

A photograph of two young girls from behind, standing in a field of tall grass. The girl on the left has braided hair and is wearing a light-colored patterned shirt. The girl on the right has braided hair with white flowers and is wearing a dark patterned shirt. The background is a soft-focus field of tall grass.

Atenção à saúde da criança: aspectos básicos

Claudia Regina Lindgren Alves
Isabela Resende Silva Scherrer
Luana Caroline dos Santos

UF *m* G

 FACULDADE
DE MEDICINA
• UFMG •

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Atenção à saúde da criança: aspectos básicos

Claudia Regina Lindgren Alves

Isabela Resende Silva Scherrer

Luana Caroline dos Santos

Belo Horizonte
NESCON - UFMG
2018

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 - <<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

Recomenda-se a consulta a fontes de pesquisa correlatas:

Biblioteca Virtual do Nescon.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) - UNA-SUS.

Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

A474a Alves, Cláudia Regina Lindgren
Atenção à saúde da criança: aspectos básicos / Cláudia Regina Lindgren
Alves, Isabela Resende Silva Scherrer, Luana Caroline dos Santos. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.
169 p.
ISBN: 978-85-60914-49-4

1. Saúde da criança. 2. Saúde do adolescente. 3. Saúde da família. 4. Bem-estar da criança. 5. Nutrição do adolescente. 6. Nutrição da criança. 7. Desenvolvimento do adolescente. I. Scherrer, Isabela Resende Silva. II. Santos, Luana Caroline dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. IV. Título.

NLM: WA 320
CDU: 614.053.2

Créditos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Ricardo Barros

Secretário de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde:
Rogério Luiz Zeraik Abdalla

Secretário de Atenção à Saúde: Francisco de Assis Figueiredo

Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS: Manoel Barral-Netto

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Ministro: Rossieli Soares da Silva

Secretário da Educação Superior da SESU: Paulo Barone

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Alessandro Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Fábio Alves

Pró-Reitora de Extensão: Cláudia Mayorga

Diretora do Centro de Apoio à Educação a Distância: Eliane Marina Palhares Guimarães

Coordenador do Sistema Universidade Aberta do Brasil na UFMG (EAD-UFMG): Maria do Carmo Barros de Melo

Coordenador Universidade Aberta do SUS na UFMG:
Edison José Corrêa

Faculdade de Medicina

Diretor: Humberto José Alves

Vice-Diretora: Alamanda Kfoury Pereira

Escola de Enfermagem

Diretora: Sônia Maria Soares

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Gustavo Pereira Côrtes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Henrique Pretti

Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais – (CREF6/MG)

Presidente: Claudio Augusto Boschi

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

Diretor: Francisco Eduardo de Campos

Vice-Diretor: Edison José Corrêa

Coordenador Acadêmico: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Coordenadora Administrativa e Financeira: Mariana Lélis

Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara Shirley Belo Lança

Gerente de Tecnologias da Informação (TI): Gustavo Storck

Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos

Revisor Institucional: Edison José Correa e José Maurício Carvalho Lemos

Coordenação Técnico-pedagógica: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro e Maria Rizoneide Negreiros de Araujo

Produção

Desenvolvimento Web e Administração Moodle: Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Freitas da Silva Pereira, Simone Myrrha

Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz

Michel Bruno Pereira Guimarães

Designer Educacional: Cacilda Rodrigues da Silva e Angela Moreira

Ilustrador: Bruno de Moraes Oliveira

Web Designer: Juliana Pereira Papa Furst

Produtor Audiovisual: Edgard Antônio Alves de Paiva

Diagramador: João Paulo Santos da Silva

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Nescon / UNA-SUS/UFMG:

(<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>>)

Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar

CEP 30.130-100

Belo Horizonte – MG – Brasil

Tel.: (55 31) 3409-9673

Fax: (55 31) 3409-9675

E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

Sumário

Apresentação das autoras	6
Atenção à saúde da criança: aspectos básicos - Apresentação.....	7
Unidade 1 Organização do processo de atenção à saúde da criança	9
Seção 1 - Organização das ações de saúde para a atenção básica à criança: conhecendo a realidade	11
Seção 2 - Planejando a atenção à população infantil.....	13
Unidade 2 Acompanhamento do crescimento da criança	23
Seção 1 - Antropometria.....	25
Seção 2 - A escolha do equipamento e a obtenção das medidas	28
Seção 3 - O registro das medidas.....	31
Seção 4 - Curvas de crescimento	34
Seção 5 - Avaliação do crescimento infantil e condutas em diferentes situações	51
Seção 6 - Estudo de caso: Estefani Lorraine da Silva.....	53
Unidade 3 Acompanhamento do desenvolvimento da criança	59
Seção 1 - Acompanhamento do desenvolvimento da criança: conceito e importância	61
Seção 2 - Instrumentos de avaliação do desenvolvimento: observar e verificar	66
Seção 3 - Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação	86
Unidade 4 Aleitamento materno e orientação alimentar para crianças	89
Seção 1 - Alimentação das crianças do nascimento aos seis meses	92
Seção 2 - Alimentação das crianças de seis a 24 meses	112
Seção 3 - Alimentação de crianças a partir de três anos de idade	123
Unidade 5 Vacinações	127
Seção 1 - Calendário Nacional de Vacinações.....	129
Seção 2 - Orientações importantes para a vacinação da criança	135
Unidade 6 Cuidados especiais com a saúde da criança na Atenção Básica	138
Seção 1 - Sinais de perigo de doença grave na criança.....	140
Seção 2 - Diarreia e desidratação	142
Seção 3 - Problemas respiratórios	151
3.1 - O atendimento da criança.....	152
3.2 - A avaliação clínica e a abordagem terapêutica da criança com problema respiratório	153
Seção 4 - Outras situações especiais a serem avaliadas	156
Conclusão.....	158
Referências.....	162
Apêndices	166

Apresentação das autoras

Claudia Regina Lindgren Alves

Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Ciências da Saúde. Coordenadora do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG.

Isabela Resende Silva Scherrer

Médica Pediatra (UFMG), mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente (UFMG). Membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG.

Luana Caroline dos Santos

Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Saúde Pública pela USP. Membro do Centro Colaborador em Alimentação em Nutrição (CECAN - Sudeste II) do Ministério da Saúde e pesquisadora do Grupo de Intervenções em Nutrição (GIN).

Atenção à saúde da criança: aspectos básicos

Apresentação

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

- organizar a atenção básica à criança, segundo demanda programada;
- 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;
- conhecer e prescrever as vacinas do calendário infantil;
- acolher, assistir e encaminhar adequadamente as crianças que buscam espontaneamente as unidades básicas de saúde;
- prestar adequadamente o primeiro atendimento a crianças com doenças respiratórias, doença diarreica e algumas outras doenças prevalentes na atenção básica.

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, “cuidado da criança”.

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 durante o desenvolvimento delas. 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 e o conhecimento da realidade de saúde sociocultural e psicossocial da comunidade em que atua. Por isso, essas ações são consideradas estruturantes da assistência à saúde da criança.

Ao elaborar esta disciplina, 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 da disciplina. Você também precisará levantar dados sobre a comunidade em que 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.

Esta disciplina é apresentada em seis unidades:

- Unidade 1 - Organização do processo de atenção à saúde da criança.
- Unidade 2 - Acompanhamento do crescimento da criança.
- Unidade 3 - Acompanhamento do desenvolvimento da criança.
- Unidade 4 - Aleitamento materno e orientação alimentar para crianças.
- Unidade 5 - Vacinações.
- Unidade 6 - Cuidados especiais com a saúde da criança.

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

Unidade 1

Organização do processo de
atenção à saúde da criança

Unidade 1

Organização do processo de atenção à saúde da criança

Crescimento e desenvolvimento são marcas da infância. Crescer e se desenvolver 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.

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.

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.

Para o estudo desta Unidade 1, você terá acesso às seguintes seções:

- Seção 1. Organização das ações de saúde para a atenção básica à criança: conhecendo a realidade.
- Seção 2. Planejando a atenção à população infantil (o acolhimento, o calendário de acompanhamento – demanda programada, a primeira consulta e as consultas subsequentes, a busca dos faltosos, o atendimento da demanda espontânea).

Seção 1

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

O acompanhamento do crescimento, bem como o 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 do processo 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; pretendemos que você consiga, ao final, propor alterações significativas na forma de trabalho de sua equipe.

Algumas questões são recorrentes e fundamentais no planejamento do atendimento:

- Como compatibilizar o atendimento a pacientes com problemas agudos (demanda espontânea) 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.

LEMBRE-SE DE QUE 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 possível, para concretização dos objetivos;
- avaliar os resultados obtidos.

Seção 2

Planejando a atenção à população infantil

Nesta Seção 2, vamos abordar os aspectos relacionados ao acolhimento e à captação do recém-nascido, do lactente e da criança da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família para um acompanhamento de sua saúde. São apresentados os critérios para classificação de risco, instruções para fazer o calendário de acompanhamento e os aspectos principais da consulta.

2.1 O acolhimento

A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico precoce e na recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não.

A organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias – e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido.

Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança. A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “passaporte da cidadania” da criança até cinco anos.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (CSC)

Como você deve ter observado, a nova Caderneta 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.

A CSC, em sua 12ª ed. (2018) tem uma formatação para “menino” e “menina” (Figura 1), e tem várias funções, destacando-se, em relação à educação para a saúde, os itens: identificação, direitos dos pais e das crianças, os primeiros dias de vida, amamentando o bebê, dez passos para alimentação saudável de crianças menores de 2 anos e de 2 a 10 anos, suplementação de ferro e vitamina A, estimulando o desenvolvimento com afeto, vigiando o crescimento da criança, vacinação – direito da criança, dever dos pais/cuidadores, saúde bucal, saúde ocular e auditiva, cuidados com a saúde da criança, cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violências.

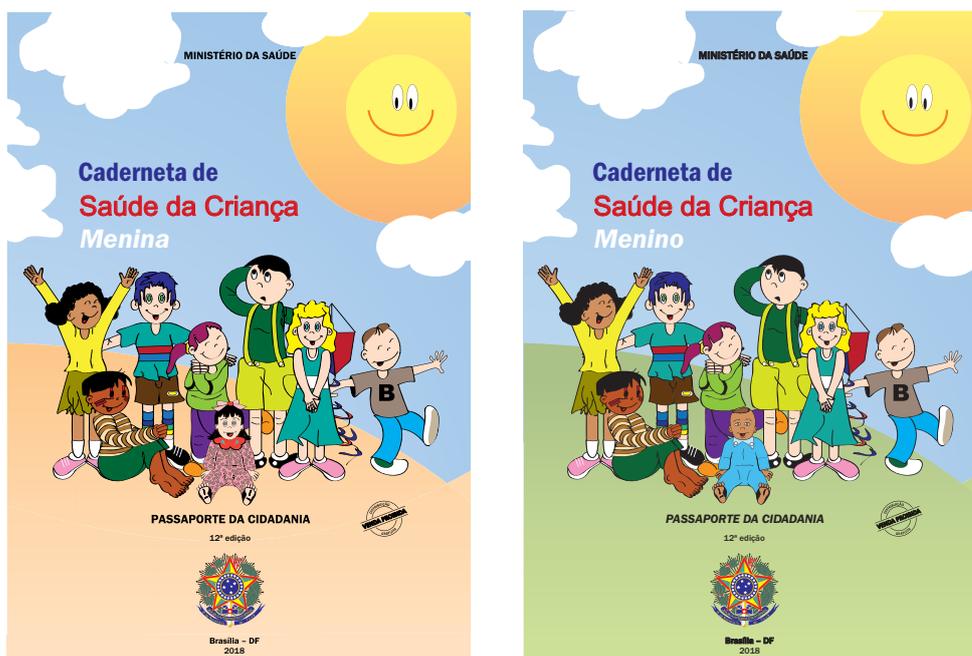
Para o registro dos profissionais: informações, dados e procedimentos sobre a saúde da criança, são apresentados os itens: dados sobre gravidez, parto e puerpério, dados de nascimento, vigilância do desenvolvimento, principais fatores de risco e alterações físicas que se associam a problemas do desenvolvimento, situações especiais: síndrome de Down, autismo, vigilância do crescimento infantil, vigiando a pressão arterial, registros de procedimentos da saúde bucal, saúde ocular e auditiva, registros de suplementação de ferro e vitamina A, registro de vacinas, registro da alimentação da criança e registro das intercorrências: doenças, relatórios de internações, acidentes, alergias e outros.

Caderneta de Saúde da Criança, 2018 – Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menino.pdf>>

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menina.pdf>>

Figura 1 - Caderneta de saúde da criança (capas)



ACOLHIMENTO E ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÊM-NASCIDO

Atenção à saúde do recém-nascido (quatro volumes):

Volume 1: Cuidados gerais (BRASIL, 2011a). **Disponível em:**

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf>;

Volume 2: Intervenções comuns, icterícia e infecções (BRASIL, 2011b). **Disponível em:**

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf>;

Volume 3: Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos (BRASIL, 2014a). **Disponível em:**

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v3.pdf>;

Volume 4: Cuidados com o recém-nascido pré-termo (BRASIL, 2014b). **Disponível em:**

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v4.pdf>.

Depois do nascimento, a equipe de saúde da família deverá proceder à captação do recém-nascido o mais precocemente possível. Para se ter uma ideia da cobertura desse acolhimento, tomando-se como referência a população de Minas Gerais (Quadro 1), uma equipe de Saúde da Família com 3.500 pessoas adscritas, deveria ter, sob seus cuidados, em Minas Gerais, cerca de 45 crianças até um ano de idade (1,27% de 3.500). Na mesma lógica, teria 183 crianças de 1 a 5 anos, e 255 crianças de 5 a 10 anos. No total, 483 crianças adscritas.

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

Local	Até 1 ano	De 1 até 5 anos	De 5 até 10 anos	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: LEÃO, 2013.

2.2 O calendário de acompanhamento - demanda programada

O acompanhamento da criança – que se inicia com a visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar e as ações da Primeira Semana Saúde Integral – deve ser programado por meio de um calendário de atendimentos individuais e coletivos, que inclua visitas domiciliares, participação da família em grupos educativos e consultas médicas e de enfermagem (Quadro 2).

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

A Unidade 4, “Programação das ações da Equipe de Saúde da Família”, do módulo “Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde”, apresenta uma proposta de definição de clientela a ser atendida, números populacionais e acompanhamento de ações para alguns grupos de risco ou de vulnerabilidade, entre os quais se incluem a programação de atenção para crianças até um ano e crianças de um até quatro anos.

Uma planilha on-line apresenta, automaticamente, os números de cada grupo, relacionados à população adscrita a uma equipe de saúde da família. **Disponível em:**

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247>>.

A equipe básica – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) – é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança, sendo desejável a participação de outros profissionais que compõem a equipe de apoio (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, equipe de saúde bucal, profissional da zoonose e outros). Sempre que necessário, a criança deverá ser encaminhada ao pediatra e/ou especialista.

Sendo o primeiro ano de vida uma etapa de extrema vulnerabilidade, recomenda-se um menor intervalo entre os atendimentos: sete consultas individuais, com o médico e a enfermagem; quatro sessões de grupos educativos e 12 visitas domiciliares pelo ACS.

No segundo ano, são recomendadas duas consultas individuais e 12 visitas domiciliares. A partir de dois até os cinco anos, recomenda-se uma consulta individual anual e 12 visitas domiciliares anuais.

Quadro 2 - Calendário de acompanhamento programado até 5 anos de idade

Atividade	Idade da criança																							
	Dias			Meses															Anos					
	24h. após a alta	5º	15ª 21	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	14	17	18	24	3	4	5	
Visita domiciliar do ACS																								
Primeira Semana Saúde integral																								
Consulta médica																								
Consulta de enfermagem																								
Grupo educativo																								

Fonte: LEÃO, 2013.

2.3 A primeira consulta e as consultas subsequentes

A anamnese da **primeira consulta** deve permitir que o maior número de informações a respeito da criança seja conseguido. Para isso, quando feito o agendamento, deve estar previsto um tempo maior. O atendimento das crianças nas **consultas subsequentes**, agendadas de acordo com o calendário proposto, deve sempre seguir um roteiro, para que não se esqueçam dados importantes para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

LEITURA:

Leia: Semiologia da criança e do recém nascido.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Semiologia-crianca-recem-nascido.pdf>>

2.4 A busca dos faltosos

As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo ACS para identificação dos motivos da sua ausência, orientação aos familiares e reagendamento. Atenção especial deve ser dada às crianças em situações de risco, pessoal, familiar ou social. Quando não comparecerem a qualquer atividade agendada na Unidade Básica de Saúde (UBS), as famílias deverão ser contatadas com urgência. Em caso de internação da criança, a equipe deverá manter contato permanente com a família e, se possível, com o hospital, para retomar um planejamento da assistência.

Assim, o acolhimento significa o esforço e o compromisso da equipe para resolver o problema que motivou a procura ao serviço, podendo resultar em simples informação para a família, novo agendamento, consulta não programada imediata ou até encaminhamento para serviço de urgência ou referência especializada.

2.5 O atendimento da demanda espontânea

Todas as crianças que são levadas às UBS fora da data agendada para atendimento, seja por retomada de uma falta à atividade programada, seja por apresentar algum problema de saúde detectado pela família ou pelo ACS na visita domiciliar, devem ser acolhidas, em constante postura de escuta, para que o fluxo do atendimento da criança seja eficaz, com ações de receber, escutar, construir vínculos, analisar, tomar decisões e programar ações.

Na organização da agenda das atividades do médico e do enfermeiro, deve-se reservar um espaço para essas consultas não programadas, que serão atendidas e classificadas por risco (Quadro 3).

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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso ao nascer (menos que 2500g) • 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.

A criança em situação de risco do Grupo II deverá ter prioridade no atendimento.

A presença de algum dos sinais de perigo apresentados no Quadro 4 indica a necessidade de atendimento médico imediato e/ou encaminhamento ao serviço de urgência.

Quadro 4 - Cuidados com a saúde das crianças: sinais de perigo

Os sinais de perigo variam com a idade e indicam que a criança pode estar com uma doença grave.

Crianças com menos de dois meses

Se a criança tiver menos de dois meses de idade, você deve procurar **IMEDIATAMENTE** o serviço de saúde mais próximo de sua casa quando observar algum dos seguintes sinais de perigo:

- Está muito “molinha” e “caidinha” - movimentando-se menos que o normal.
- Está muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (ataque) ou perda de consciência.
- Dificuldade ou cansaço para respirar ou respiração rápida.
- Não consegue mamar.
- Vomita tudo o que ingere.
- Umbigo com vermelhidão ao redor ou com secreção malcheirosa.
- Temperatura do corpo baixa, menor ou igual a 35,50 C.
- Febre - temperatura maior ou igual a 37,80 C.
- Pus saindo da orelha.
- Cor amarelada da pele (icterícia), atingindo os braços e as pernas do bebê.
- Cor amarelada da pele em criança com mais de duas semanas.
- Urina escura.
- Fezes escuras. Observe a cor das fezes da criança usando a escala de cores abaixo. Se a cor das fezes for suspeita, procure com urgência o serviço de saúde.

Crianças com dois meses ou mais

Se a criança tiver idade igual ou maior que dois meses, você deve procurar **IMEDIATAMENTE** o serviço de saúde mais próximo de sua casa quando observar algum dos seguintes sinais de perigo:

- Dificuldade de respirar ou respiração rápida.
- Não consegue mamar ou beber líquidos.
- Vomita tudo o que ingere.
- Está muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (ataque) ou perda de consciência.

Se você identificar uma situação de urgência, disque para o nº 191 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A ligação é grátis.



Fezes normais

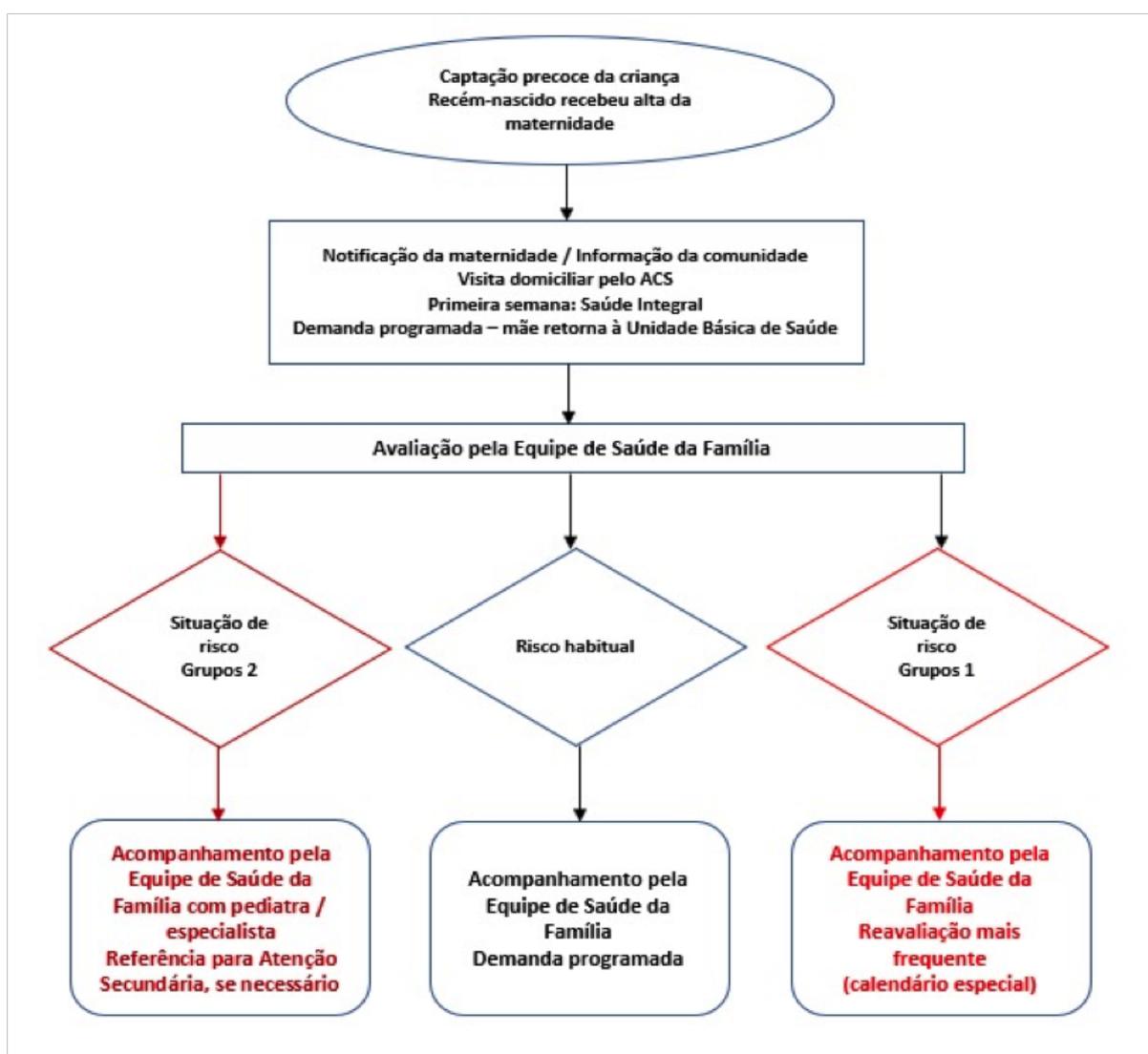


Fezes suspeitas

Cada contato entre a criança e a equipe, independentemente do motivo, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e uma ação resolutiva de promoção da saúde, com forte caráter educativo.

O Fluxograma da Figura 2 resume como deve ser planejada a assistência à saúde da criança até os 10 anos de idade.

Figura 2 - Fluxograma de captação precoce e atenção à saúde da criança pela equipe de Saúde da Família



Fonte: MINAS GERAIS, 2005.

Unidade 2

Acompanhamento do
crescimento da criança

Unidade 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. 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 o adolescente estiver crescendo bem.

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 dos próprios filhos.

É que as crianças crescem. Independentes de nós, como árvores, tagarelas e pássaros estabanados.

Elas crescem sem pedir licença. Crescem como a inflação, independente do governo e da vontade popular. Entre os estupros dos preços, os disparos dos discursos e o assalto das estações, elas 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 se assentam perto de você no terraço e dizem uma frase de tal maturidade que você sente que não pode mais trocar as fraldas daquela criatura.

(SANT'ANNA, 2010.)

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?

Seção 1

Antropometria

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.

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.

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, 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 5.

Quadro 5 - Características e equipamentos necessários para obtenção dos principais índices antropométricos da criança

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

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018. IMC: índice de massa corporal

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.

LEITURA: OS EQUIPAMENTOS

Para saber mais sobre como calibrar e verificar a conservação dos equipamentos, consulte o manual Como pesar e medir (BRASIL, 2011c), **disponível em:**

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>

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

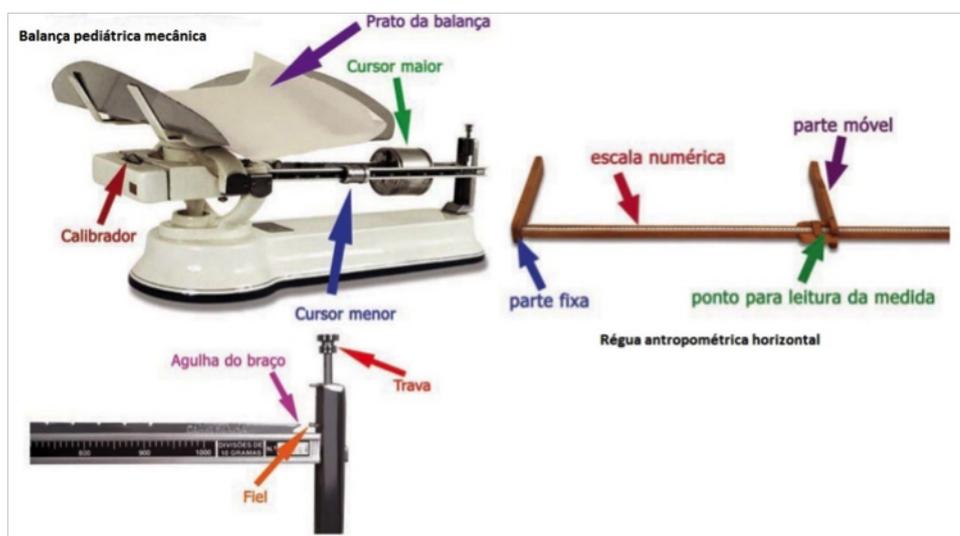
1. a escolha do equipamento e a obtenção das medidas;
2. o registro das medidas;
3. a interpretação dos dados antropométricos;
4. o compartilhamento das informações com a família.

Seção 2

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. A Figura 3 mostra alguns detalhes dos equipamentos usados para pesar e medir a criança pequena.

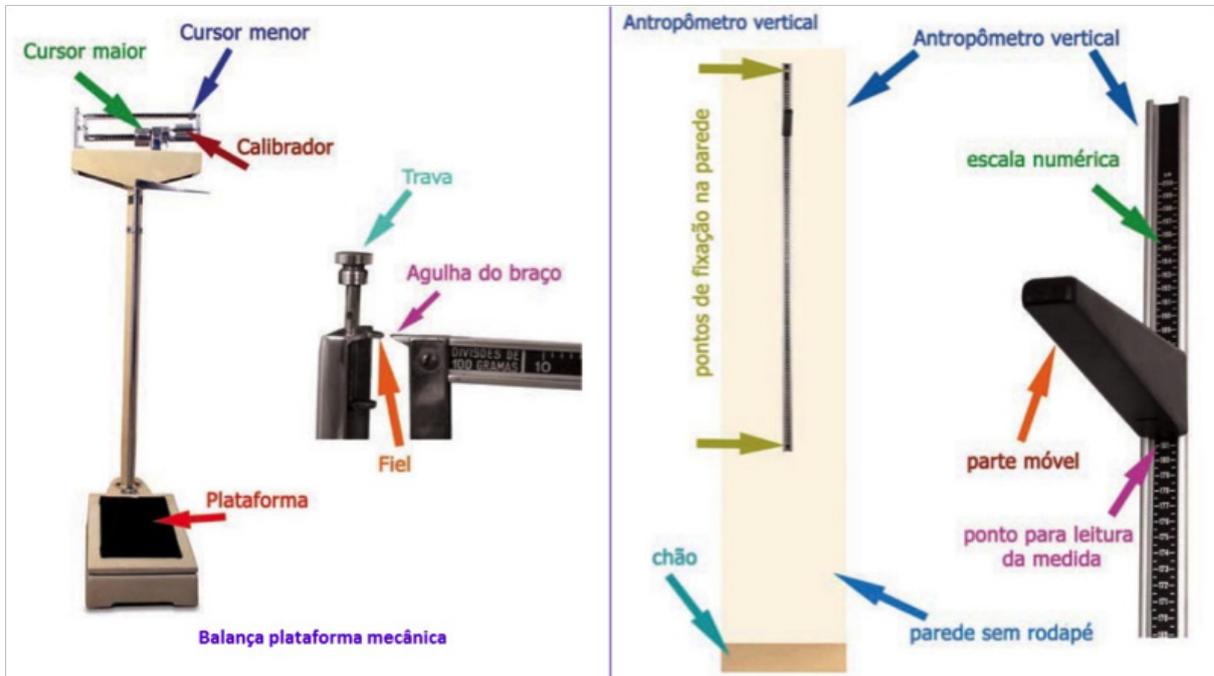
Figura 3 - Balança pediátrica mecânica e régua antropométrica horizontal



Fonte: BRASIL, 2011c.

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 4 mostra esses equipamentos. Nessa idade, as crianças devem ser pesadas e medidas de pé.

Figura 4 – Balança plataforma tipo adulto e régua antropométrica vertical



Fonte: BRASIL, 2011c.

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: crescimento, alimentação, educação, desenvolvimento”, que demonstra como fazer a antropometria de lactentes e de crianças com mais de três anos.

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1672.mp4>>

(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 você pretende solucionar os problemas encontrados? Discuta o assunto com sua equipe e registre suas conclusões.

Estes são alguns pontos que precisam ser considerados ao pesar e medir uma criança, como foi mostrado 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 5. 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!

Figura 5 - Técnica de posicionamento da criança na régua antropométrica horizontal



Fonte: BRASIL, 2011c.

Agora seria interessante verificar a adequação de seus procedimentos ao avaliar o crescimento da criança. Caso tenha se lembrado de verificar todos os itens da lista acima, 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 sobre como você pretende superar suas dificuldades.

A antropometria é um recurso poderoso para o acompanhamento do crescimento e, na Seção 2, 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 (Seção 3).

Seção 3

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 utilizar 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 a 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 **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. Em contrapartida, 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.

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 a 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. Versões atualizadas da CSC vêm sendo publicadas a cada ano. As versões atualizadas, 12ª edição, 2018, (BRASIL, 2018a; 2018b) estão **disponíveis em:**

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menino.pdf>>

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menina.pdf>>

LEITURA RECOMENDADA: CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2018

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2018a; 2018b) também oferece as curvas em escore-z nos sites:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menino.pdf>>

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menina.pdf>>

PARA SABER MAIS

No site abaixo, você encontrará várias informações e materiais sobre as novas curvas da OMS (em inglês). Vale a pena conferir!

The WHO Child Growth Standards. **Disponível em:** <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>

A recomendação do Ministério da Saúde é utilizar as curvas de crescimento da criança baseadas no escore-z. Espera-se, dessa forma, conseguir mais poder de comparação entre os dados de diferentes países.

VOCÊ SABE QUAL É A DIFERENÇA ENTRE PERCENTIL E ESCORE-Z?

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 1,80m é o 90o percentil de uma turma de estudantes, então 90% da turma têm menos de 1,80 m de altura, e 10% têm altura superior a 1,80m.

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.

A utilização das curvas de referência permite:

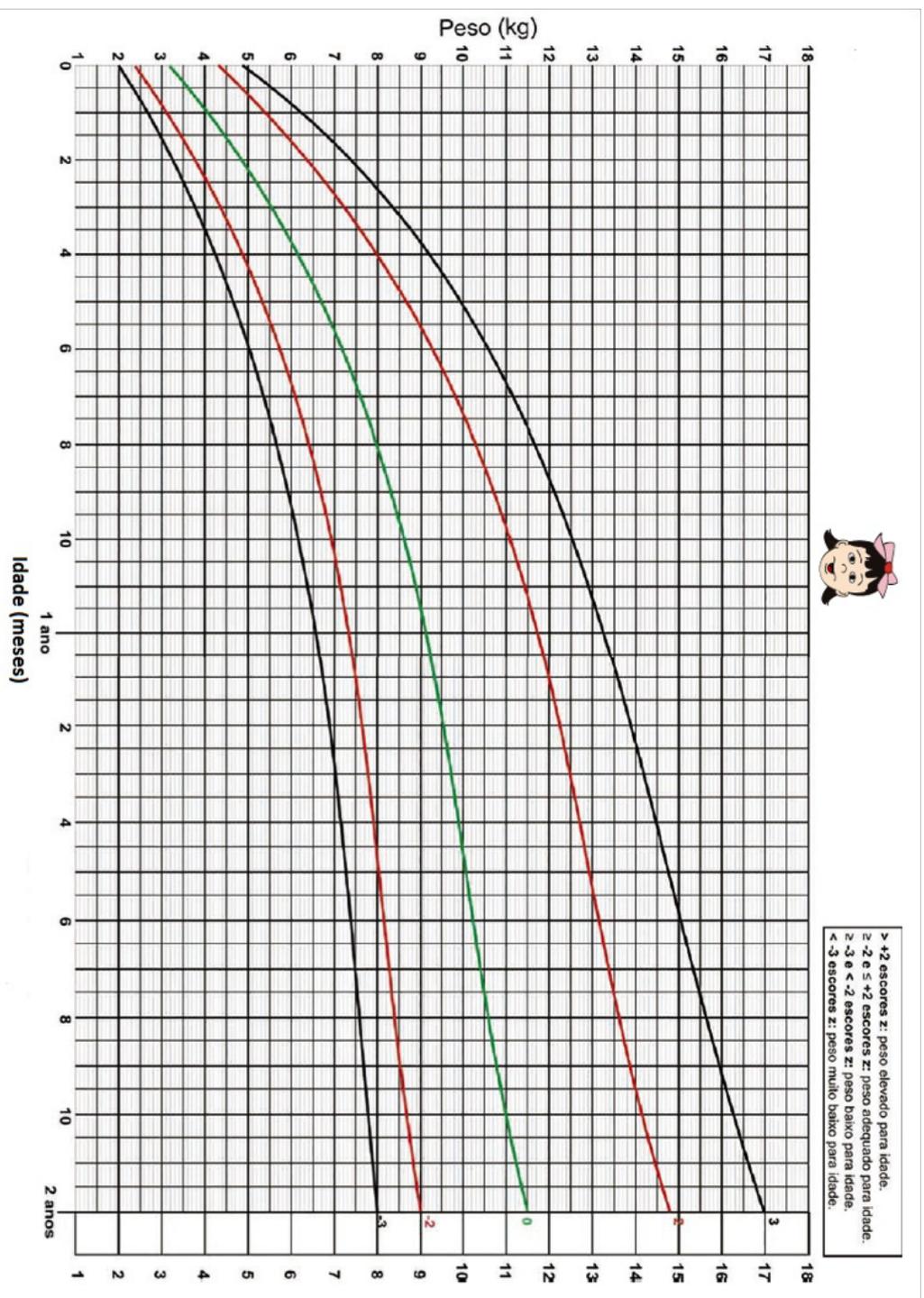
- o registro dos dados antropométricos de uma criança > avaliação transversal;
- o traçado sequencial das medidas (canal de crescimento) da criança > avaliação longitudinal;
- a comparação do crescimento da criança com os referenciais de normalidade > classificação do estado nutricional;
- a identificação precoce de alterações no crescimento da criança > intervenção precoce.

Seção 4

Curvas de crescimento

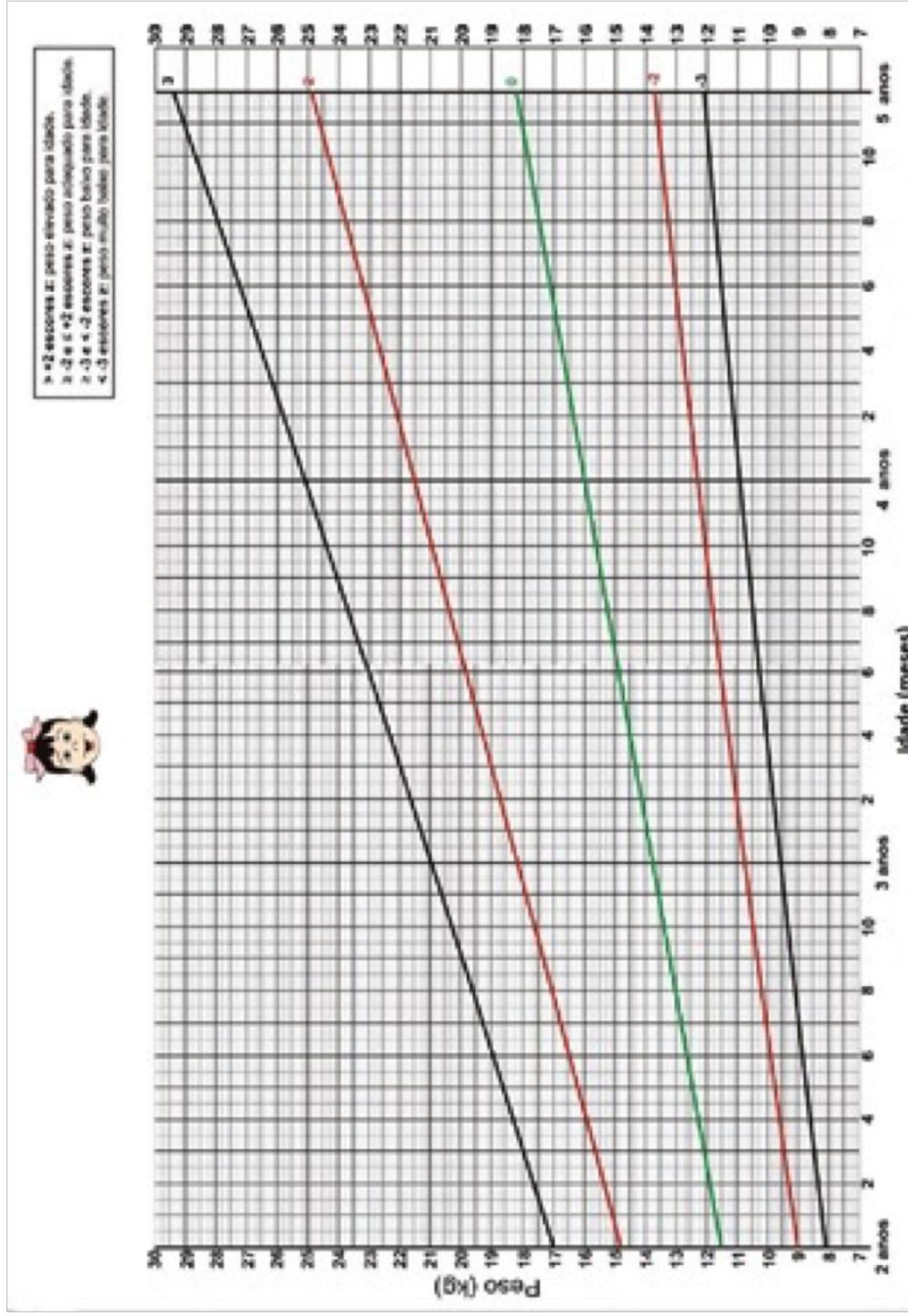
Vamos ver, nas figuras seguintes (6 a 15), curvas de crescimento até 10 anos para meninas, em escore-z: peso x idade, comprimento/altura x idade, perímetro cefálico x idade, índice de massa corporal x idade.

Figura 6 - Peso x idade para meninas até 2 anos (escore-z)



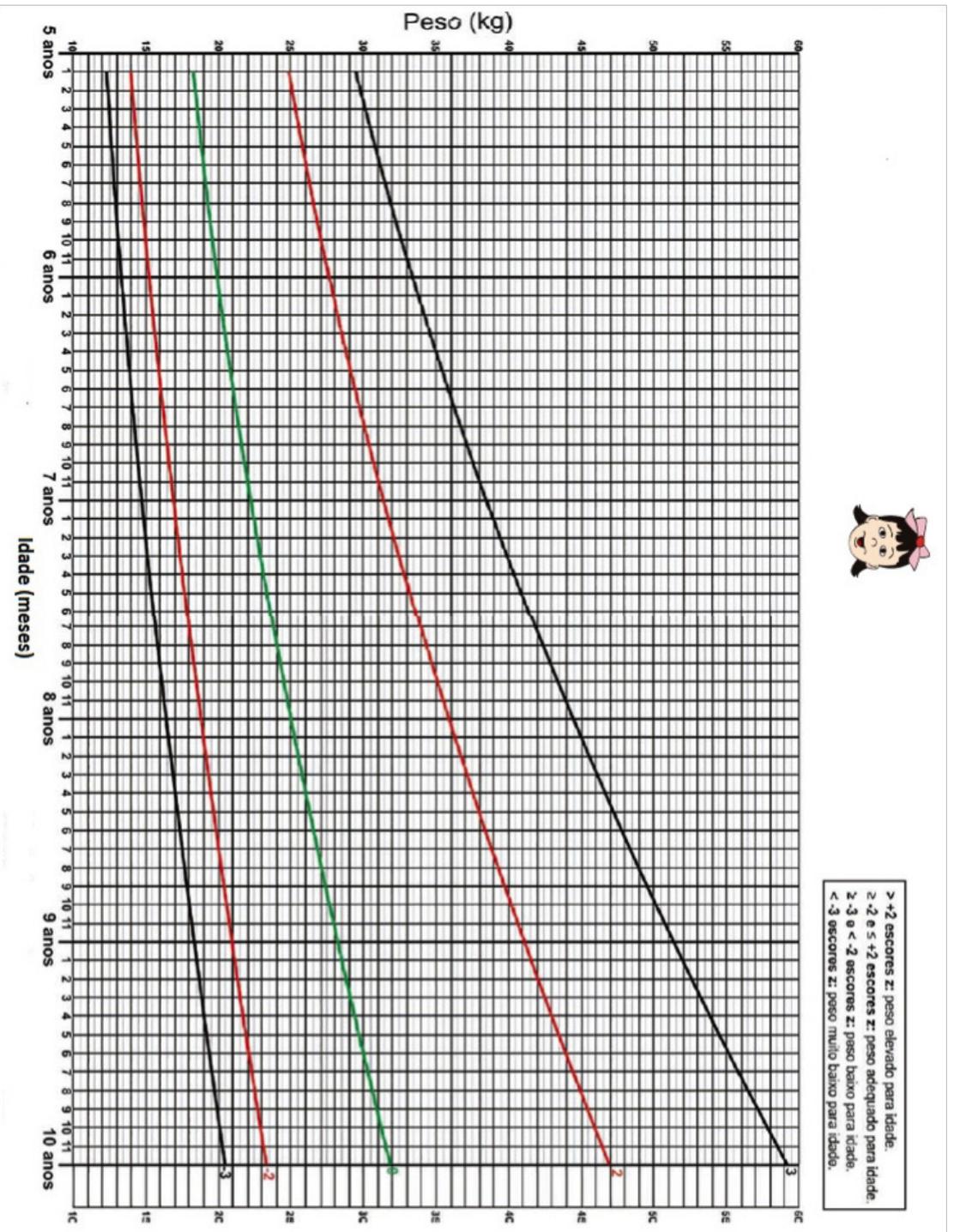
Fonte: BRASIL, 2017a.

Figura 7 - Peso x idade para meninas de 2 a 5 anos (escore-z)



Fonte: BRASIL, 2017a.

Figura 8 - Peso x idade para meninas de 5 a 10 anos (escore-z)



Fonte: BRASIL, 2017a.

Observe o gráfico de peso x idade da CSC (2017). Nele estão apresentadas cinco linhas, cada uma correspondendo a um valor de escore-z: linha preta escore-z ± 3 , linha vermelha escore-z ± 2 , e linha 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 6, como interpretar a posição do ponto correspondente ao indicador peso x idade nas curvas da CSC.

LEMBRE-SE... ESTADO NUTRICIONAL E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

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.

Quadro 6 - 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 na Figura 9.

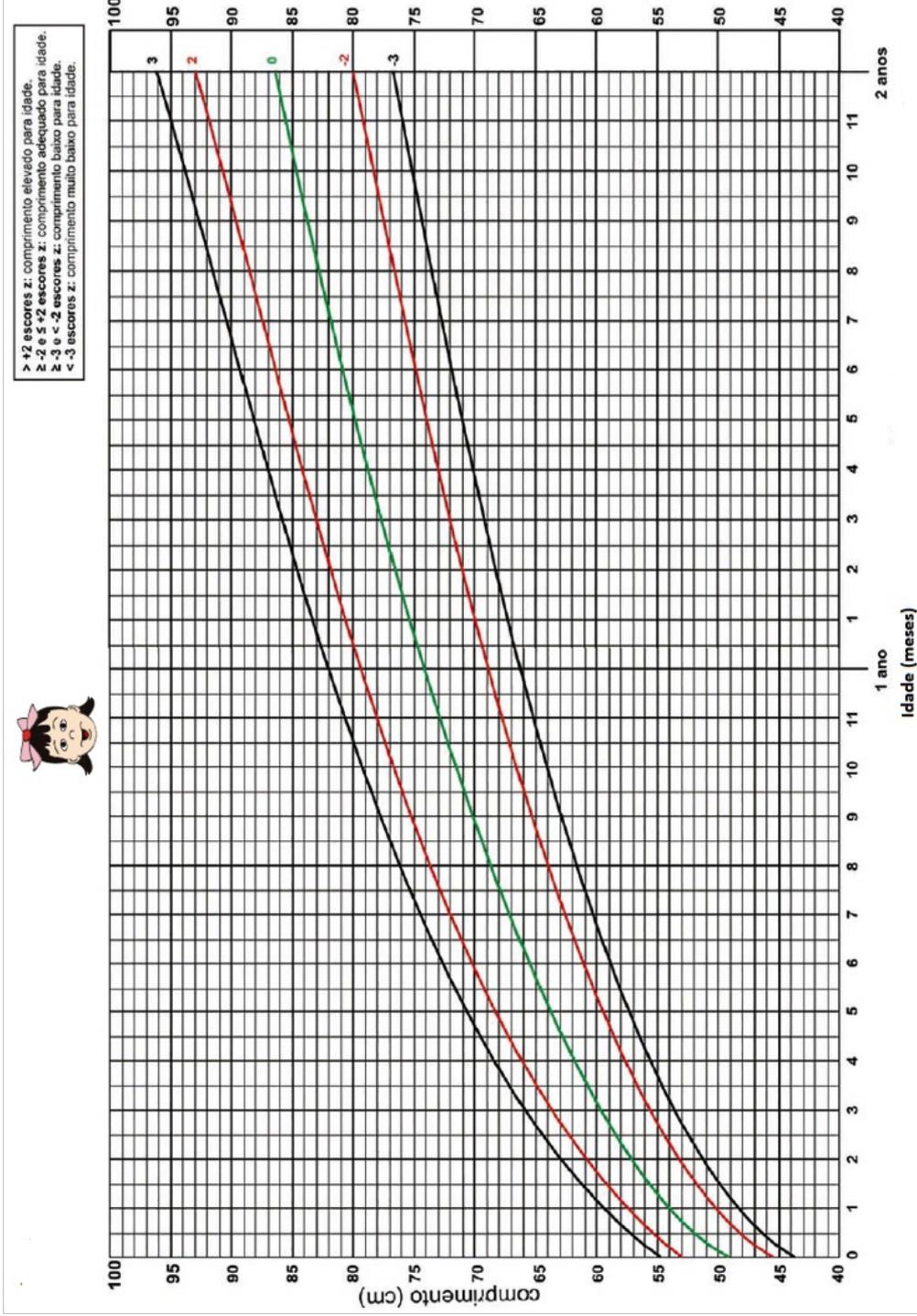
Figura 9 - Interpretação da inclinação das curvas nos gráficos de crescimento da criança

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

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2008.

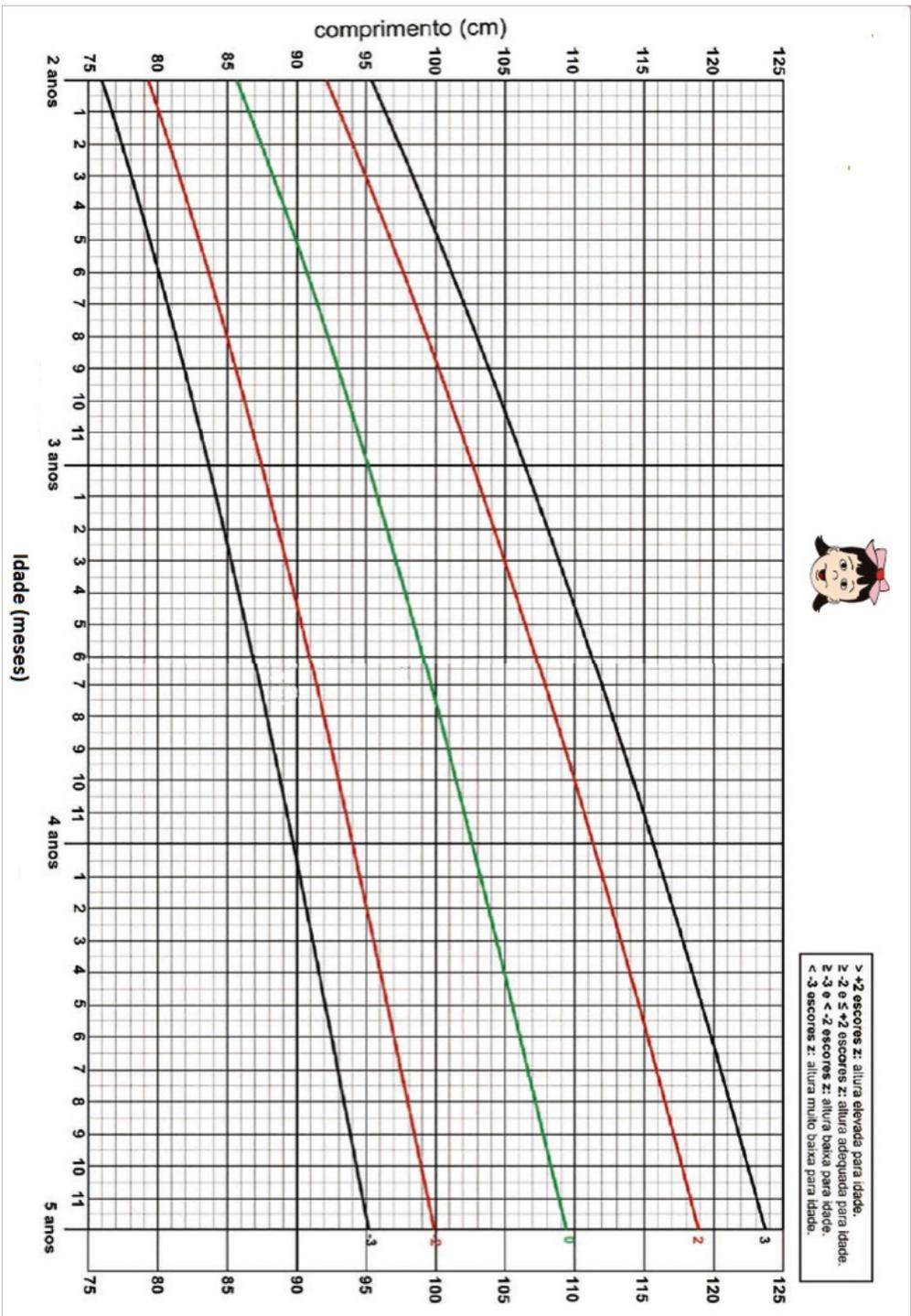
O que podemos concluir com isso? Que precisamos das duas informações – a posição do ponto no gráfico e a inclinação da curva – para avaliarmos o crescimento de uma criança. No Quadro 8, essas duas informações foram agrupadas para que você possa identificar algumas situações encontradas em crianças menores 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 em comprimento e/ou altura e do perímetro cefálico.

Figura 10 - Comprimento x idade para meninas até 2 anos (escore z)



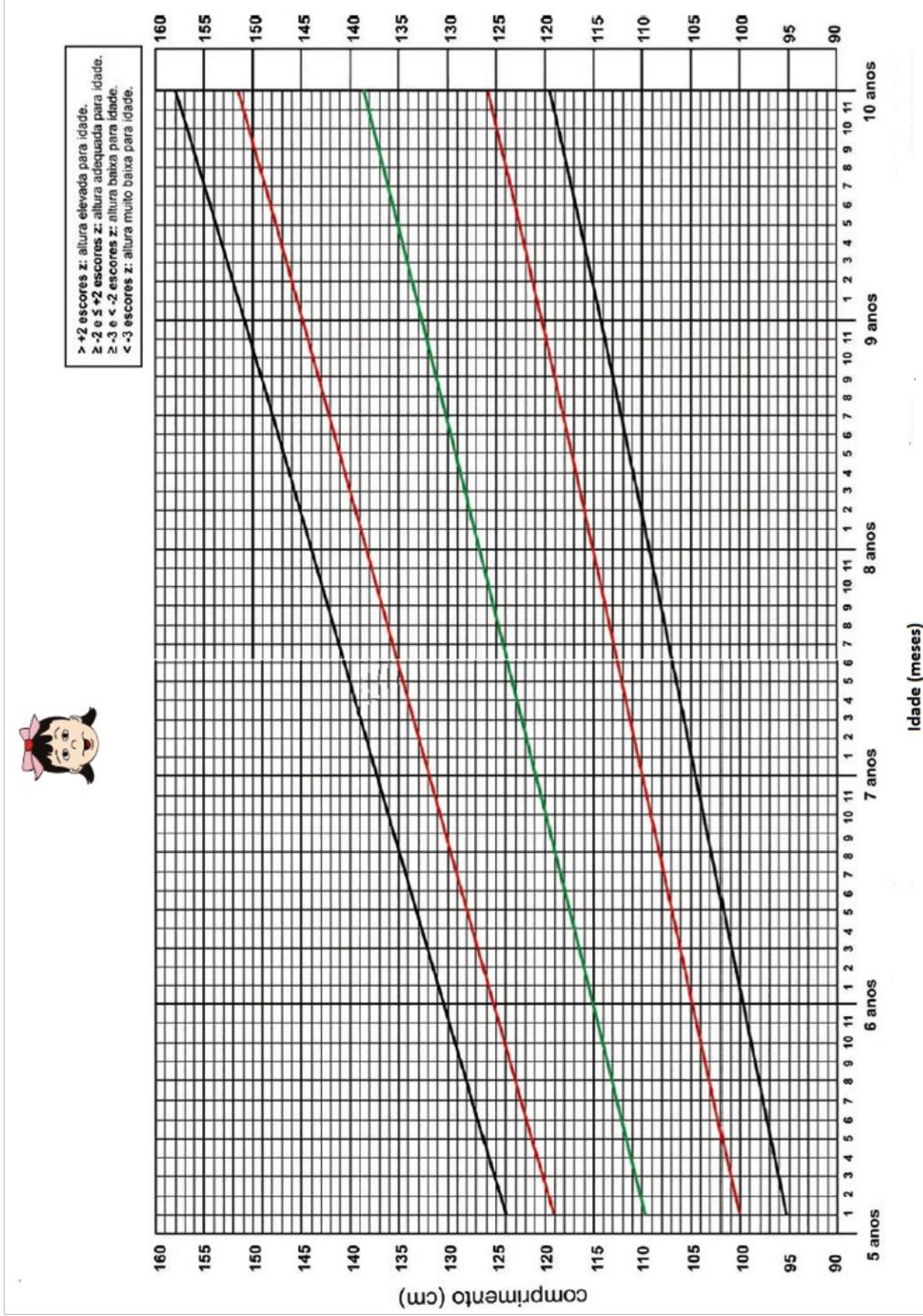
Fonte: Brasil, 2017a.

Figura 11 - Altura x idade para meninas de 2 até 5 anos (escore z)



Fonte: Brasil, 2017a.

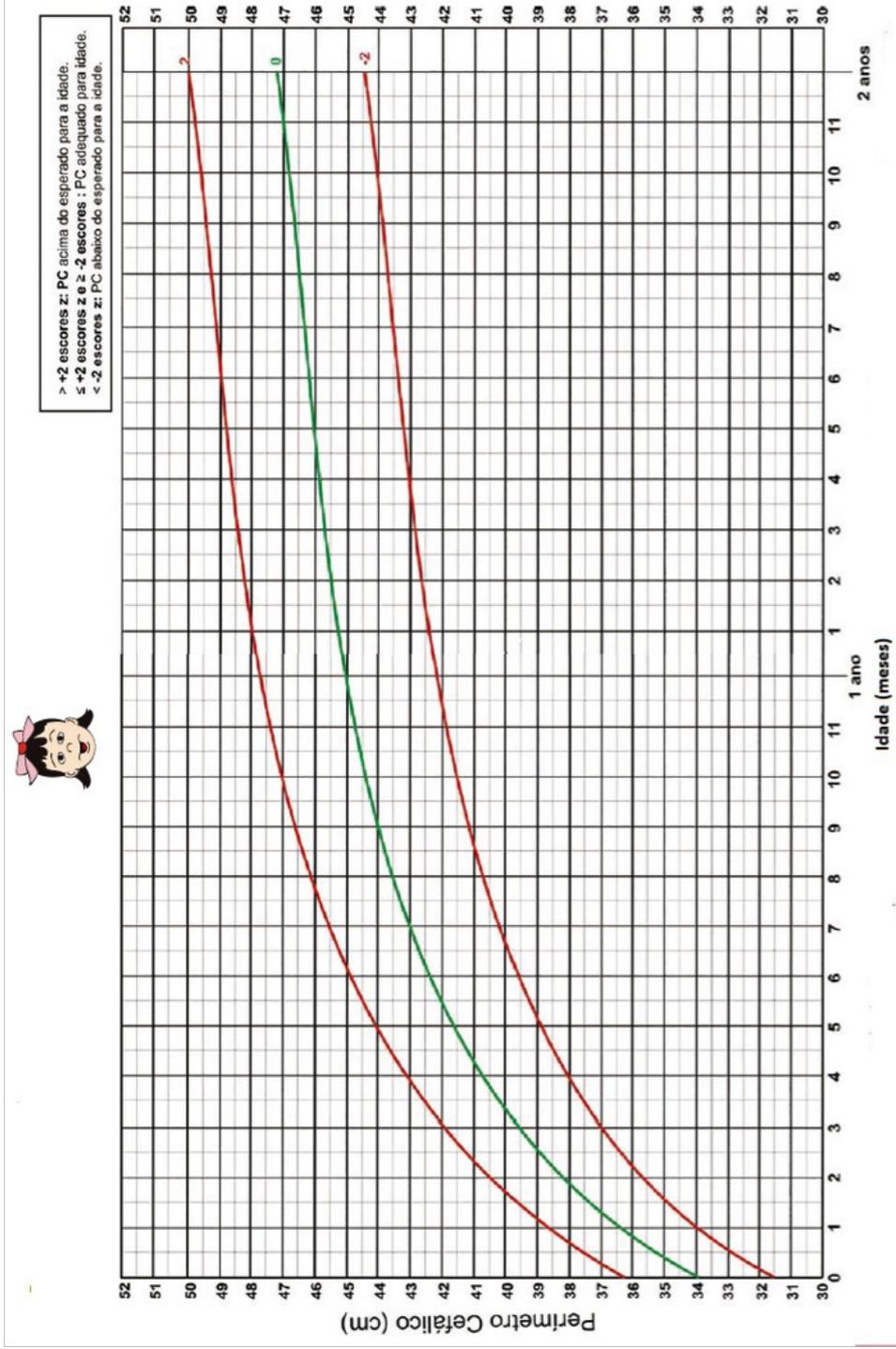
Figura 12 - Altura x idade para meninas de 5 até 10 anos (escore z)



Fonte: Brasil, 2017a.

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 17.

Figura 13 - Perímetro cefálico x idade para meninas até 2 anos (escore-z)



Fonte: Brasil, 2017a.

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! Querem 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 de as 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.

CRESCIMENTO DA CRIANÇA - WHO ANTHRO (VERSION 3.2.2, JANUARY 2011)

Esta página fornece a opção de baixar o software **WHO Anthro** para uso em computadores pessoais (PC) e dispositivos móveis (MD) com sistemas operacionais Windows. Além disso, existem macros para os pacotes de *software* estatístico R, SPSS, SAS, S-Plus e STATA para facilitar a análise de dados.

Disponível em:

<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>.

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.

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.

REPLEÇÃO E ESTIRÃO

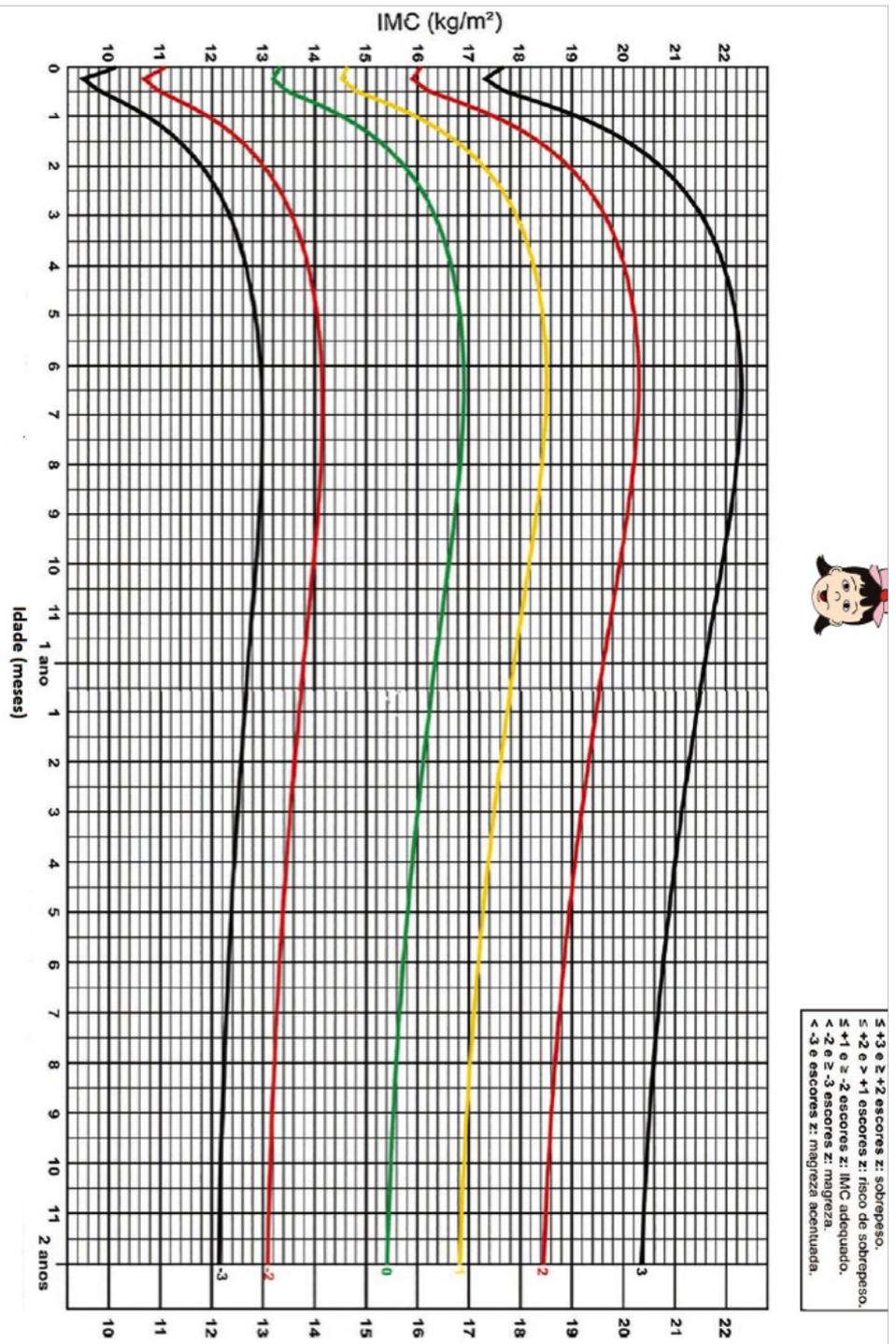
A primeira fase de repleção (aumento de peso) tem lugar entre 1 e 4 anos; segue-se o primeiro estirão (aumento da altura), dos 5 aos 7 anos, depois novo período de repleção, dos 8 aos 10, e um segundo estirão, dos 11 aos 15 anos, um ou dois anos mais cedo nas meninas do que nos meninos.

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

Índice de Massa Corporal (IMC)

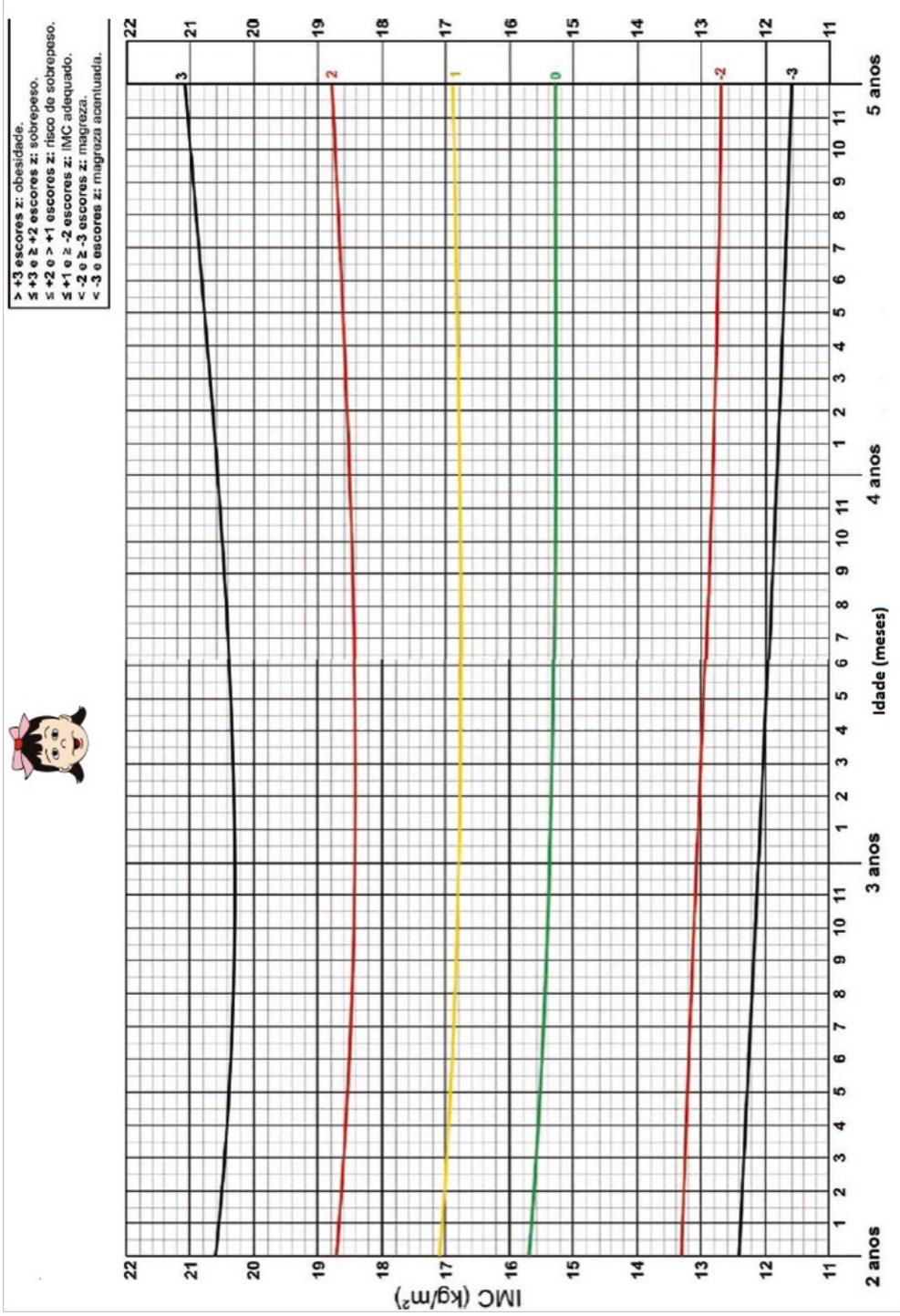
É recomendada a avaliação do crescimento da criança pelo Índice de Massa Corporal para a idade (IMC x idade) pelo fato de esse indicador possibilitar a comparação do crescimento da criança com suas características na vida adulta. Isso significa que as curvas propostas pela OMS para crianças até os 10 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 14 - Índice de massa corporal x idade para meninas até os 2 anos de idade



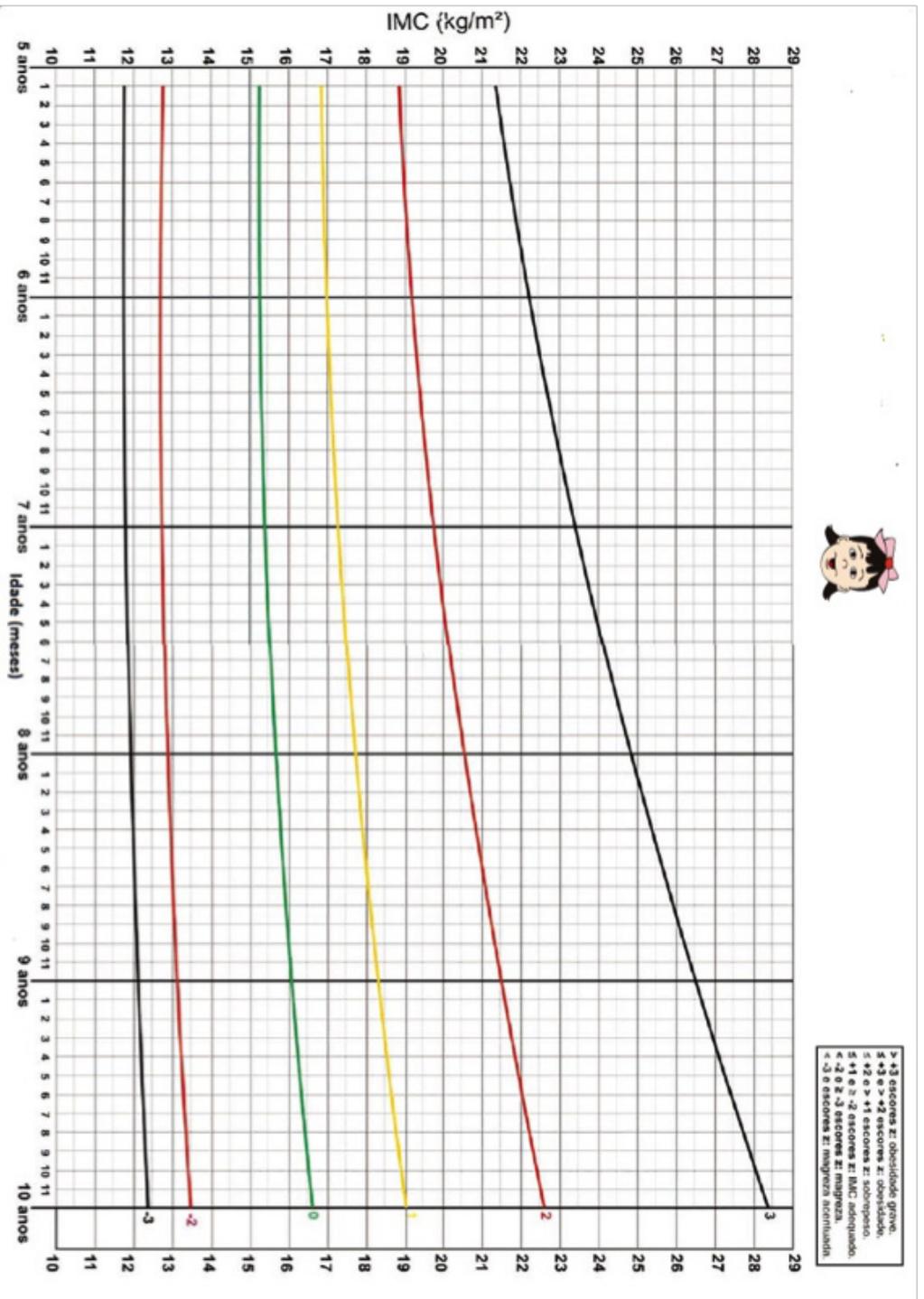
Fonte: Brasil, 2017a.

Figura 15 - Índice de massa corporal x idade para meninas de 2 a 5 anos de idade



Fonte: Brasil, 2017a.

Figura 16 - Índice de massa corporal x idade para meninas de 5 a 10 anos de idade



Fonte: Brasil, 2017a.

Para o cálculo do IMC, divida o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m²). Uma menina com 25,0 kg e 125 cm (ou 1,25 m) tem o IMC de 16,06. Na prática, na calculadora, divida 25,0 por 125 (= 0,8) e divida de novo por 125 (resultado =16,00). Veja a posição no gráfico da Figura 16, ligeiramente abaixo do escore-z 0 (zero), ou seja, peso bem correlacionado com altura: criança com até um pouco mais de altura que peso.

Seção 5

Avaliação do crescimento infantil e condutas em diferentes situações

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 a forma de registrar os dados antropométricos nos gráficos da CSC. O próximo passo é interpretar as informações obtidas.

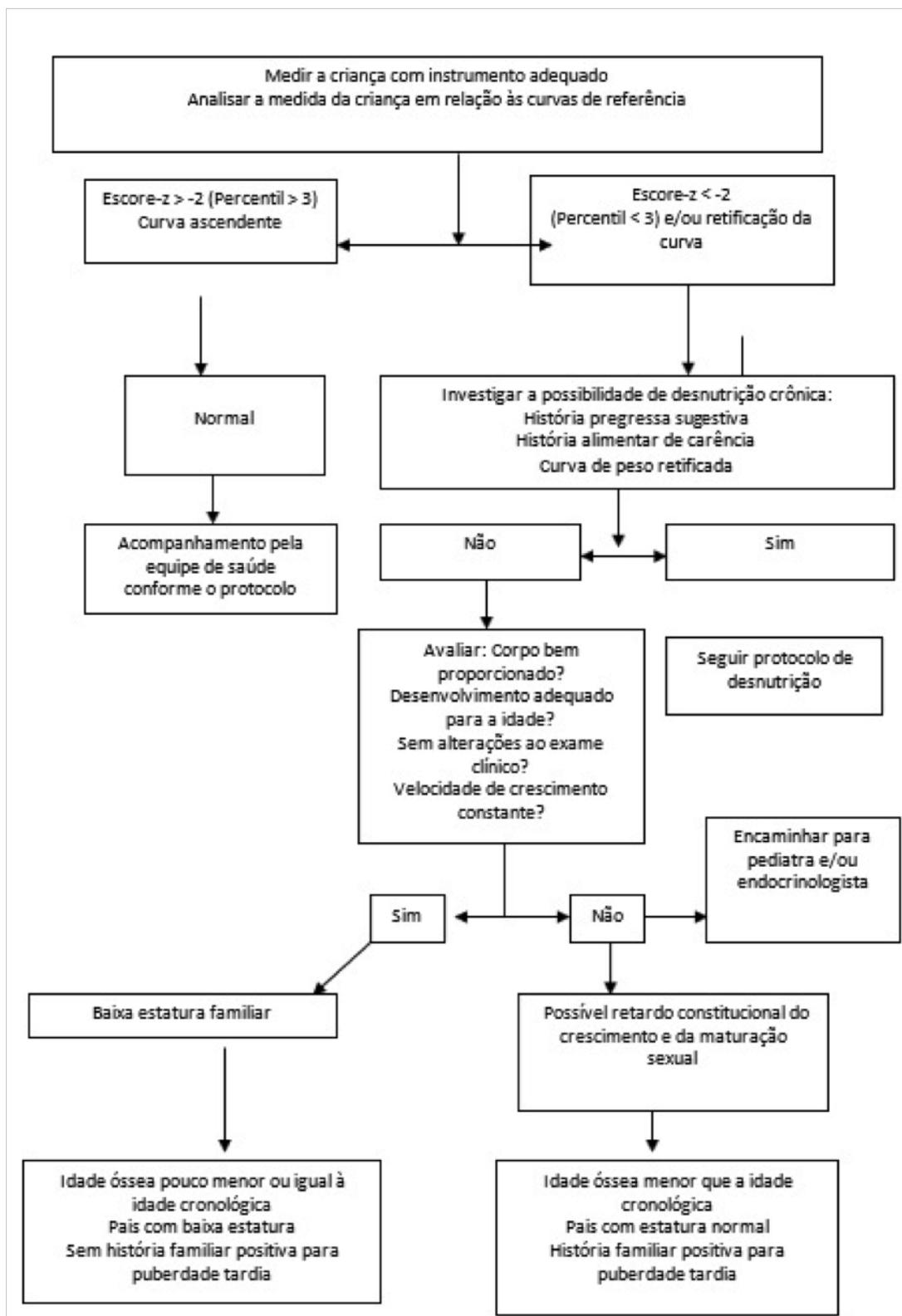
Uma avaliação completa deve incluir a análise da evolução do **peso por idade, comprimento ou altura por idade, perímetro cefálico por idade e índice de massa corporal por idade, em pelo menos dois ou três momentos diferentes.**

A interpretação desses índices antropométricos difere da do peso por idade quanto aos parâmetros de normalidade. Pode estar ascendente, retilínea ou descendente.

Para perímetro cefálico por idade e comprimento ou altura por idade, não esperamos encontrar curvas descendentes. Desse modo, as curvas retificadas indicam perigo, e as curvas ascendentes significam crescimento satisfatório.

A Figura 17 e o algoritmo dessa figura vão ajudá-lo na tomada de decisões relativas ao crescimento estatural das crianças.

Figura 17 - Algoritmo para interpretação e condutas baseadas na curva comprimento x idade



Seção 6

Estudo de caso: Estefani Lorraine da Silva

O CASO DE ESTEFANI LORRAINE DA SILVA: CONTEXTO

Estefani é filha de Beatriz P S e João A S, que se mudaram recentemente para a Rua J, 190 – Beco da Biquinha, em Curupira. A enfermeira Alice, responsável pelo microárea, acolheu D. Beatriz e Estefani na UBS, pela primeira vez, em 7 de agosto de 2015. Analisando a Caderneta de Saúde da Criança de Estefani, Alice informou-se de que a menina nascera no dia 14 de junho 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 quarto 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 5º dia de vida para fazer o “Teste do Pezinho”, o que havia sido feito. A criança estava com as vacinas em dia, peso de 4,7kg, comprimento de 56cm, perímetro cefálico de 38cm. A mãe também informou que Estefani sorri quando brinca com ela. Como Estefani estava sem queixas naquele momento, Alice agendou uma consulta com o médico da equipe para o dia 19 de agosto e parabenizou D. Beatriz por ter trazido a Caderneta de Saúde da Criança, onde estavam anotados, na IDENTIFICAÇÃO, a data de nascimento e o nome da mãe e, nos DADOS DO RECÉM-NASCIDO, a hora, o dia, medidas ao nascimento, sexo e o Apgar de 1 e 5 minutos (10 – 10). Idade gestacional de 39 sem., parto natural, Grupo sanguíneo O Rh+.

Transcreva todas as informações apresentadas no relato da enfermeira Alice para a CSC que você está utilizando para esta atividade. 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, o parto e o pós-parto imediato dessa criança?

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 1 - Estefani Lorraine da Silva

Em 19/08/2009 (idade: 2m5d), 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 2 - Estefani Lorraine da Silva

Em 31/10/2009 (idade: 4m17d), 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, então, 5.600 gramas, 63cm de comprimento e 42cm de PC. Segundo a mãe, a criança já era capaz de levantar a cabeça e os ombros, quando colocada de bruços, desde os 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 3 - Estefani Lorraine da Silva

D. Beatriz só retornou ao Centro de Saúde com Estefani em 05/12/2009 (idade: 5m21d) 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 lembrá-la de fazê-lo. A criança, atualmente, alimenta-se 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 tem 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 4 - Estefani Lorraine da Silva

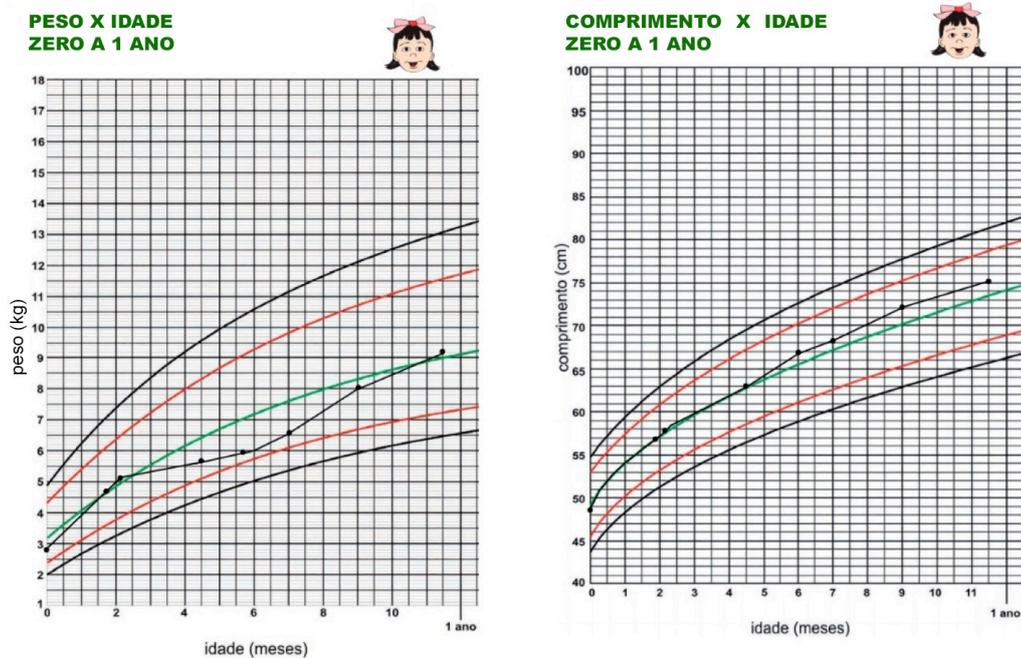
Em 12/01/2010 (idade: 6m28d), Estefani foi trazida ao Centro de Saúde, e suas medidas nessa consulta eram 6.500 gramas de peso, 68 cm de comprimento e 44,5 cm de PC. Foi observado que seus dentinhos, agora quatro, estavam um pouco escurecidos e o caso foi discutido com a equipe de saúde bucal, que orientou 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:

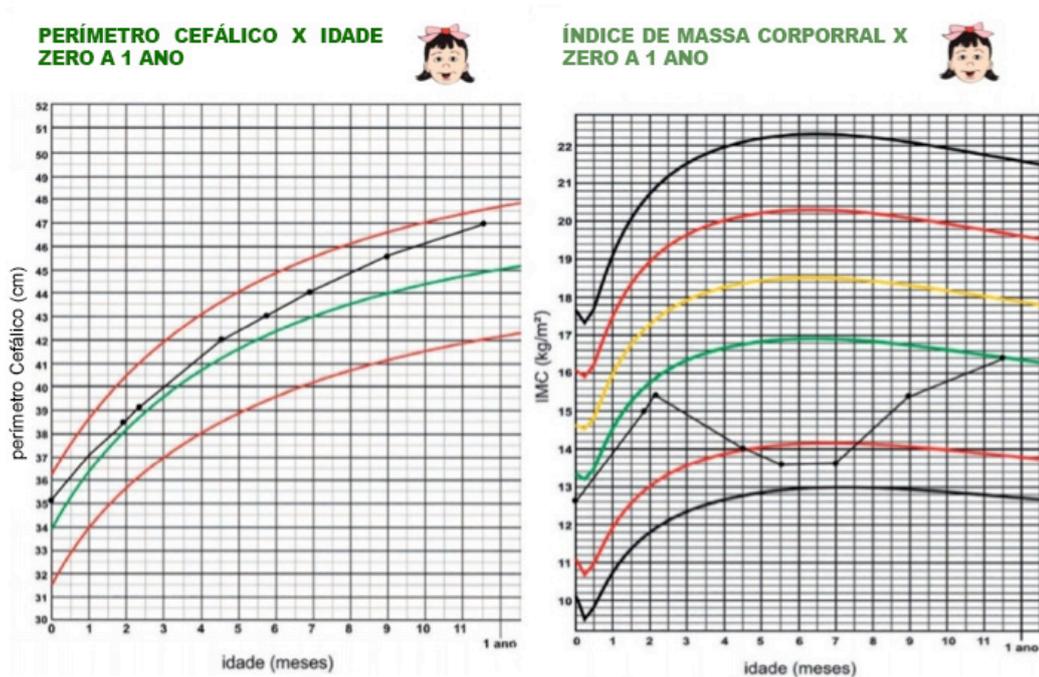
- As medidas do PC, do peso e da altura **ao nascimento** estão registradas na linha vertical que passa pelo ponto zero dos respectivos gráficos.
- **Em cada mês** foi marcado apenas um ponto, correspondendo às medidas obtidas na consulta com data mais próxima do dia do nascimento.
- Os pontos foram **unidos com uma linha cheia** quando as medidas tinham **dois meses ou menos de intervalo**.
- **Os eventos com possível 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.
- **As erupções e as alterações dentárias foram registradas** no local apropriado.

Veja como as anotações devem ter sido registradas (Figuras 18 e 19).

**Figura 18 - Gráficos de crescimento de Estefani Lorraine da Silva:
peso x idade; comprimento x idade**



**Figura 19 - Gráficos de crescimento de Estefani Lorraine da Silva
perímetro cefálico x idade; índice de massa corporal x idade**



Como você se saiu? Se tiver se esquecido de 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, da altura, do peso e do IMC de Estefani, 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.

Para terminar sua avaliação do crescimento de Estefani Lorraine, interprete-o de acordo com o algoritmo da Figura 17.

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.

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 (Apêndice A). 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 a perda aguda de peso. Também havia sido totalmente desmamada. Poderíamos pensar também que sua alimentação não estivesse adequada. Seriam então três possíveis explicações para a 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!).

Devido à 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 constatou-se que 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 SABIA? 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.

Veja, na Caderneta de Saúde da Criança (2018), a seção SAÚDE BUCAL (importância dos dentes decíduos, desenvolvimento dos dentes, dicas para a limpeza da boca/dentes, orientações importantes, cárie dentária).

Unidade 3

Acompanhamento do
desenvolvimento da criança

Unidade 3

Acompanhamento do desenvolvimento da criança

Nesta Unidade 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 das mais novas. Para isso, você vai rever alguns aspectos importantes da sua relação com as famílias de sua área de abrangência e terá oportunidade de estudar:

- Seção 1 - Acompanhamento do desenvolvimento da criança: conceito e importância.
- Seção 2 - Instrumentos de avaliação do desenvolvimento: observar e verificar.
- Seção 3 - Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação.

RECORDE: DIFERENÇA CONCEITUAL ENTRE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

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.

Esperamos que seu estudo seja bastante produtivo!

Seção 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 isso 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 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.

PARA PENSAR... DESENVOLVIMENTO E AMBIENTE

Se o desenvolvimento infantil é fortemente influenciado pelo ambiente sociocultural em que a criança está inserida, você precisará também conhecer e compreender a comunidade em que atua, para ter propostas adequadas de intervenção em cada caso. Para isso, os ACS de sua equipe poderão dar contribuições interessantes. Peça ajuda a eles! Qual é a história dessa comunidade? Como foi formada? Qual é a ocupação das pessoas? Que equipamentos sociais existem em sua área de abrangência? Existem outras organizações sociais atuantes? De modo geral, como as crianças pequenas são cuidadas? Há creches? Quais são as opções de lazer para as pessoas das diversas idades? Quais são as brincadeiras das crianças de acordo com a idade? Há casos de violência contra a criança? Como a comunidade se comporta diante dessas situações? Pense em outros aspectos relacionados ao ambiente sociocultural que possam estar interferindo nas possibilidades de promoção do desenvolvimento infantil nessa comunidade. Discuta com a equipe e com as lideranças locais formas de enfrentar os problemas encontrados.

Certamente, a infância das crianças de sua área de abrangência é muito diferente da 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 que fala 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 vislumbram 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.

(MONTENEGRO, 1980).

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!

LEITURA SUGERIDA: DESENVOLVIMENTO E A ATITUDE DO PROFISSIONAL

Sugerimos a leitura completa do artigo 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. (FIGUEIRA *et al.*, 2003).

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a13v19n6.pdf>>.

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

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os conhecimentos e as 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 UMS, 57,3% para médicos do PFS, 62,1% para os enfermeiros do PFS, e 54,3% para enfermeiros das UMS. 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-la. 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 (FIGUEIRA, 2003).

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000600013&script=sci_abstract&tlng=pt.

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, 2000) 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. Esse resumo é importante e sugerimos que você leia o artigo na íntegra para enriquecer seus estudos.

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

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 (HALPERN, 2000).

Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-06-421/port.pdf>>.

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.

Seção 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.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Dentre os instrumentos de avaliação e acompanhamento que você conhece, quais são os adequados ao desenvolvimento infantil? Com qual você tem mais familiaridade?

Nesta Unidade 3, você verá 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 você tenha interesse em conhecer outros instrumentos e aprofundar seu estudo, consulte as referências sugeridas no final deste módulo.

2.1 Instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança

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.

TESTES DE TRIAGEM

Geralmente, ao avaliar o desenvolvimento, consideramos como normal a criança que adquire determinada habilidade, até, no máximo, a idade correspondente ao percentil 90 para aquele marco evolutivo.

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 ele seja feito de maneira sequencial e utilizando-se 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.

KIT QUE AUXILIA A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

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 de 2017 traz quatro marcos do desenvolvimento, baseados 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! Isso 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 seguir, o tópico 2.2 exemplifica essa abordagem, mostrando os marcos de estímulo do desenvolvimento, do nascimento aos três anos.

2.2 Estimulando o desenvolvimento da criança com afeto

Avaliação do desenvolvimento do nascimento aos três anos e recomendações:

A primeira infância, de zero a 6 anos, é um período muito importante para o desenvolvimento mental, emocional e de socialização da criança. É fundamental estimular bem a criança nessa fase, para que ela tenha uma vida saudável e possa desenvolver-se bem na infância, na adolescência e na vida adulta. Acompanhe o desenvolvimento da criança com o profissional de saúde. Se achar que algo não vai bem, não deixe de alertá-lo para que possa examiná-la melhor.

Do nascimento até 2 meses de idade

- Para que o bebê se desenvolva bem, é necessário, antes de tudo, que seja amado e desejado pela sua família, e que esta tente compreender seus sentimentos e satisfazer suas necessidades. A ligação entre a mãe e o bebê é muito importante neste início de vida; por isso, deve ser fortalecida.
- Converse com o bebê, buscando contato visual (olhos nos olhos). Não tenha vergonha de falar com ele de forma carinhosa, aparentemente infantil. É desse modo que se iniciam as primeiras conversas. Lembre-se de que o bebê reconhece a voz da mãe e se acalma com ela. Nessa fase, o bebê se assusta quando ouve sons ou ruídos inesperados e altos.
- Preste atenção no choro do bebê. Ele chora de jeito diferente dependendo do que está sentindo: fome, frio/calor, dor, necessidade de aconchego.
- Estimule o bebê mostrando-lhe objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30cm.
- Para fortalecer os músculos do pescoço do bebê, deite-o com a barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos ou chamando por ele, estimulando-o a levantar a cabeça. Isso o ajudará a sustentá-la.

2 a 4 meses

- Brinque com o bebê conversando e olhando para ele.
- Ofereça objetos para ele pegar, tocar com as mãos.
- Coloque o bebê de bruços, apoiado nos seus braços, e brinque com ele, conversando ou mostrando-lhe brinquedos à sua frente.
- Observe que o bebê brinca com a voz e tenta “conversar”, falando “aaa, qqq, rrr”.

4 a 6 meses

- Ao oferecer algo para o bebê (comida, brinquedo etc.), espere um pouco para ver sua reação. Com isso, ele aprenderá a expressar aceitação, prazer e desconforto.
- Acostume o bebê a dormir mais à noite.
- Ofereça brinquedos a pequenas distâncias, dando a ele a chance de alcançá-los.
- Proporcione estímulos sonoros ao bebê, fora do seu alcance visual, para que ele tente localizar de onde vem o som, virando a cabeça.
- Estimule-o a rolar, mudando de posição (de barriga para baixo para barriga para cima). Use objetos e outros recursos (brinquedos, palmas etc.).

6 a 9 meses

- Dê atenção à criança demonstrando que está atento aos seus pedidos;
- Nesta idade, ela busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las e obter a sua aprovação.
- Dê à criança brinquedos fáceis de segurar, para que ela treine passá-los de uma mão para a outra.
- Converse bastante com a criança, cante, use palavras que ela possa repetir (dadá, papá etc.).
- Ela também pode localizar de onde vem o som.
- Coloque a criança no chão (esteira, colchonete), estimulando-a a se sentar, se arrastar e engatinhar.

9 meses a 1 ano

- Brinque com a criança com músicas, fazendo gestos (bater palmas, dar tchau etc.), solicitando sua resposta.
- Coloque ao alcance da criança, sempre na presença de um adulto, objetos pequenos como tampinhas ou bolinha de papel pequena, para que ela possa apanhá-los, usando o movimento de pinça (dois dedinhos). Muito cuidado para que ela não coloque esses objetos na boca, no nariz ou nos ouvidos.
- Converse com a criança e use livros com figuras. Ela pode falar algumas palavras como (mamã, papá, dá) e entende ordens simples como “dar tchau”.
- Deixe a criança no chão para que ela possa levantar-se e andar se apoiando.

1 ano a 1 ano e 3 meses

- Seja firme e claro com a criança, mostrando-lhe o que pode e o que não pode fazer.
- Afaste-se da criança por períodos curtos, para que ela não tenha medo da sua ausência.
- Estimule o uso das palavras em vez de gestos, usando rimas, músicas e sons comumente falados.
- Ofereça à criança objetos de diversos tamanhos, para que ela aprenda a encaixar e retirar um objeto do outro.
- Crie oportunidades para ela se locomover com segurança, para aprender a andar sozinha.

1 ano e 3 meses a 1 ano e 6 meses

- Continue sendo claro e firme com a criança, para que ela aprenda a ter limites.
- Conte pequenas histórias, ouça música com a criança e dance com ela.
- Dê ordens simples, como “dá um beijo na mamãe”, bate palminha.
- Dê à criança papel e giz de cera (tipo estaca, grosso) para que ela inicie os seus rabiscos. Isso estimula a sua criatividade.
- Crie oportunidades para a criança andar não só para frente como também para trás (puxando carrinho etc.).

1 ano e 6 meses a 2 anos

- Estimule a criança a colocar e tirar suas roupas, inicialmente com ajuda;
- Ofereça brinquedos de encaixe, que possam ser empilhados, e mostre como fazer.
- Mostre figuras nos livros e revistas falando seus nomes;
- Brinque de chutar bola (fazer gol).
- Observe que a criança começa a juntar palavras e a falar frases simples como “gato cadê?” ou “leite não”.
- Entenda que nesta idade a criança demonstra ter vontade própria, testa limites e fala muito a palavra não.

2 anos a 2 anos e 6 meses

- Continue estimulando a criança para que ela se torne independente em atividades de autocuidado diário, como, por exemplo, na alimentação (iniciativa para se alimentar), no momento do banho e de se vestir.
- Comece a estimular a criança a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem exercer pressão ou repreender.
- Gradativamente, estimule o uso do sanitário.
- Estimule a criança a brincar com outras crianças.

2 anos e 6 meses a 3 anos

- Converse bastante com a criança; peça para ela comentar suas brincadeiras e nomes de amigos, estimulando a linguagem e a inteligência.
- Dê oportunidade para ela ter contato com livros infantis, revistas, papel, lápis, giz de cera. Leia, conte historinhas, brinque de desenhar, recortar figuras e colar.
- Mostre para ela figuras de animais, peças do vestuário, objetos domésticos e estimule a criança a falar sobre eles: o que fazem, para que servem (ex.: quem mia?).
- Faça brincadeiras utilizando bola e peça para a criança jogar a bola em sua direção, iniciando, assim, brincadeira envolvendo duas ou mais pessoas (BRASIL, 2018a; 2018b).

2.3 Vigilância do desenvolvimento na atenção primária à saúde

A proposta da Caderneta de Saúde da Criança (2018) 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!

Vamos ver, então, como utilizar o instrumento de avaliação do DNPM proposto na 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).

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, para cada idade, o percentil 90 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. 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.

VEJA NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Vigilância do desenvolvimento da criança

Instrumento de vigilância do desenvolvimento (0 a 12 meses e de 12 meses a 3 anos)

Avaliação do desenvolvimento: orientação para a tomada de decisão

Situações especiais (síndrome de Down, autismo)

Esses textos utilizam, 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.

LEITURA RECOMENDADA: MANUAL PARA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO CONTEXTO DA AIDPI (OPAS, 2005).

Em 2005, a OPAS divulgou o Manual (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005), que foi organizado pela Dr.^a Amira Figueiras e colaboradores, especificamente voltado para a utilização na atenção primária à saúde.

O Manual encontra-se **disponível em:**

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.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 sobre fatores de risco;
- Passo 2: verificar e observar;
- Passo 3: classificar;
- Passo 4: decidir.

2.3.1. Passo 1 da avaliação do desenvolvimento: perguntar e investigar sobre os fatores de risco

Deve ser obtida a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho. No primeiro atendimento à criança, devem ser feitas perguntas aos pais sobre os seguintes problemas ou limitações:

- 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 2.500g;
- 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.

2.3.2. Passo 2 da avaliação do desenvolvimento: verificar e observar características físicas e funcionais

Verificar a forma da cabeça, medir o perímetro cefálico e avaliar em que posição a criança 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 o 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;
- 5º dedo da mão curto ou recurvado.

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.

PESQUISANDO OS REFLEXOS

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.

As respostas devem sempre ser simétricas.

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.

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 (Figura 20) e outro para crianças de 12 a 36 meses (Figura 21). Você deve escolher o quadro adequado para a faixa etária da criança que está sendo avaliada.

Nas demais faixas etárias, você deve avaliar um marco de cada área do desenvolvimento. Veja nas Figuras 19 e 20 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 CSC traz também uma ajudinha a mais: ela ensina como verificar cada um dos marcos do desenvolvimento; assim, essa proposta se torna mais acessível para todos os profissionais e até para os pais! Veja a coluna “Como pesquisar” no instrumento de avaliação.

Figura 20 - Instrumento para avaliação do desenvolvimento até os 12 anos na Caderneta de Saúde da Criança 2017

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE ZERO A 12 MESES															
Registre na escala: P = marco presente A = marco ausente NV = marco não verificado															
Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar	Idade (meses)													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Postura: barriga para cima, pernas e braços flexionados, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.														
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm acima do rosto da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente.														
Reage ao som	Bata palma ou balance um chocalho a cerca de 30cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.														
Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça, levantando (distando) o queixo da superfície, sem se virar para um dos lados.														
Sorriso social quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.														
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.														
Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja dthoro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa.														
Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.														
Resposta ativa ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Fale e peça que a mãe cuide dele. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.														
Segura objetos	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gaga, coee etc.).														
Emite sons	Coloque a criança de bruço numa superfície firme. Chame sua atenção à frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apontando-se nos antebraços.														
De bruço, levanta a cabeça apontando-se nos antebraços	Coloque a criança de bruço numa superfície firme. Observe se ela tenta alcançar.														
Burca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.														
Leva objetos à boca	Coloque um objeto na mão da criança e observe se ela o leva à boca.														
Localiza o som	Faça um barulho suave (favo, chocalho etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Regras no lado oposto.														
Muda de posição ativamente (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive a virar para a posição de bruço.														
Brinca de escondido-abou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer atrás de um pano ou de uma caixa. Observe se ela procura o rosto para procurá-lo quando desaparecer, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.														
Transfere objetos de uma mão para a outra	Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para a outra mão.														
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papa", "dada", "mama". Se não o fizer, pergunte à mãe/cuidador se ela o faz em casa.														
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para ela segurar e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.														
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palma ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la.														
Faz pinça	Coloque próximo à criança uma bolinha de papel. Chame a atenção da criança para que ela a pegue. Observe se, ao pegá-la, ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.														
Produz "julgão"	Observe se a criança produz uma consoante incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe/cuidador (julgão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.														
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.														

Fonte: BRASIL, 2017a.

Vamos voltar ao caso da Estefani Lorraine? Vamos transferir para sua Caderneta de Saúde da Criança as informações relativas a 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?

- fenda palatina;
- o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) de Estefani?
- a relação do crescimento com o desenvolvimento de Estefani?
- a interação com a D. Beatriz sobre o desenvolvimento de sua filha?

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 sobre como estimular, com afeto e segurança, o desenvolvimento da menina. A CSC traz essas orientações para cada faixa etária. Confira!

ASSISTA AO VÍDEO: APURANDO O OLHAR PARA A VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/apurando-olhar.mp4>>.

(COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO/ DAPES/SAS)

Para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral, é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de assistência social e de educação.

É importante estimular desde cedo o desenvolvimento da criança para que ela adquira autoconfiança, autoestima e desenvolva capacidade de relacionar-se bem com outras crianças, com a família e com a comunidade. Desse modo, terá maior possibilidade de tornar-se um adulto bem adaptado socialmente.

Vigiar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito aos agravos. Devido a sua grande plasticidade, é também nesta época que a criança melhor responde aos estímulos que recebe do meio ambiente e às intervenções, quando necessárias.

O vídeo “Apurando o Olhar para a Vigilância do Desenvolvimento Infantil”, uma iniciativa da

Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e produzido em parceria com o BID e Alana, apresenta recomendações para a Vigilância do Desenvolvimento na faixa etária de 0 a 36 meses, baseada nos componentes anamnese, exame físico e vigilância dos marcos do desenvolvimento, ilustrando um marco para cada área do desenvolvimento: interação social, motora grossa, motora fina e linguagem.

Os Marcos do Desenvolvimento a serem alcançados por faixa etária e o instrumento de classificação e conduta para o desenvolvimento integral da criança estão disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança.

2.3.3. Passo 3 da avaliação do desenvolvimento: classificar o desenvolvimento da criança

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). Mais adiante, vamos conversar um pouco sobre a estimulação da criança para que seu desenvolvimento aconteça de acordo com as potencialidades de cada uma.

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 22, as informações que permitem classificar a criança em uma ou outra categoria.

IMPORTANTE PARA A AVALIAÇÃO

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 22 - Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão (Caderneta de Saúde da Criança 2018)

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

Dados da avaliação	Classificação	Conduta
<ul style="list-style-type: none"> Perímetro cefálico < -2 escores z ou > +2 escores z, ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas, ou ausência de 2 ou mais marcos para a faixa etária anterior 	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de 1 ou mais marcos para a sua faixa etária 	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança Marcar retorno em 30 dias
<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem 1 ou mais fatores de risco 	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO COM FATORES DE RISCO	<ul style="list-style-type: none"> Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*
<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes 	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe/cuidador Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*

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

2.3.4. Passo 4 da avaliação do desenvolvimento: decidir sobre condutas a serem tomadas

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, com 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 se 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

Em 80% a 90% das crianças, a partir de uma **estimulação simples e oportuna**, uma recuperação e retomada do ritmo de desenvolvimento são obtidas. Apenas 5% a 7% das crianças com atraso precisarão ser encaminhadas para o especialista.

As crianças classificadas com provável atraso no desenvolvimento 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 anos 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 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005), **disponível em:**

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>>.

2.4 Avaliação do desenvolvimento de crianças de 36 meses ou mais

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 (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO, 1995). 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 7, 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 estiverem 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.

Quadro 7 - 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 cinco 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 a ordens complexas.	Linguagem próxima à do adulto

Fonte: Adaptado de CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO, 1995.

Tanto a proposta da 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 e integrar profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nesse trabalho.

ESCALA DE DENVER II

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. **Disponível em:**

<https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800020>.

Para um estudo mais sistematizado, veja o capítulo Avaliação do desenvolvimento, no livro *Pediatria ambulatorial* (CARVALHO, 2013b).

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.

LEITURA RECOMENDADA

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.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Algumas_questoes_que_todo_profissional_da_atencao_a_crianca_precisa_saber/657>.

Seção 3

Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação

Para terminar esta Unidade 3, discutiremos a forma de orientar as famílias quanto à estimulação de seus filhos.

Observe a Figura 23. 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 23 – Estimulando o desenvolvimento da criança



Fonte: Arquivo pessoal 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, ficarem junto de seus filhos. Isso não impede que essas crianças sejam estimuladas!

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 para 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.

Unidade 4

Aleitamento materno e orientação
alimentar para crianças

Unidade 4

Aleitamento materno e orientação alimentar para crianças

Nesta unidade, você será convidado a conhecer melhor os aspectos nutricionais da população sob sua responsabilidade e a 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 Unidade 4 foi dividida em três seções:

- Seção1 - Alimentação das crianças do nascimento aos seis meses.
- Seção2 - Alimentação das crianças de seis a 24 meses.
- Seção3 - 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 unidade, 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, a quantidade, a frequência e o 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!

Seção 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 a 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 3 da Unidade 3 – Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação? 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 em 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.

ATENÇÃO

Você precisa entender todas as recomendações a respeito da alimentação, porém não terá de explicar todas elas à mãe.

Primeiramente, 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 quanto para a 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?

A tirinha da Figura 24 foi tirada de uma revista feminina e reflete bem as dificuldades que muitas mulheres enfrentam para amamentar.

Figura 24 - Coisas que ninguém te conta sobre a hora de amamentar



Fonte: MAITENA, 2003.

MAMÃE + AMAR > DAR DE MAMAR

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.

1.1 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.

PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO (PNIAM)

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.

BRASIL. Governo do Brasil. Conheça o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, [2010]. **Disponível em:** <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>>.

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 a mãe a esvaziar 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 à sociedade. Certamente, você e sua equipe já ouviram várias opiniões das famílias de sua área de abrangência sobre esse tema. Veja se essas opiniões coincidem com as listadas a seguir (Quadro 8).

Quadro 8 - Benefícios do aleitamento materno

Benefícios do aleitamento materno para a criança
<p>Redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva.</p> <p>Redução da incidência de doenças crônicas, tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças autoimunes e linfoma.</p> <p>Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo relação direta com o tempo de amamentação.</p> <p>Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fonoarticulatórios.</p>
Benefícios do aleitamento materno para a mãe
<p>Proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade.</p> <p>Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional.</p> <p>Há um efeito contraceptivo, principalmente quando a mulher permanece em amenorreia.</p> <p>Promoção do vínculo afetivo mãe-filho.</p>
Benefícios do aleitamento materno para a sociedade
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população.</p> <p>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.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

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.

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, para uma equipe de Saúde da Família com população adscrita de 2500 pessoas, com 35 crianças com menos de 1 mês, 22 estão em aleitamento materno exclusivo. Então, sua prevalência nessa faixa etária é de 63%.

Mais dados nacionais e regionais de aleitamento materno estão disponíveis em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Foi nesse site que encontramos o Quadro 9, retirado da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009a).

Quadro 9 - Mediana do aleitamento materno exclusivo (em dias) em crianças menores de seis meses, segundo as capitais e Distrito Federal, regiões e Brasil, 2008

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

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? 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.

1.2. Promovendo o aleitamento materno

Como vimos, 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 eles voltem da maternidade, a fim de ajudá-los nas dificuldades iniciais. Dessa forma, evitaremos grandes problemas!

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 (BRASIL, 2007). O texto e as fotos são 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. **Disponível em:**

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

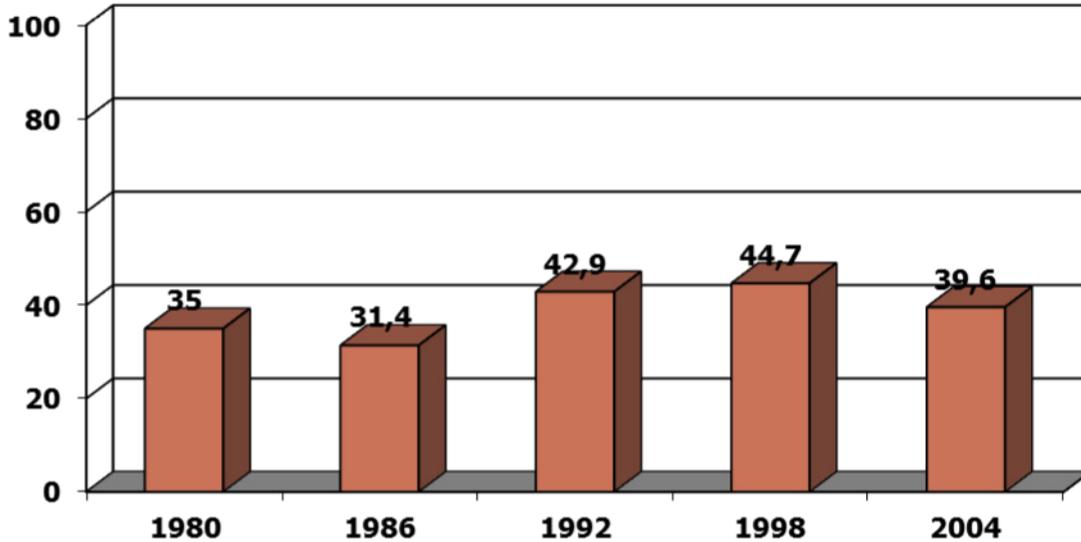
A equipe de Saúde da Família deve:

- 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;
- encaminhar mãe e bebê à UBS a partir do quinto dia de vida da criança.

DIFICULDADES PARA AMAMENTAR E DURAÇÃO DO ALEITAMENTO

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 25. 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 25 - Prevalência 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 (Figura 24), associando-a às dificuldades encontradas 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.

1.3. Aleitamento materno: superando dificuldades

Nessas oportunidades, podemos orientar as futuras mães, 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 o 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 AOS VÍDEOS: AMAMENTAÇÃO: MUITO MAIS DO QUE ALIMENTAR A CRIANÇA

Você verá nestes vídeos 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 você usa para alimentar a criança?

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança - completo. 22 min. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=i31VEa-XpE>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança | Principal | parte 1/3. 12 min. Parte 1/3. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=steVbu6mP5w>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança: Dúvidas e preocupações. 10min39s. Parte 2/3. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=6KuE7il2SpM>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança: Posição e Pega. 1min34s. Parte 3/3. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=GoKlcVSmqaY>>.

A avaliação de uma mamada indica se a mãe precisa de ajuda e de que tipo é essa ajuda. 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 se abra completamente;
- mover rapidamente a criança em direção à mama, colocando seu lábio inferior bem abaixo do bico do seio – observe que o bebê é quem vai à mama e não a mama que vai ao bebê.

Aproveite para mostrar à mãe como segurar a criança:

- 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:

- 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 primeiramente 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 26 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 26 - 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 <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis <input type="checkbox"/> Mama bem apolada, com os dedos fora do mamilo	Mãe <input type="checkbox"/> Parece doente ou deprimida <input type="checkbox"/> Parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
Bebê <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Calmo e relaxado <input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê <input type="checkbox"/> O bebê busca ou alcança a mama se está com fome	Bebê <input type="checkbox"/> Parece sonolento ou doente <input type="checkbox"/> Inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil <input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança
Posição do bebê <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo <input type="checkbox"/> Bebê apoiado	Posição do bebê <input type="checkbox"/> Pescoço e cabeça do bebê girados para mamar <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo <input type="checkbox"/> O queixo e o lábio inferior do bebê opostos ao mamilo <input type="checkbox"/> Bebê não apoiado
Pega <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê <input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama <input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora	Pega <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro
Sucção <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina <input type="checkbox"/> Bebê solta a mama quando termina	Sucção <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama

Fonte: Adaptado pelas autoras de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006.

Nesse momento do seu aprendizado, seria importante tentar utilizar na prática o “Formulário de observação da mamada”. Procure aplicá-lo com três mães que tenham 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 capaz de orientá-la, 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. Você encontrará mais informações sobre a extração manual do leite e sobre sua conservação no APÊNDICE A.

Como você orienta a ordenha manual e o 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?

1.4. 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 10, do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil de 2010 (BRASIL, 2010b), 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 10 - Segurança dos fármacos antituberculose em gestantes e lactantes

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

Fonte: BRASIL, 2010b.

CONDUTAS PARA SITUAÇÕES ESPECÍFICAS NA LACTAÇÃO

Veja o Caderno de Atenção Básica n. 23, do Ministério da Saúde - Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar (BRASIL, 2015). **Disponível em:**

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.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 de 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 utilizadas, exigem monitorização clínica e/ou laboratorial do lactente, devendo ser utilizadas 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 AMAMENTAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Podem ser obtidas no site <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/amdrog10.pdf>> (BRASIL, 2010c), divulgado em 2010. Vale a pena conferir!

1.5. 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 1mg, é rotina nas maternidades como forma de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido.
- 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 das 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 1.500g e recém-nascidos de baixo peso a partir do 30º dia de vida, na dose de 2mg de ferro elementar/kg peso/dia até os dois anos de idade, ou 25mg 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 de menos de 1.000g, administrar 4mg de ferro elementar/kg/dia; peso ao nascer entre 1.000g e 1.500g, administrar 3mg de ferro elementar/kg/dia. A CSC preconiza a suplementação de ferro para todas as crianças de 6 meses a 2 anos.

REGISTROS DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A

A Caderneta de Saúde da Criança tem um espaço (p. 83 na CSC 2017) para esses registros.

1.6. 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 11 mostra como deve ser o esquema alimentar das crianças que deixaram de usar o leite materno antes dos quatro meses de vida.

Quadro 11 - Esquema alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas

Menores de 4 meses	4 até 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 de fruta	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão
Alimentação láctea	Papa de fruta	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.

Seção 2

Alimentação das crianças de seis a 24 meses

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

2.1. 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 – limpa, embebida 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 acriança 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 nº 17 (BRASIL, 2006), que trata da saúde bucal, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf>.

VOCÊ SABIA? PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE

O **Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal** - é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são:

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;
2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Na Atenção Especializada encontra-se também a Assistência Hospitalar.

O Brasil Sorridente contempla ainda o Brasil Sorridente Indígena e apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o que ajuda a compreender seu alcance. Saiba mais sobre as ações em Saúde Bucal nas seguintes ações do governo federal: Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Qualificação Profissional e Científica e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público. **Disponível em:** <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>.

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?

2.2. 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 12).

Quadro 12 - Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos

PASSO 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chá ou qualquer outro alimento.
PASSO 2 - Ao completar 6 meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
PASSO 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes, até três vezes do ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
PASSO 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares, de forma a respeitar o apetite da criança.
PASSO 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início, oferecida da colher; iniciar 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, 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 idade. Usar sal com moderação.
PASSO 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e sua 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.
<p>Outras dicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos antes de preparar as refeições e de alimentar a criança; • Oferecer água nos intervalos das refeições. Não oferecer sucos ou alimentos nesses intervalos; • Não oferecer restos da refeição anterior. <p>Para mais informações, procure o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos no site: <http://www.saude.gov.br/alimentacao>.</p>

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 se espera 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 pouca adição de temperos, até que ela possa receber os alimentos consumidos pela família (em torno dos 9 aos 12 meses de idade). É interessante utilizar os alimentos já consumidos pela família, porém modificados na consistência para adequá-los 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 13 pode ajudar a orientar as famílias quanto à introdução de alimentos; e as opções de escolha serão detalhadas a seguir.

Quadro 13 - 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: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006.

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 240mL/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 APÊNDICE 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 à 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 A OFERTA DE MEL?

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, em 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.

ESTIMULAR A CRIANÇA A COMER?

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.

2.3. Suplementação de vitamina A, vitamina D e ferro

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 de 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 1mg de ferro elementar/kg de peso/dia ou 25mg 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.

2.4. 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.

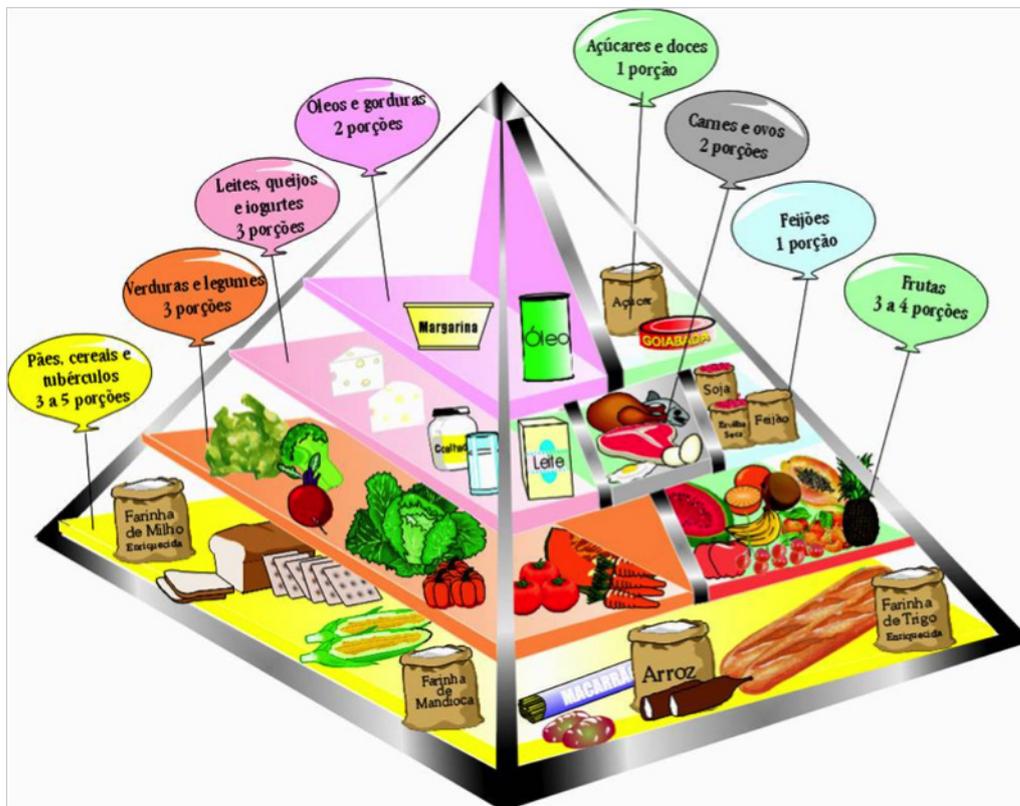
A partir do primeiro ano, os lactentes devem ser estimulados a tomar iniciativa na seleção dos alimentos e no modo de comer. A própria criança é incentivada a segurar os alimentos com as mãos, assim como a colher, a xícara ou o copo. Isso funciona como um importante estímulo para o desenvolvimento, porque 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 se mantêm até a vida adulta.

Todos os grupos alimentares deverão estar presentes na alimentação infantil (Figura 27). Para auxiliar a quantidade a ser ofertada, podemos utilizar a pirâmide alimentar para crianças. E, de maneira simples, podemos mostrar para a mãe que um prato colorido possibilita a oferta dos nutrientes de que a criança precisa.

Figura 27 - Pirâmide alimentar para a crianças de 6 até 24 meses



Fonte: BRASIL, 2005.

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 você os prepara? Quantas vezes ao dia?
- Como você alimenta a criança? O que usa para alimentá-la? 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 é?

Veja, na Figura 28, exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida.

Figura 28 - Exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida

	Refeições	Cardápio I	Cardápio II	Cardápio III
	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 com/fruta	Leite materno + 4 biscoitos de leite ou 1 copo de leite com/fruta
	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 (2 c. S) Salada de fruta (2 c.S)	Purê de Batat (2 c. S) Folha verde escura cozida (1 c. S) Peixe cozido (1 filê) 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 avela
	Jantar	Sopa de feijão com macarrão e couve (1 concha média) Suco de laranja (1/2 copo) Doce de abóbora (2 e 3)	Arroz (3 c. S) Espinafre cozido (1 c. S) Fígado (1 bife pequeno) Goiabada (1 fatia)	Arroz (3c. S) Ovo mexido com tomate Suco de acerola (1 co.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 (colher de sopa)
x. (xícara 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 a população, no entanto, há diferenças individuais que devem ser consideradas nas orientações dietéticas conduzidas pelo nutricionista.

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 a forma como eles podem contribuir para melhorar as orientações que você dá às mães durante o acompanhamento de seus filhos. Vamos exercitar um pouco!

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.

O Guia de Alimentação Saudável do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) oferece alguns exemplos de refeições e cardápios e você poderá se basear nele para montar o cardápio infantil.

Seção 3

Alimentação de crianças a partir de três anos de idade

Nessa fase, a criança apresenta ritmo de crescimento regular, mas inferior ao dos 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 diante do mesmo alimento 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, principalmente, o comportamento 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. Se a criança apresenta alguma dificuldade ao se alimentar, o Ministério da Saúde recomenda:

- separar a refeição em um prato individual para se ter certeza de quanto a criança está realmente ingerindo;
- estar presente às refeições da criança, mesmo que ela 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 ter 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.

Cabe à família colocar os limites quanto ao horário e à quantidade (Quadro 14).

Quadro 14 - Recomendações às famílias de crianças pequenas com dificuldade de alimentar-se

- Separar a refeição em um prato individual para se ter certeza do quanto a criança está 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 ter 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.
- Oferecer o alimento em local que seja de fácil limpeza, após o término da refeição. Além disso, evitar ficar limpando, de forma excessiva, o rosto e as mãos da criança para que esta não associe a comida a algo sujo.

Fonte: Modificado de ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013.

A criança em idade escolar (sete aos 10 anos) apresenta particularidades alimentares 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 o número das que 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?

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR (PNAE)

O PNAE oferece alimentação escolar e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes de todas as etapas da educação básica pública. O governo federal repassa, a estados, municípios e escolas federais, valores financeiros de caráter suplementar, efetuados em parcelas mensais de fevereiro a novembro para a cobertura de 200 dias letivos, conforme o número de matriculados em cada rede de ensino. O PNAE é acompanhado e fiscalizado pelos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), pelo FNDE, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público.

Atualmente, o valor repassado pela União a estados e municípios, por dia letivo para cada aluno, é definido de acordo com a etapa e modalidade de ensino: Creches: R\$ 1,07 / Pré-escola: R\$ 0,53 / Escolas indígenas e quilombolas: R\$ 0,64 / Ensino fundamental e médio: R\$ 0,36 / Educação de jovens e adultos: R\$ 0,32 / Ensino integral: R\$ 1,07 / Programa de Fomento às Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral: R\$ 2,00 / Atendimento Educacional Especializado no contraturno: R\$ 0,53. O repasse é feito diretamente aos estados e municípios, com base no Censo Escolar realizado no ano anterior ao do atendimento. O Programa é acompanhado e fiscalizado diretamente pela sociedade, por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), pelo FNDE, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público.

Com a Lei nº 11.947, de 16/6/2009, 30% do valor repassado pelo PNAE deve ser investido na compra direta de produtos da agricultura familiar, medida que estimula o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades.

Veja mais, na página do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), em: BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Disponível em:** <<http://www.fnde.gov.br/programas/pnae>>. (BRASIL, 2017d).

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.

PARA SABER MAIS...E EDUCAR

Veja também: Cartilha de Orientação nutricional infantil. **Disponível em:** <http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/cartilhas/Cartilha_Orientacao_Nutricional_12_03_13.pdf>

Unidade 5

Vacinações

Unidade 5

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, 2017c, p. 24-25).

CALENDÁRIO ATUALIZADO DE VACINAÇÃO

Para verificar se a versão do calendário é a mais atual, tenha como referência o site do Ministério da Saúde: Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2018. **Disponível em:**

<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>>.

Uma orientação aos pais – “Vacinação – direito da criança, dever dos pais e cuidadores” – e o “Calendário nacional de vacinação da criança” podem ser vistos na Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Nas últimas páginas da CSC, há espaço para “Registro das Vacinas do Calendário Nacional de Vacinação – Criança”.

Seção 1

Calendário Nacional de Vacinações

Para obter a versão mais atualizada do Calendário (Quadros 15 e 16), além de orientações específicas para cada vacina, verifique o endereço eletrônico:

VEJA TAMBÉM: Cartilha de Orientação nutricional infantil.

Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/cartilhas/Cartilha_Orientacao_Nutricional_12_03_13.pdf>.

Quadro 15 – Calendário nacional de vacinação de crianças e adolescentes, 2018

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG - ID	Dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina Hepatite B	Dose	Hepatite B
2 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)		Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (decaivalente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
4 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)		Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (decaivalente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
6 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
9 meses	Vacina febre amarela	Dose única	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.
	Vacina pneumocócica 10 (decaivalente)	Reforço	Contra doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
	Vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.

Quadro 15 – Calendário nacional de vacinação de crianças e adolescentes, 2018

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
15 meses	VOP (vacina oral poliomielite)	1º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina hepatite A	Dose única	Hepatite A
	DTP (tríplice bacteriana).	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SCRV (tetra viral)	Dose única	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela.
4 anos	DTP (tríplice bacteriana).	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	VOP (vacina oral poliomielite)	2º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina varicela	2ª dose	Varicela (catapora)
9 anos* (meninas) *até 14 anos, 11 meses e 29 dias	HPV quadrivalente		Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.

Fonte: Adaptado do quadro disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Vacina%C3%A7%C3%A3o/Calendario%20Nacional%20de%20Vacinao%20-%202018.pdf>>

DPT: difteria, tétano, pertussis; VIP: vacina inativada poliomielite; VOP: vacina oral poliomielite; HPV: Human Papiloma Virus; Dupla adulto: vacinas difteria e tétano; dTPa: vacina difteria, tétano, pertussis acelular.

Notas: *Administrar uma dose da vacina pneumocócica 10 VO (conjugada) e da vacina meningocócica C (conjugada) em crianças entre 2 e 4 anos, que não tenham recebido o reforço ou que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

**Indicada às pessoas residentes ou viajantes para as áreas com recomendação de vacina, atentar às precauções e contra-indicações para vacinação.

***Indicada para os residentes dos municípios das áreas ampliadas para vacinação que anteriormente eram áreas SEM recomendação para vacinação dos estados de SP, RJ, PR, SC, RS, BA e PI.

****Administrar uma dose da vacina hepatite A, em crianças entre 2 e 4 anos, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

*****A vacina tetraviral corresponde à segunda dose da vacina tríplice viral e à dose da vacina varicela. Esta vacina está disponível para crianças até 4 anos 11 meses e 29 dias não oportunamente vacinadas aos 15 meses.

*****Corresponde à segunda dose da vacina varicela. Esta vacina está disponível para crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias.

*****A vacina HPV também está disponível para as mulheres e homens de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV /AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).

*****Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.

Quadro 16 – Calendário nacional de vacinação dos povos indígenas, 2018

Grupo alvo	Idade	BCG	Hepa- tite B	Penta/ DTP	VIP E VOP	Pneu- mo 10	VORH	Meningo (Hemofilo)	Febre Amarela
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer						
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose		
	3 meses							1ª dose	
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose		
	5 meses							2ª dose	
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VIP)				
	9 meses								Dose única
	12 meses					Reforço		1º reforço	
	15 meses			1º re- forço (com DTP)	1º reforço (com VOP)				
	4 anos			2º re- forço (com DTP)	2º reforço (com VOP)				
	5 anos								
9 anos									
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses 1					2º reforço (11 a 14 anos)	1 dose ¹
Adulto	20 a 59 anos		3 doses 1						1 dose ¹
Idoso	60 anos ou mais		3 doses 1						1 dose ^{1,2}
Gestante			3 doses 1						

(continua)

**Quadro 16 – Calendário nacional de vacinação dos povos indígenas, 2018
(continuação)**

Grupo alvo	Idade	Tríplice viral	Tetra viral	Pneumo 23	Varicela	Hepatite A	DTP Adulto	HPV	Dupla Adulto
Criança	Ao nascer								
	2 meses								
	3 meses								
	4 meses								
	5 meses								
	6 meses								
	9 meses								
	12 meses	Dose única							
	15 meses		Dose única			Dose única			
	4 anos					Dose única			
	5 anos			Dose inicial					
9 anos									
Adolescente	10 a 19 anos	2 doses ¹ (até 29 anos)						2 doses ⁴	Reforço a cada 10 anos ⁵
Adulto	20 a 59 anos	1 dose ¹ (30 a 49 anos)							Reforço a cada 10 anos ⁵
Idoso	60 anos ou mais			Reforço					Reforço a cada 10 anos ⁵
Gestante							Dose única ³		2 doses ¹

Fonte: Adaptado do quadro disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201801/15094103-calendario-nacional-de-vacinacao-povos-indigenas.pdf>>

- (1) Se não tiver recebido o esquema completo na infância.
- (2) Deverá ser avaliado o benefício/risco da vacinação para indivíduos com 60 anos ou mais.
- (3) Uma dose a cada gestação: a partir da 20ª semana de gestação.
- (4) Esquema para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos.
- (5) Se não tiver recebido esquema básico com 3 doses previamente deverá iniciá-lo ou completá-lo.

DPT: difteria, tétano, pertussis; VIP: vacina inativada poliomielite; VOP: vacina oral poliomielite; HPV: Human Papiloma Virus; Dupla adulto: vacinas difteria e tétano; dPTa: vacina difteria, tétano, pertussis acelular.

Nota: *Administrar uma dose da vacina pneumocócica 10 VO (conjugada) e da vacina meningocócica C (conjugada) em crianças entre 2 e 4 anos, que não tenham recebido o reforço ou que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

** Indicada às pessoas residentes ou viajantes para as áreas com recomendação de vacina, atentar às precauções e contraindicações para vacinação para gestantes, nutrízes, imunodeprimidos, idoso, dentre outros, conforme Nota Informativa nº

94/2017.

***Administrar uma dose da vacina hepatite A. Esta vacina está disponível para crianças até 4 anos 11 meses e 29 não oportunamente vacinadas aos 15 meses.

****A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da vacina tríplice viral e à dose da vacina varicela. Esta vacina está disponível para crianças até 4 anos 11 meses e 29 dias não oportunamente vacinadas aos 15 meses.

***** A vacina HPV também está disponível para as mulheres e homens de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).

***** Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o puerpério do gestacional, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.

Para informações adicionais recomenda-se consultar a Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação disponível no seguinte endereço www.saude.gov.br

Seção 2

Orientações importantes para a vacinação da criança

Em relação ao calendário de vacinações, observe os seguintes pontos (BRASIL, 2012b):

(1) vacina BCG: Administrar o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas, administrar a vacina após completarem 1 (um) mês de vida e atingirem 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. Em 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 nesses casos. Para os pacientes com Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS), 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 devem ser aplicadas 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 deve ser administrado 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: 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 e aos 4 anos 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 2 (duas) doses, aos 2 (dois) e aos 4 (quatro) 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, além de alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios desses 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.

Unidade 6

Cuidados especiais com a saúde
da criança na Atenção Básica

Unidade 6

Cuidados especiais com a saúde da criança na Atenção Básica

Vamos tratar de alguns casos que são trazidos frequentemente à atenção da saúde básica da criança e que podem ter uma intervenção bem resolutiva. Vamos abordar os seguintes aspectos, nas Seções:

- Seção 1 - Sinais de perigo de doença grave
- Seção 2 - Diarreia e desidratação
- Seção 3 - Problemas respiratórios
- Seção 4 - Outras situações especiais a serem avaliadas (Acidentes e violências, hipertensão arterial, saúde ocular e auditiva, Síndrome de Down e autismo)

As questões aqui abordadas são mostradas na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017a, 2017b).

Seção 1

Sinais de perigo de doença grave na criança

A Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2018a, 2018b), em Cuidados com a Saúde da Criança, apresenta os seguintes sinais de perigo (indicando que a criança pode estar com uma doença grave), à consideração de pais e cuidadores. Para orientação às mães é desejável que os sinais de risco/perigo sejam discutidos, de forma que ela possa observar em seu filho, no filho de amigas, ou em crianças de quem seja cuidadora.

Quadro 17 - Cuidados com a saúde das crianças: sinais de perigo

Os sinais de perigo variam com a idade e indicam que a criança pode estar com uma doença grave.

Crianças com menos de dois meses

Se a criança tiver menos de dois meses de idade, você deve procurar **IMEDIATAMENTE** o serviço de saúde mais próximo de sua casa quando observar algum dos seguintes sinais de perigo:

- Está muito “molinha” e “caidinha” - movimentando-se menos que o normal.
- Está muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (ataque) ou perda de consciência.
- Dificuldade ou cansaço para respirar ou respiração rápida.
- Não consegue mamar.
- Vomita tudo o que ingere.
- Umbigo com vermelhidão ao redor ou com secreção malcheirosa.
- Temperatura do corpo baixa, menor ou igual a 35,50 C.
- Febre - temperatura maior ou igual a 37,80 C.
- Pus saindo da orelha.
- Cor amarelada da pele (icterícia), atingindo os braços e as pernas do bebê.
- Cor amarelada da pele em criança com mais de duas semanas.
- Urina escura.
- Fezes escuras. Observe a cor das fezes da criança usando a escala de cores abaixo. Se a cor das fezes for suspeita, procure com urgência o serviço de saúde.

Crianças com dois meses ou mais

Se a criança tiver idade igual ou maior que dois meses, você deve procurar **IMEDIATAMENTE** o serviço de saúde mais próximo de sua casa quando observar algum dos seguintes sinais de perigo:

- Dificuldade de respirar ou respiração rápida.
- Não consegue mamar ou beber líquidos.
- Vomita tudo o que ingere.
- Está muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (ataque) ou perda de consciência.

Se você identificar uma situação de urgência, disque para o nº 191 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A ligação é grátis.

O Quadro 18 mostra uma classificação para orientação dos profissionais de saúde quanto à decisão sobre cuidados a serem tomados, segundo grupos de risco.

Quadro 18 - 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso ao nascer (menos que 2500g) • 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.

Seção 2

Diarreia e desidratação

A diarreia se caracteriza pela perda aumentada de água e eletrólitos nas fezes com a modificação brusca do hábito intestinal. Clinicamente apresenta-se como aumento no número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes, associada ou não a vômitos e/ou febre. A percepção materna da mudança do hábito intestinal deve ser valorizada. As complicações principais da diarreia são a desidratação e a desnutrição, que podem levar à morte.

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

A incidência de casos de diarreia continua a mesma: 2,6 episódios/criança/ano. A diminuição desse índice depende do acesso à água potável, ao saneamento ambiental e de bons hábitos de higiene. No ano de 1990, no Brasil, 11,3% das mortes de crianças até cinco anos foram atribuídas à diarreia e, em 2000, 4,5%, embora esse dado não revele as diferenças entre as regiões do Brasil. Na região Nordeste, 30% do total de mortes durante o primeiro ano de vida foram devidas à diarreia, sendo que o risco de morte em crianças menores de cinco anos por diarreia é cerca de quatro a cinco vezes maiores nessa região do que na região Sul (DATASUS).

Segue um trecho do “Relatório 2015 Níveis e Tendências em Mortalidade Infantil”, divulgado pelo Fundo da ONU para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e a Divisão de População do Departamento da ONU para Assuntos Econômicos e Sociais (DESA)”.

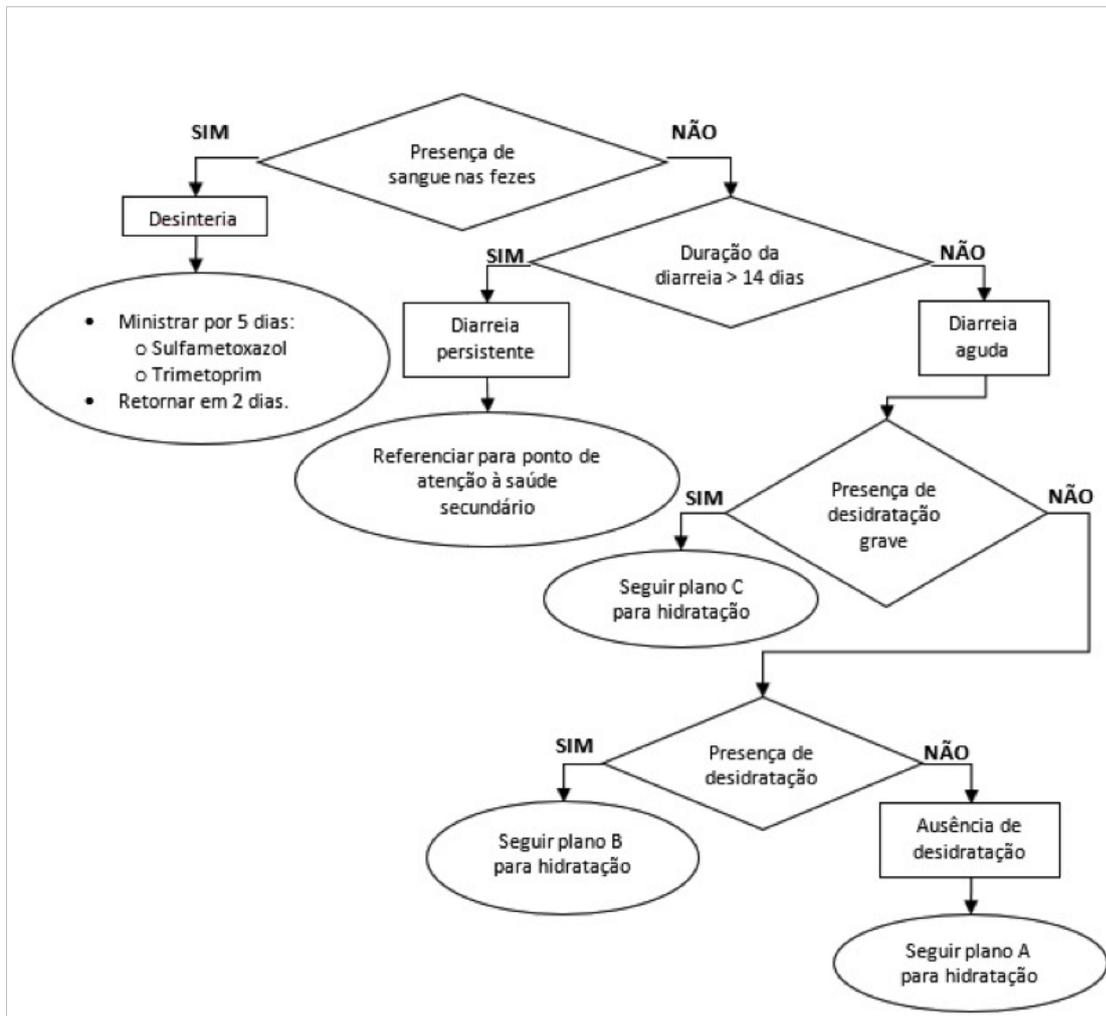
Dezesseis mil crianças com menos de cinco anos de idade morrem todos os dias. Apesar de o índice de mortalidade infantil apresentar quedas contínuas desde 1990, o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes e até mesmo alcançar a meta estipulada pelo quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que prevê a redução de dois terços desta taxa entre 2000 e 2015. Segundo o documento, apesar do número de mortes de crianças com menos de cinco anos ter caído de 12,7 milhões por ano em 1990 para 5,9 milhões em 2015, desde 1990 até 2015, o mundo perdeu 236 milhões de vidas nesta faixa etária, mais do que toda a população brasileira [...] O Brasil foi um dos países que conseguiu alcançar o quarto ODM, apresentando uma queda de 73% de mortes. A redução também foi alcançada na esfera regional, porém o relatório aponta que, em 32 municípios, o índice de mortes infantis supera 80 para cada 1.000 crianças nascidas. Além disso, destacou que, comparadas a outros bebês brasileiros, as crianças indígenas no país têm o dobro de chances de morrer antes do seu primeiro ano de nascimento. O relatório

destaca que o grande desafio continua sendo o período do nascimento. Em torno de 45% das mortes infantis ocorrem no período neonatal, que compreende os 28 primeiros dias de vida. Prematuridade, pneumonia, complicações durante o trabalho de parto, diarreia, sepse e malária são as principais causas de morte de crianças menores de cinco anos. Cerca de metade é associada à desnutrição (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015).

2.1 Abordagem da criança com diarreia aguda

Os objetivos da abordagem da criança com diarreia são a manutenção ou recuperação da homeostase hidroeletrólítica e da nutrição adequada. Os passos para uma abordagem correta estão resumidos na Figura 29 e serão descritos a seguir.

Figura 29 - Fluxograma de acompanhamento da criança com diarreia



Para avaliar a criança com diarreia, é necessário investigar alguns dados:

Há quanto tempo a criança tem tido diarreia?

Definir se a diarreia é aguda, persistente, crônica ou disenteria. Até 14 dias de evolução, a diarreia é denominada aguda. Caso se prolongue mais, é denominada diarreia persistente. Acima de um mês, é denominada diarreia crônica.

Há sangue nas fezes?

Quando a diarreia tem sangue, com ou sem muco, é chamada disenteria. O agente mais comum responsável pela disenteria é a bactéria *Shigella*.

Os seguintes passos devem ser seguidos em casos de sinais de desidratação:

- Examinar a condição geral da criança: letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada?
- Observar se os olhos estão fundos (Em alguns lactentes e crianças, os olhos normalmente aparecem um pouco mais fundos; é importante perguntar para a mãe se os olhos são normais ou se estão mais fundos que o habitual).
- Oferecer líquidos à criança: observar se ela bebe muito mal ou não consegue beber ou se bebe avidamente, com sede.
- Pesquisar o sinal da prega: a pele volta ao normal muito lentamente (mais de dois segundos) ou lentamente? (O sinal da prega não é tão fidedigno em lactentes ou crianças desnutridas ou em crianças obesas).

Qual a classificação do estado de hidratação?

Uma vez pesquisados os sinais de hidratação, classificar o estado de hidratação, segundo o Quadro 19, como sem desidratação, desidratação e desidratação grave.

Quadro 19 - Classificação do estado de hidratação

Hidratação	Sinais	Tratamento
Sem desidratação	Não há sinais de desidratação	Plano A
Desidratação moderada	Presença de dois dos sinais: inquieta, irritada; olhos fundos; Bebe avidamente, com sede; Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior.	Plano B
Desidratação grave	Presença de dois dos sinais: letárgica ou inconsciente; olhos fundos; Não consegue beber ou bebe muito mal; Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.	Plano C

Fonte: BRASIL, 2002b.

2.2 Tratamento da criança com diarreia aguda

Na abordagem ambulatorial da diarreia aguda, exames laboratoriais não são indicados, pois não são úteis nem para o diagnóstico, nem para o tratamento ou seguimento. Para cada classificação feita com relação ao estado de hidratação há uma abordagem específica: **Plano A, Plano B e Plano C.**

Plano A - criança com diarreia sem desidratação

O tratamento é realizado em casa. A família deve ser bem-esclarecida quanto à hidratação e alimentação. As regras do tratamento domiciliar são:

- Dar líquidos adicionais, inclusive o soro de reidratação oral (SRO), se a criança aceitar. A família deve ser orientada para oferecer líquidos adicionais e/ou SRO sempre que a criança evacuar, tomando-se por base: 50 a 100 ml por vez, para crianças até um ano, e 100 a 200 ml por vez, para as maiores de um ano.
- Prescrever e fornecer o SRO para criança com diarreia aguda já na primeira avaliação, o que reduz o número de consultas subsequentes. Em caso de indisponibilidade do SRO, prescrever e orientar o preparo do soro caseiro (Figura 30).
- Continuar o esquema alimentar habitual da criança, com pequenas correções, se necessário, para evitar a piora da diarreia.
- Orientar a família a reconhecer os sinais de desidratação (portanto, de piora).

- Recomendar que, persistindo o mesmo quadro, voltar em até dois dias, para reavaliação; em caso de aparecimento dos sinais de piora, o SRO deverá ser mantido e a criança deverá retornar imediatamente à Unidade Básica de Saúde (UBS).
- Agendar uma avaliação em um mês para orientação nutricional e hábitos de higiene.

PREPARO DO SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)

A Caderneta de Saúde da Criança mostra como preparar o soro de sais de reidratação oral e o soro caseiro.

Mostre e discuta com a mãe ou cuidador esse preparo (Figura 28).

O SRO deve ser preparado na UBS, de preferência com a participação da família, que será orientada sobre como oferecê-lo. O conteúdo do envelope deve ser preparado conforme orientação no rótulo: diluído em água filtrada e mantido coberto e em local fresco.

Não adicionar qualquer ingrediente para tornar o sabor mais agradável.

Desprezar o restante do SRO depois de 24 horas do preparo (BRASIL, 2017a, 2017b).

Figura 30 – Como preparar o soro caseiro

1. Com a colher-medida



2. Com a mão



Mexer até dissolver

Plano B - Criança com diarreia e desidratação

Para a criança desidratada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na UBS, que dura, em média, quatro horas. Durante o período de reidratação, os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno. As crianças que se alimentam com leite de vaca e/ou papa ou comida da casa retornarão ao esquema alimentar habitual somente quando receberem alta, com as correções necessárias para que não haja piora da diarreia. Durante a reidratação, deverão ser mantidas em jejum.

O volume de soro a ser ingerido depende da aceitação da criança, mas, em regra, ela deverá receber de 50 a 100 ml/kg em quatro horas. Deve ser administrado da maneira mais cômoda e fácil para os familiares, em intervalos de 15 a 20 minutos, respeitando a capacidade gástrica, que é de 20 a 30 ml/kg/hora.

A observação (do estado geral, como está sugando, se há sinais de melhora no estado de hidratação) pela equipe de saúde deve ser frequente, de 30 em 30 minutos, e a criança pesada a cada 2 horas. Espera-se que os sinais de desidratação desapareçam nas quatro horas.

Se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro. Os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro.

Deve-se suspender a hidratação oral e iniciar o PLANO C na presença das seguintes condições:

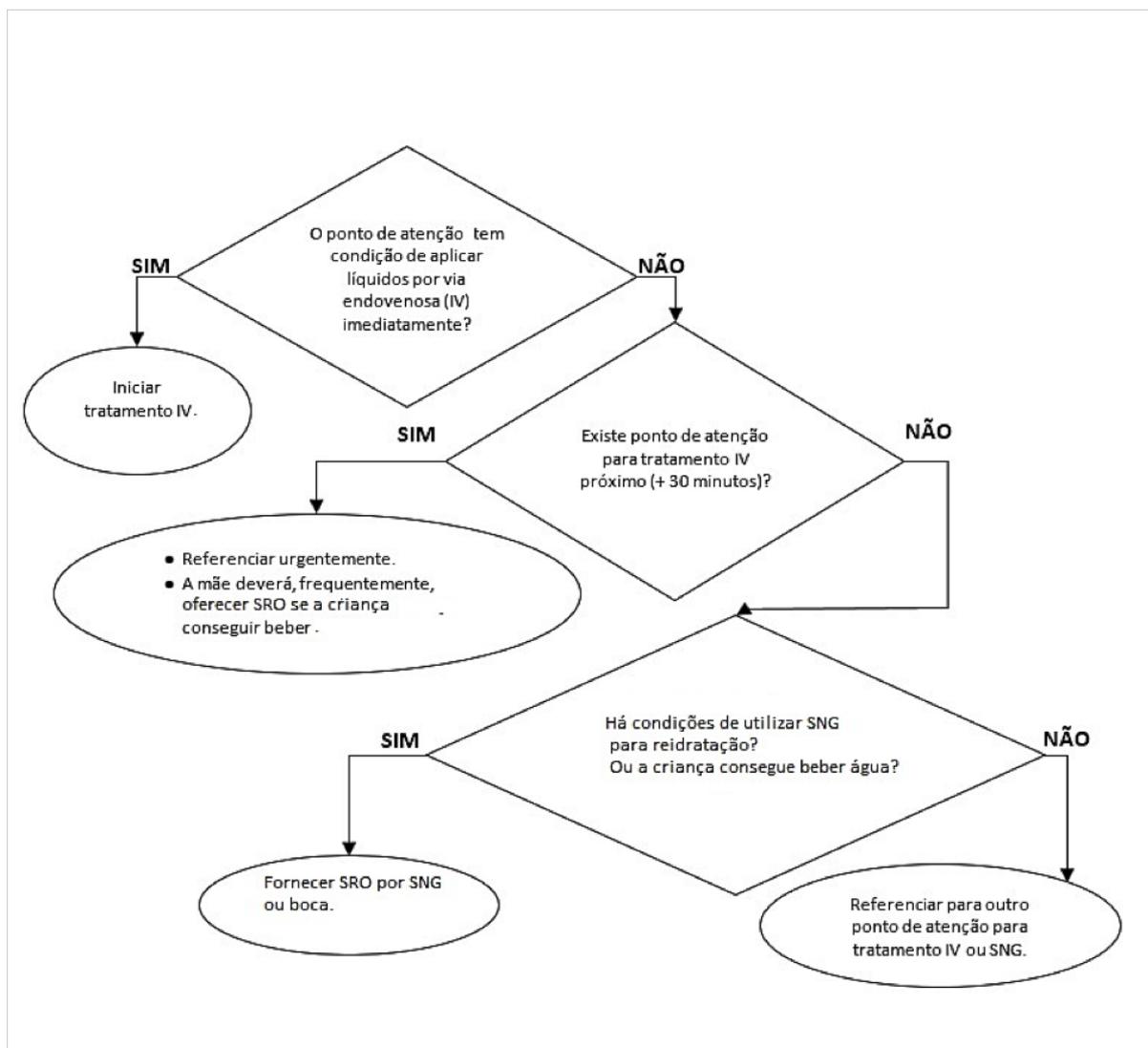
- Alteração do nível de consciência.
- Vômitos persistentes (mais de quatro por hora).
- Ausência de ganho ou perda de peso com duas horas de TRO.
- Suspeita de íleo paralítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).

Uma vez hidratada, a criança deve ter alta para casa com as orientações do Plano A. A mãe deverá levar para casa envelopes do soro para oferecer-lhe sempre que a criança evacuar/vomitou ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação.

Plano C - Criança com diarreia e desidratação grave

A criança com desidratação grave deverá ser tratada em ambiente hospitalar, com hidratação venosa, mas, caso não seja possível transferi-la imediatamente, a equipe deverá proceder de acordo com o fluxograma da Figura 31 e definir a melhor conduta.

Figura 31 - Fluxograma do tratamento da criança com diarreia e desidratação grave - Plano C



Fonte: Adaptado de ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005.

IV: intravenoso ou endovenoso; SRO: solução de reidratação oral; SNG: sonda nasogástrica.

Os principais sinais de desidratação grave são:

- criança letárgica ou inconsciente;
- olhos fundos;
- não consegue beber ou bebe muito mal;
- sinal da prega – a pele volta muito lentamente ao estado anterior.

REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA

Na administração endovenosa, deverão ser dados 100 ml/kg de solução em partes iguais de soro glicosado a 5% (SG) e soro fisiológico (SF) para infusão em duas horas. Se, ao final de duas horas, ainda houver sinais de desidratação, administrar mais 25 a 50 ml/kg para as próximas duas horas.

Avaliar a criança de meia em meia hora. Se não houver melhora no estado de desidratação, aumentar a velocidade do gotejamento da IV.

Oferecer SRO (cerca de 5 ml/kg/hora) tão logo a criança consiga beber. Se estiver sendo amamentada, oferecer o leite materno.

Reavaliar o estado de hidratação da criança de 30 em 30 minutos. Após duas horas, rever as condições da criança e escolher o plano apropriado (A, B ou C) para continuar o tratamento.

REIDRATAÇÃO POR VIA NASOGÁSTRICA (GASTRÓCLISE)

Na impossibilidade de aplicar líquidos endovenosos no local ou próximo à UBS e, se já houve um treinamento para o uso de sonda nasogástrica (SNG), o SRO poderá ser administrado por essa via.

A infusão nasogástrica de solução de reidratação oral parece mais eficaz do que a administração intravenosa para crianças com desidratação leve a moderada devido à diarreia, desde que feita de forma tecnicamente correta. O líquido a ser administrado pela sonda nasogástrica será o SRO, na velocidade de 20 a 30 ml/kg/hora.

Reavaliar a criança a cada 30 minutos e tomar as seguintes decisões:

- Se houver vômitos repetidos ou distensão abdominal, dar o líquido mais lentamente.
- Se, depois de duas horas, a hidratação não estiver melhorando, encaminhar a criança para terapia endovenosa.
- Se, depois de 2 horas, a criança estiver hidratada, dar as orientações necessárias para a realização do plano A em casa para continuar o tratamento.

Nos casos graves, todos os esforços deverão ser feitos para a transferência da criança para uma unidade onde possa ser feita a hidratação venosa, caso não possa ser feita na UBS. Ao transferir uma criança para outra unidade para a reidratação venosa, fazer contato prévio para garantir o acesso e elaborar uma nota de transferência, indicando o que já foi feito. A criança deverá, obrigatoriamente, ser acompanhada por um membro da equipe de saúde. Deverá ser mantida a hidratação oral durante o percurso até a unidade, se a criança puder beber, assim como mantê-la aquecida durante o transporte.

A equipe que proceder ao atendimento para hidratação venosa deverá preencher o relatório de alta, entregar aos familiares e comunicar diretamente à unidade de origem. A equipe da UBS, tão logo seja informada da alta hospitalar, deve realizar visita domiciliar para a criança.

Prognóstico: como a diarreia aguda na criança é autolimitada, o prognóstico depende muito da presteza com que é feito o diagnóstico do estado de hidratação e, conseqüentemente, a reidratação.

2.3 A criança com diarreia persistente

A diarreia persistente é uma doença com componente nutricional muito importante, constituindo um fator de risco para a desnutrição. Ela se caracteriza pela manutenção da diarreia por 14 dias ou mais. A abordagem da criança com a diarreia persistente deve ser feita pelo pediatra e pela equipe de saúde de centro de referência para a atenção secundária. O acompanhamento deverá ser feito pelas duas equipes, a do centro e a da unidade básica.

2.4 A criança com disenteria

Uma vez classificado o estado de hidratação e instituída adequadamente a reidratação, a conduta para as crianças com diarreia com sangue é prescrever sulfametoxazol + trimetoprim (40 mg/kg/dia da sulfa), de 12 em 12 horas, durante cinco dias, se houver comprometimento do estado geral. Não são necessários exames laboratoriais, mas é adequado reavaliar a criança em dois dias e orientar a mãe a retornar imediatamente à unidade, caso haja piora do quadro.

Seção 3

Problemas respiratórios

A criança que é levada ao serviço de saúde com queixa de tosse e/ou dificuldade respiratória deve receber atenção cuidadosa, pois a possibilidade de diagnósticos é ampla, englobando uma variedade de patologias que vão desde o resfriado comum até situações de risco de vida, como pneumonia e crise asmática grave.

O profissional de saúde deve estar atento aos sinais e sintomas de alerta e tomar as decisões adequadas o mais rapidamente possível. É fato que a maioria das paradas cardiorrespiratórias na infância se iniciam com um quadro de insuficiência respiratória que, por esse motivo, deve ser prevenida com a abordagem adequada das afecções de vias aéreas. As afecções respiratórias incluem, principalmente, as infecções agudas de vias aéreas e a asma.

A infecção de vias aéreas pode acometer o trato respiratório superior (nariz, seios paranasais, ouvidos, faringe, amígdalas e laringe) e inferior (traqueia, brônquios, bronquíolos e alvéolos), isolada ou simultaneamente. Caracteriza-se por apresentar um ou mais dos seguintes sintomas e sinais: febre, coriza, obstrução nasal, tosse, dor de garganta, hiperemia de orofaringe, otalgia, dificuldade para respirar e chiado no peito. A asma, apesar de não ter origem infecciosa, é abordada em conjunto pela importância do diagnóstico diferencial.

As infecções agudas de vias aéreas apresentam elevada incidência e respondem por cerca de 30% a 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais, o que significa enorme demanda para os serviços de saúde.

É importante lembrar que lactentes e crianças pequenas têm, em média, seis a oito resfriados por ano, mas 10-15% apresentam 12 episódios de Infecções das vias aéreas superiores (IVAS) por ano, sem significar comprometimento da resposta imunológica.

As **infecções das vias aéreas superiores (IVAS)** representam, na sua maioria, quadros clínicos benignos e autolimitados, de origem viral. Entretanto, apresentam risco de complicações por infecções bacterianas secundárias, principalmente em crianças menores de um ano, naquelas nascidas com baixo peso e em desnutridas, tornando-se, assim, potencialmente graves.

A **pneumonia** é causa importante de hospitalização e morte em crianças abaixo de cinco anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorrem aproximadamente 2.000.000 de óbitos por pneumonia no mundo, a cada ano, em crianças abaixo de cinco anos. No Brasil, as doenças respiratórias são responsáveis por quase 20% da mortalidade em menores de cinco anos.

Outro problema significativo em relação às infecções respiratórias agudas (IRA) é o uso indiscriminado de antibióticos, incluindo a automedicação. Como a maioria dos casos tem etiologia viral, o abuso de antimicrobianos, além de inadequado, pode ser perigoso porque expõe a criança ao risco de diversos efeitos colaterais e favorece o aparecimento de microrganismos resistentes. Além disso, esses medicamentos representam enorme dispêndio de recursos, podendo diminuir a disponibilidade para os pacientes que realmente deles necessitam.

A **asma** é a doença crônica mais comum da infância, com prevalência estimada entre 10% a 20%, no Brasil. É causa de internações hospitalares, de faltas escolares, de distúrbios do sono e limitação para o exercício físico, podendo afetar o desenvolvimento físico e emocional da criança e interferir na sua relação familiar e social. Além disso, cerca de metade dos lactentes apresenta pelo menos um episódio de sibilância nos três primeiros anos de vida, mas nem todos têm asma.

3.1 O atendimento da criança

A assistência deve ser organizada a partir da definição das funções de cada profissional, trabalhando em equipe, de maneira organizada e sistematizada. Além disso, devem ser observados os sistemas de informação que servem como orientadores para as ações a serem instituídas e de avaliação dos seus resultados. Uma proposta de sistematização do atendimento à criança com tosse e/ou dificuldade respiratória foi elaborada com o objetivo de organizar e facilitar o trabalho na UBS.

No acolhimento deve-se:

- valorizar a queixa de tosse e/ou dificuldade respiratória;
- observar se existem sinais ou sintomas de alerta;
- identificar crianças em situação de risco;
- perguntar sobre febre e medir temperatura axilar. Se $> 37,8^{\circ} \text{C}$, medicar com antitérmico antes de encaminhar a criança para a consulta médica;
- perguntar sobre história pregressa de asma ou tosse e uso frequente de broncodilatadores;

- contar a frequência respiratória durante 1 minuto com a criança no colo da mãe, sem chorar e sem febre;
- valorizar a taquipneia e gemidos como indicadores de pneumonia.

Na consulta médica, deve-se:

- realizar a anamnese e o exame físico detalhadamente;
- definir o diagnóstico mais preciso, baseando-se nos fluxogramas específicos: IVAS, asma e pneumonia.

Após o diagnóstico, deve-se estar atento às seguintes questões:

- São necessários exames complementares?
- É necessária a internação?
- Se não, qual a prescrição para o domicílio?
- É necessário retorno? Quando?
- Quais as orientações importantes para a mãe?

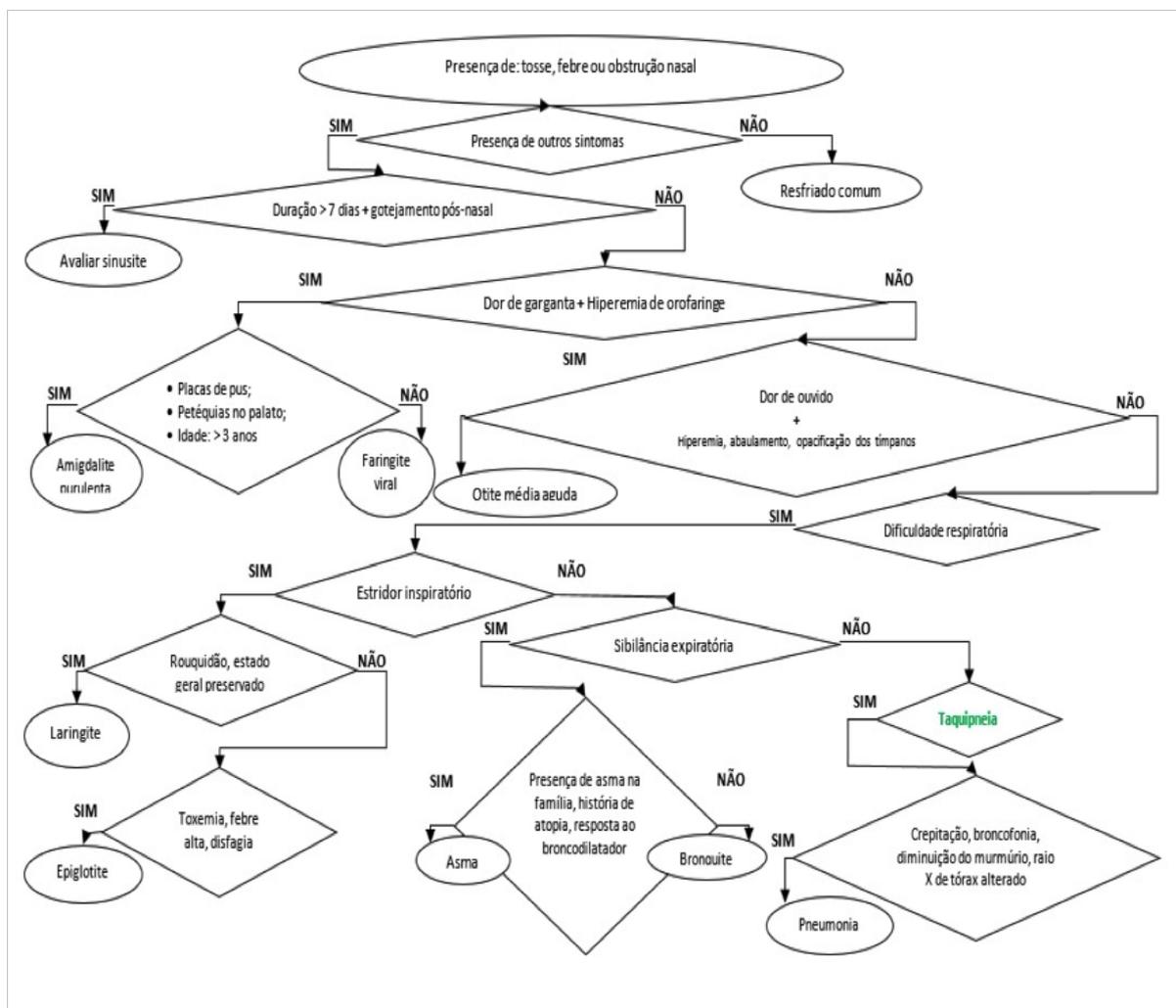
No seguimento:

- estabelecer retornos e visitas de acordo com gravidade;
- acompanhar os resultados do tratamento estabelecido.

3.2 A avaliação clínica e a abordagem terapêutica da criança com problema respiratório

A avaliação clínica da criança com tosse e/ou dificuldade respiratória deve ser cuidadosa e completa, iniciando-se pela avaliação do padrão respiratório, da frequência respiratória e do aspecto geral da criança, atentando para a presença de toxemia, palidez, cianose e desidratação. A Figura 32 apresenta uma orientação geral para o diagnóstico das afecções respiratórias mais comuns na infância. É uma apresentação sumária dos principais sinais e sintomas que orientam o diagnóstico diferencial.

Figura 32 - Fluxograma de avaliação da criança com tosse e/ou dificuldade de respirar



Fonte: Elaborada pelas autoras, 2018.

O Quadro 20 apresenta uma relação de sinais e sintomas de alerta que indicam situações de extrema gravidade clínica, independentemente do diagnóstico da criança. Diante desses sinais e sintomas, a equipe de saúde deve mobilizar-se para conduzir rapidamente o caso da melhor maneira possível, devido ao risco iminente de morte.

Quadro 20 - Sinais e sintomas de alerta na criança com dificuldade respiratória

- Hipotermia, especialmente em menores de 2 meses e desnutridos graves
- Palidez cutaneomucosa acentuada
- Edema generalizado
- Desidratação
- Impossibilidade de beber ou sugar
- Convulsão ou estado pós-convulsivo
- Agitação e/ou prostração acentuadas
- Estridor em repouso
- Crises de apneia
- Cianose
- Insuficiência respiratória
- Instabilidade hemodinâmica (taquicardia importante, pulsos finos, perfusão capilar lenta, hipotensão)

No Quadro 21, são apresentadas situações em que as crianças devem ser consideradas de risco, ou seja, poderão ter uma evolução desfavorável, mesmo quando a patologia for considerada benigna. Crianças nessas situações deverão ter sempre prioridade no atendimento e acompanhamento rigoroso.

Quadro 21 - Situações de risco em problemas respiratórios

- Desnutrição grave
- Desmame precoce
- Prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento
- Mãe adolescente ou analfabeta
- História pregressa de internação
- Idade menor que 1 ano (o lactente é mais susceptível à falência respiratória e septicemia))

Seção 4

Outras situações especiais a serem avaliadas

A Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017a, 2017b), além de abordar a rotina da atenção básica à criança – organização da atenção, acompanhamento do crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, aleitamento materno e orientação alimentar para crianças, e vacinações –, destaca algumas situações especiais a serem avaliadas: acidentes e violências, hipertensão arterial, saúde ocular e auditiva, Síndrome de Down e Autismo.

4.1 Acidentes e violências

O tópico “Cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violência”, da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL 2017a, 2017b), apresenta os cuidados preventivos relativos aos acidentes, por faixa etária.

Apresenta, ainda, as consequências dos maus tratos domésticos, exteriorizados em sinais físicos e alterações comportamentais.

4.2 Hipertensão arterial

Na Caderneta, uma tabela de registro da aferição da pressão arterial acompanha o texto *Vigiando a pressão arterial (PA)*.

4.3 Saúde bucal

A Caderneta de Saúde da Criança apresenta espaço para “registros dos procedimentos da saúde bucal”, com cronogramas para erupção de dente decíduo (dente de leite) e esfoliação de dente decíduo e erupção de dente permanente. Apresenta, ainda, odontograma, para registro de dente cariado, dente restaurado, extração, indicação de pulpotomia/endodontia e primeiro molar erupcionado.

4.4 Saúde ocular e auditiva

Em “Saúde ocular e auditiva” é preconizada a realização do teste de acuidade visual (TAV) aos quatro e aos sete anos, ou quando houver queixa. Um quadro de registro dos resultados do TAV é apresentado. O exame audiológico é indicado no período neonatal (“teste da orelhinha”), com registro dos resultados na Caderneta de Saúde da Criança.

ASPECTOS PARTICULARES DA SAÚDE VISUAL DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA

Nessa unidade do curso Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde (MOLINARI; BOTEON, 2016), são apresentados alguns aspectos importantes do diagnóstico e tratamento oftalmológico da criança. Em “Avaliação da acuidade visual”, são apresentadas escalas de Snellen, adaptadas para fácil impressão e realização em espaços curtos (dois metros).

4.5 Síndrome de Down e autismo

Um Guia Básico para Acompanhamento de Crianças com Síndrome de Down é apresentado na Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Relaciona as intervenções /avaliação que devem ser feitas a cada período etário.

Em relação ao autismo, o enfoque da CSC é para o diagnóstico precoce (sinais de autismo), fundamental para imediata intervenção.

Conclusão

Atenção à saúde da criança: aspectos básicos

Atenção à saúde da criança: aspectos básicos

Conclusão

Chegamos ao fim desta disciplina! 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. Na disciplina sobre agravos nutricionais, você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre como abordar as crianças que desenvolveram esses problemas. Não deixe de estudá-la!

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 com base nela. Alguns aspectos da antropometria, do registro e da análise dos dados antropométricos foram revistos, o que permite que você se apoie 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 para promover o crescimento, o desenvolvimento e a alimentação saudáveis para essas crianças.



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!

Fonte: Arquivo pessoal das autoras

Referências

Referências

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

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S.; SANTOS, L. C. **Atenção à saúde da criança: aspectos básicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3998.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/ DAPES/SAS. **Apurando o olhar para a vigilância do desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. (23:51 min.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=krXG4ppwuF8>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. **Conheça o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**, [2010]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 152p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/guiaaliment.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

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: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno.** 2. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Álbum seriado. 18p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.

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 à 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

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/cadernoatenaabasica_23.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. População e condições no domicílio. Brasília, 2010a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

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, 2010b. 186p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010c. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/amdrog10.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. v.1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: intervenções comuns, icterícia e infecções**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 76p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde:** problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. v. 3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v3.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde: cuidados com o recém-nascido pré-termo. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. v. 4. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v4.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário nacional de vacinação 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/06/Calendario-2017.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. **Programa Nacional de Alimentação Escolar** - PNAE. Brasília: Ministério da Educação: 2017d. Disponível em: <<http://www.fnede.gov.br/programas/pnae>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança: menina**. 12. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menina.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança: menino**. 12. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menino.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: <http://issuu.com/ceabsf/docs/planejamento_avalicao_acoes_saude>. Acesso em: 06 ago. 2018.

CARVALHO, A. M. et al. Avaliação do desenvolvimento. In: LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013b.

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: 06 ago. 2018.

FIGUEIRA, A. C. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19 n. 6, p. 1691-99. Rio de Janeiro, nov./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a13v19n6.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. **J. Pediatr.**, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-06-421/port.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

MAITENA, B. I. **Mulheres alteradas 1**. Tradução de Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Viva Vida. **Atenção à saúde da criança**. Belo Horizonte: SES-MG, 2005.

MOLINARI, L. C.; BOTEON, J. E. **Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2016, 204p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/Oftalmologia-na-ABS-2016.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

MONTENEGRO, O. **Ao nosso filho, morena**. Oswaldo Montenegro. Rio de Janeiro: Transamérica, 1980. Disponível em: <<http://www.oswaldomontenegro.com.br/>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL - ONU. **16 mil crianças morrem diariamente, revela novo relatório sobre mortalidade infantil**. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revela-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil1/>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

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: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SANT'ANNA, A. R. **Antes que elas cresçam**. São Paulo: Editora Landmak, 2010. 72 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. São Paulo: SBP, 2006. 64p. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/manuais/manual_alim_dc_nutrologia.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. **Amamentação: muito mais do que alimentar a criança – completo**. 2015. (20 min.) Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=i31VEa--XpE>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. **Amamentação: muito mais do que alimentar a criança: principal**. Parte 1/3. Brasília, 2015. (12 min.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=steVbu6mP5w>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. **Amamentação: muito mais do que alimentar a criança: dúvidas e preocupações**. Parte 2/3. Brasília, 2015. (10min39s.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=6KuE7il2SpM>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. **Amamentação: muito mais do que alimentar a criança: posição e pega**. Parte 3/3. Brasília, 2015. (1min34s.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=GoKlcVSmqaY>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SOUZA, S. C. et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1917-1926, ago., 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2008.v24n8/1917-1926/pt>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

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. (7 min). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1672.mp4>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO Child Growth Standards.** Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>. Acesso em 02 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding counselling: an integrated course.** Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Directors_Guide.pdf>. Acesso em 02 out. 2018.

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; firmar os dedos e empurrar para trás, em direção ao corpo. Tentar 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, 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 a amamentar após o retorno ao trabalho, pede-se conhecer as possibilidades para retirada e armazenamento no local (privacidade, horários, geladeira) e iniciar o estoque de leite 20 dias antes 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-o 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).

VEJA TAMBÉM O VÍDEO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA:

Ordenha manual - Aleitamento materno. **Disponível em:**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança - completo. 22 min. Brasília, 2015. **Disponível em:**

<<https://www.youtube.com/watch?v=i31VEa--XpE>>.

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 (Quadro 22). O tamanho dessas porções segue a proposta da pirâmide dos alimentos (Figura 27, no texto).

Componentes das misturas da papa salgada infantil

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

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

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

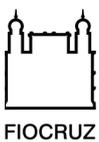
Legumes são vegetais cuja parte comestível não são folhas: tubérculos (batata, mandioca, cará, inhame, etc.), frutos (tomate, berinjela, chuchu, abóbora e abobrinha), leguminosas (vagens, feijão, etc.).

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.



SGTES



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

