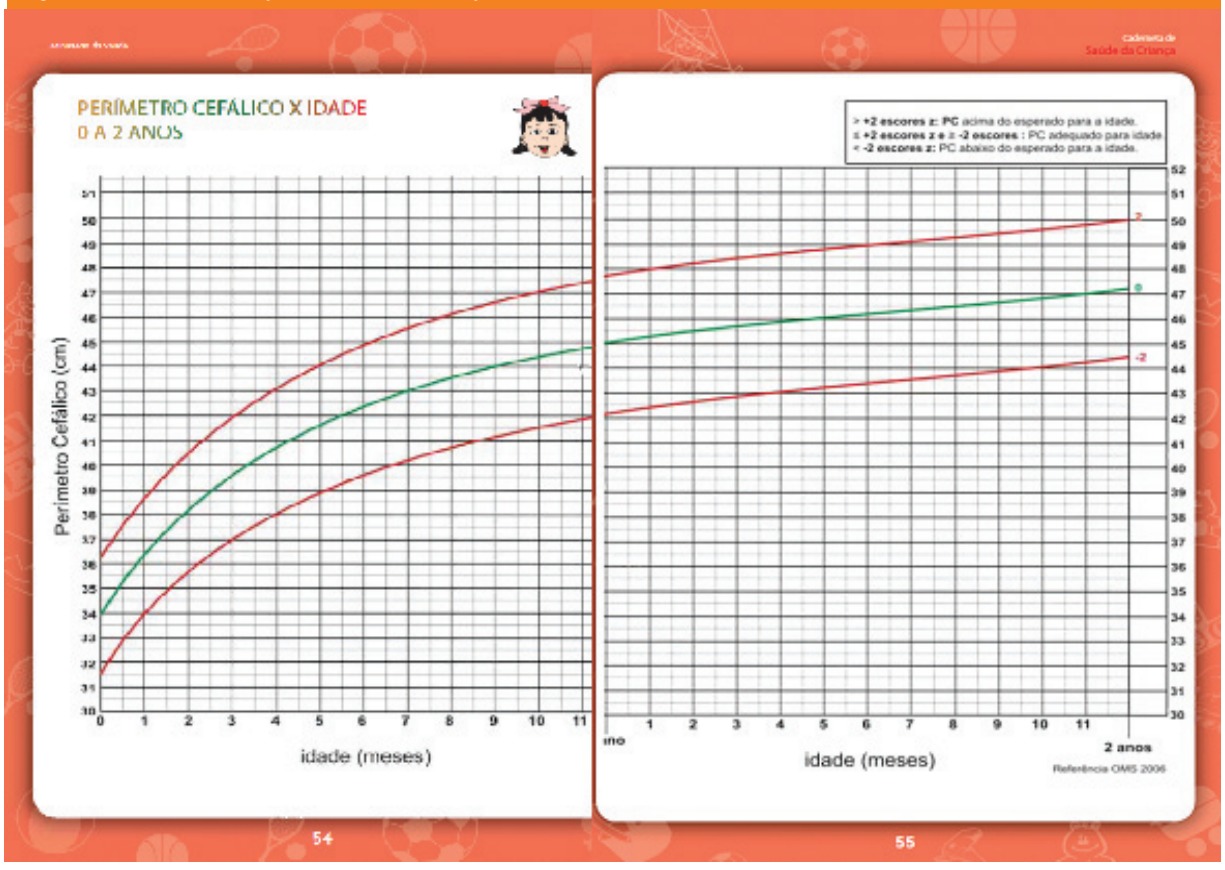
"Nossa" menina passou por maus pedaços, hein? Estefani Lorraine nasceu em excelentes condições e teve ganho satisfatório de peso até os três meses (ponto na área verde e curva ascendente). Ela vinha recebendo leite materno até aquele momento, mas como a mãe voltou a trabalhar, estava agora recebendo 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?]

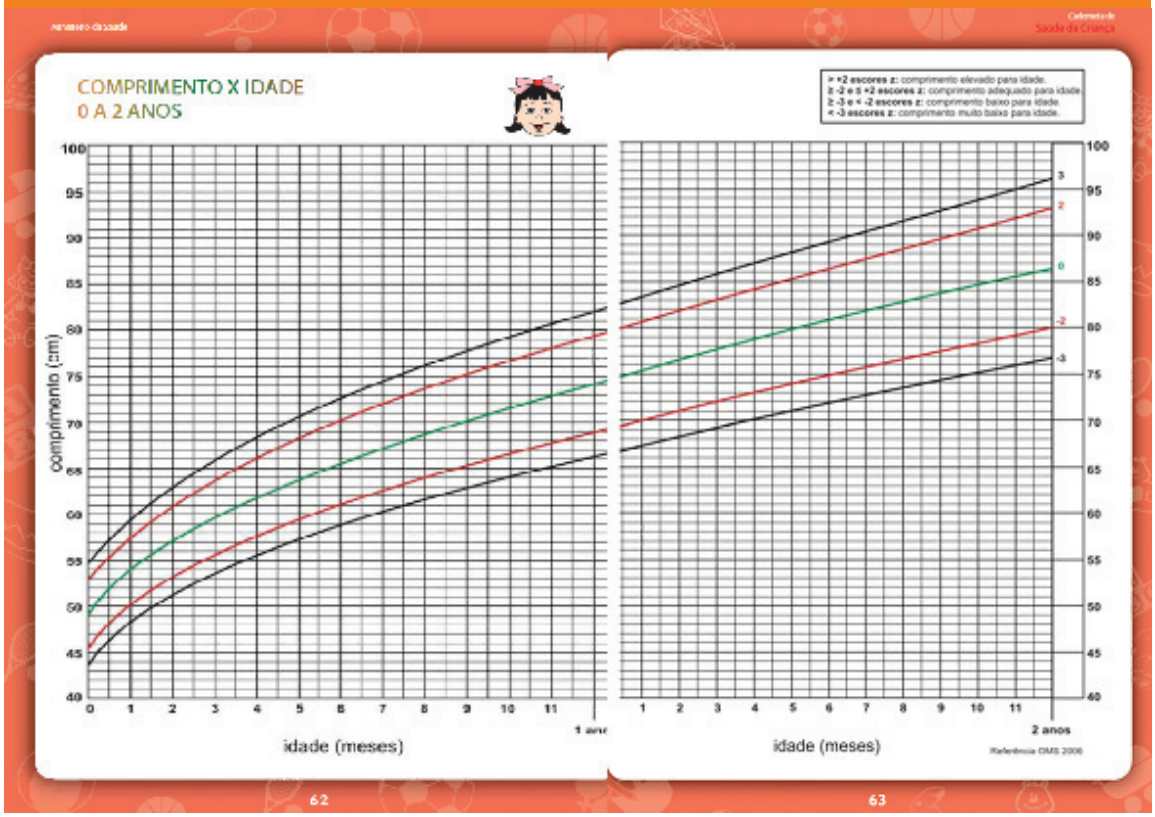
Alterações no crescimento do perímetro cefálico, de modo geral, estão associadas a eventos de gravidade, principalmente às doenças neurológicas. Portanto, fique atento a isso, especialmente quando estiver acompanhando uma criança com menos de dois anos de idade. Considera-se crescimento normal da cabeça 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.

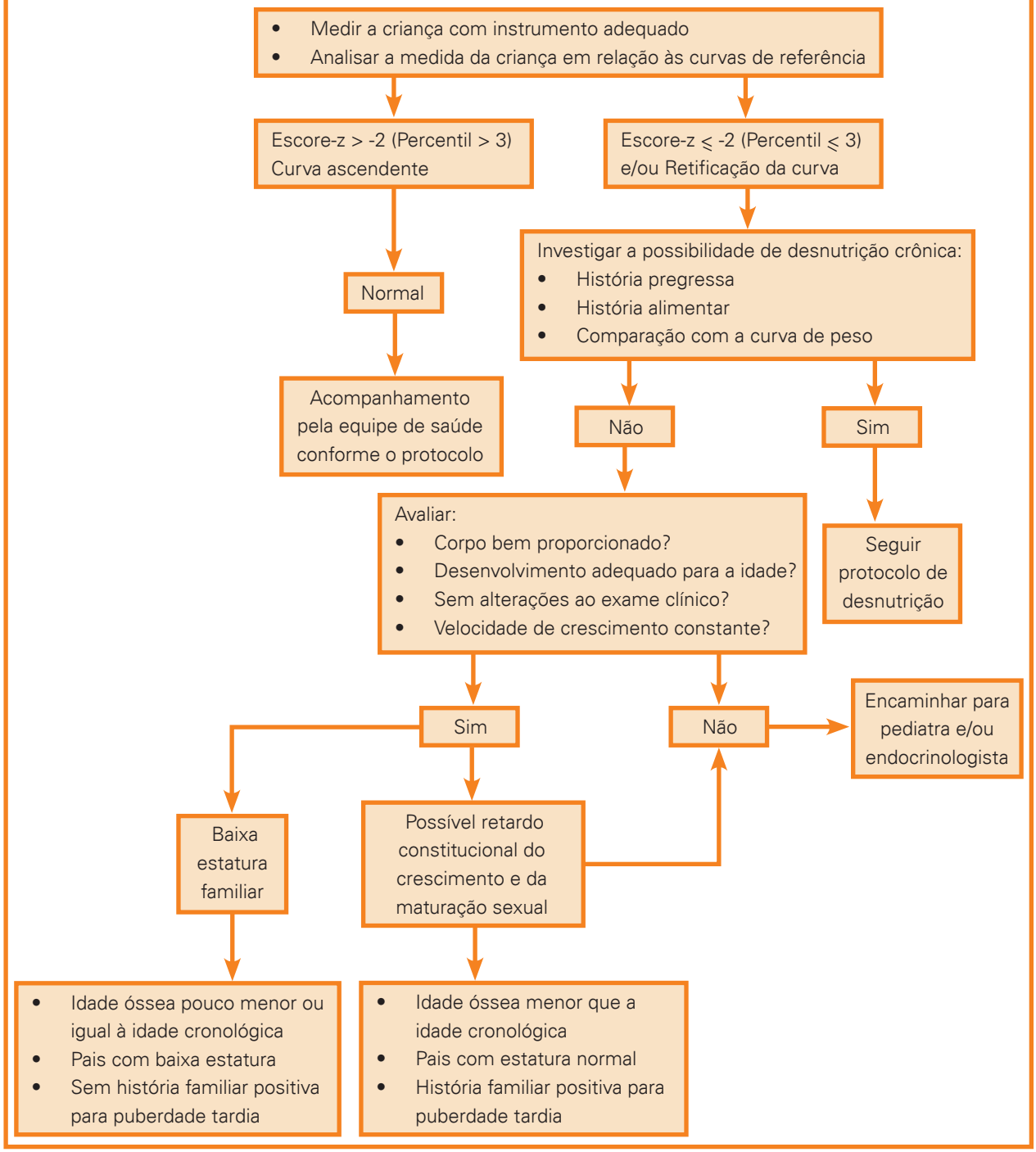
Figura 10 – Gráficos de comprimento por idade da Caderneta de Saúde da Criança



Fonte: BRASIL [2009?]

A principal causa de baixa estatura (altura menor que 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.

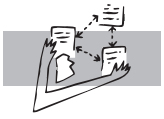
Para terminar sua avaliação do crescimento de Estefani Lorraine, construa na CSC as curvas de PC X idade e altura x idade e interprete-as de acordo com o algoritmo da Figura 10.

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

Analisando 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!