

Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família

Unidade Didática II

Tópicos Especiais em Atenção
Básica em Saúde da Família

saúde da criança e do adolescente

crescimento, desenvolvimento e alimentação

Cláudia Regina Lindgren Alves
Zeína Soares Moulin



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

COOPMED
COOPERATIVA MÉDICA

The logo for Coopmed Cooperativa Médica consists of a stylized white duck or bird shape inside a green square.

Unidade Didática II

Tópicos Especiais em Atenção

Básica em Saúde da Família

saúde da
criança e do
adolescente

**crescimento, desenvolvimento
e alimentação**

Cláudia Regina Lindgren Alves
Zeína Soares Moulin

A474s Alves, Cláudia Regina Lindgren
Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação / Cláudia Regina Lindgren Alves e Zeína Soares Moulin.
-- Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
111p. : il. color.

Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF/NESCON/FM/UFMG)
ISBN 978- 85 - 7825 - 011 - 9

1. Saúde da Criança. 2. Saúde do Adolescente. 3. Bem-estar da criança. 4. Crescimento e Desenvolvimento. 5. Alimentação. I. Moulin, Zeína Soares. II Título.

NLM: WS 103
CDU: 616

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Pena
Vice-reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Jaime Arturo Ramirez
Pró-Reitora Adjunta: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben
Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Coordenadoria da UAB na UFMG

Coordenadora: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Coordenadoria do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED):

Coordenadora: Maria do Carmo Vila

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves
Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação

Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha
Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Junior

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna
Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo
Vice-Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/ UFMG (NESCON)

Coordenador em exercício: Edison José Corrêa

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância

Coordenadora: Juliane Correa

Editora Coopmed

Diretor Editorial: Victor Hugo de Melo

Sumário

Introdução ao Módulo.....	7
Seção 1 Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento.....	9
Parte 1 – Organização das ações da equipe de saúde.....	12
Parte 2 – Acompanhamento do crescimento infantil.....	19
Parte 3 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	48
Seção 2 Aleitamento materno e orientação alimentar para crianças até cinco anos	69
Parte 1 – Recomendações a respeito da alimentação para crianças de zero a seis meses.....	72
Parte 2 – Recomendações a respeito da alimentação para crianças de seis a 12 meses.....	86
Parte 3 – Recomendações a respeito da alimentação para crianças no segundo ano de vida	92
Parte 4 – Recomendações a respeito da alimentação para crianças de dois a cinco anos	97
Parte 5 – Suplementação de vitaminas e ferro.....	100
Considerações finais	105
Referências bibliográficas	106
Anexos.....	109

Apresentação das autoras

Cláudia Regina Lindgren Alves

Professora adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Medicina. Membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenadora do módulo Saúde da Criança e Adolescente do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFMG

Zeína Soares Moulin

Professora assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG. Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Nossas atividades didática e clínica sempre foram desenvolvidas na atenção primária. Esperamos que o conteúdo desse módulo o inspire a desejar sempre mais a promoção da saúde da criança. Bom proveito!

Apresentação do Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância/Faculdade de Educação, Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família o Curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação a Distância. Esse sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibiliza-

das tanto em DVD – no formato de vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, como *chats* e fóruns. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Esse Caderno de Estudo, como os demais que compõem o CEABSF, é o resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da Universidade e do Serviço. Os autores são renomados especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada pela UFMG no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência profissional.

A perspectiva é que esse Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família cumpra seu importante papel na consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

Apresentação da Unidade Didática II

Tópicos Especiais em Atenção Básica em Saúde da Família

A Unidade Didática II do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) está formada por módulos optativos dos quais os profissionais em formação podem escolher um número suficiente para integralizar, no mínimo, 240 horas ou 16 créditos. Somadas à carga horária das disciplinas obrigatórias, as disciplinas optativas perfazem as 360 horas, ou 24 créditos, necessárias à integralização da carga horária total do CEABSF.

Na Unidade Didática I foram abordados os seguintes temas:

- Módulo 1– Processo de Trabalho em Saúde;
- Módulo 2 – Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde;
- Módulo 3 – Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde;
- Módulo 4–Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, à Família e à Comunidade.

Nesta segunda Unidade o propósito é possibilitar que o profissional atenda às necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Desta forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da Estratégia de Saúde da Família.

O leque de oferta é amplo, envolvendo tópicos especiais como Saúde da Mulher, Saúde do Idoso,

Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal e Saúde Mental. Endemias e Epidemias serão abordadas em módulos que deverão desenvolver aspectos da atenção básica para leishmaniose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, hepatites, tuberculose e hanseníase, entre outros. Aspectos atuais voltados para grandes problemas sociais, Saúde Ambiental e Acidentes e Violência, também estão abordados em módulos específicos. Família como Foco da Atenção Primária compõe um dos módulos da Unidade Didática II e traz uma base conceitual importante para as relações que se passam no espaço de atuação das equipes de saúde da família.

A experiência acumulada confirma a necessidade de novos temas, entre os quais já são apontados Urgências e Emergências, Problemas Dermatológicos e Atenção a Pessoas com Necessidades Especiais no contexto do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Esperamos que essa Unidade Didática II seja explorada com a compreensão de que ela é parte de um curso que deve ser apenas mais um momento de um processo de desenvolvimento e qualificação constantes. A Coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam cursar outros módulos, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Introdução ao Módulo

Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação

Este módulo pretende motivá-lo(a) a refletir e a preparar-se para abordar alguns temas importantes para a promoção da saúde da criança, como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, o aleitamento materno e a alimentação infantil. Discutiremos ações que têm um enorme potencial de prevenção de problemas sérios, como a desnutrição, a anemia e a obesidade, altamente prevalentes em nosso meio e também a possibilidade de detectar precocemente crianças com problemas neurológicos. 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.

Dividimos este módulo em duas seções para facilitar os seus estudos:

1. Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento
2. Aleitamento materno e orientação alimentar para crianças até cinco anos

Ao elaborar este módulo, pensamos que poderíamos ajudá-lo(a) a organizar melhor as ações de sua equipe para o acompanhamento das crianças e, por isso, preparamos várias atividades relacionadas ao seu dia-a-dia nos serviços de saúde. Por isso, é importante que você programe algum tempo para discutir com sua equipe algumas atividades que serão propostas ao longo do módulo. Você também precisará levantar dados sobre a comunidade em que atua. Procure identificar suas possíveis fontes de informação e comece a mobilizar sua equipe para ajudá-lo(a). Será necessário que você providencie também uma CSC nova, em branco, que será utilizada no estudo de um caso.

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 da *Web*. Lá você poderá compartilhar com outros alunos e com os tutores do curso suas dúvidas, trocar idéias e experiências sobre os problemas do seu cotidiano.

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



Seção 1

Acompanhamento
do crescimento
e do desenvolvimento

Glossário

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

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

Crescer e desenvolver-se são as marcas da infância. Crescer e desenvolver-se bem significam o atendimento oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais que cada criança tem em determinada fase da vida. 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.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de 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 implementar essas ações.



Atividade 1

Assista ao vídeo 1 e faça uma lista das dificuldades apontadas pelo seu colega, médico de uma equipe de PSF de Belo Horizonte, para organizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças de sua área de abrangência. Registre e guarde-o no seu portfólio.

Você deve ter percebido que seu colega coloca as seguintes questões:

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

Provavelmente, você também se depara com questões como essas no seu dia-a-dia. Como você tem enfrentado essas situações?

Nesta seção, iremos tratar do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e esperamos que, ao final, você seja capaz de:

- conhecer a realidade de saúde das crianças de sua área 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, a partir do conhecimento de sua realidade de saúde e das características da própria equipe;
- medir, registrar e analisar adequadamente o crescimento e o desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos;
- utilizar a Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de acompanhamento da saúde da criança;
- intervir, oportuna e adequadamente, nos casos com crescimento e desenvolvimento satisfatórios e insatisfatórios.

Discutiremos o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança em três etapas:

- I – Organização das ações da equipe de saúde
- II – Acompanhamento do crescimento infantil
- III – Acompanhamento do desenvolvimento infantil

Nas próximas páginas – Parte I – vamos focalizar a organização das ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis em seu serviço de saúde. Começaremos avaliando as condições de vida e saúde das crianças de sua área de saúde e pretendemos que você consiga, ao final, propor alterações significativas na forma de trabalho de sua equipe.

Parte 1

Organização das ações da equipe de saúde

Na introdução desta seção, vimos algumas dificuldades que os profissionais de saúde apontaram para realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil de maneira sistemática. Vamos refletir agora sobre o seu cotidiano?

- Sua equipe já desenvolve alguma ação planejada para as crianças de zero a cinco anos? Como ela se organiza? Quem são os responsáveis? Como é a adesão das famílias? Qual tem sido o impacto dessas ações na saúde das crianças?
- Identifique os pontos que você e sua equipe gostariam de avançar? Quais são os pontos facilitadores para a realização de uma nova proposta de trabalho? Quais as dificuldades atuais?

Lembre-se...

Planejar implica:

- conhecer a realidade atual em que você atua;
- definir claramente o que se deseja fazer;
- prever o que deve ser feito para alcançar os objetivos propostos;
- utilizar os recursos existentes da melhor forma para concretização dos objetivos;
- avaliar os resultados obtidos.

(Fonte: OPAS, 2000)

Esses são alguns aspectos que você precisa considerar para planejar as ações de saúde de um modo geral. Começaremos a montar, agora, um planejamento específico para as ações de promoção da saúde da criança em sua área de abrangência. O primeiro passo será levantar algumas informações que o ajudem a dimensionar o seu “problema”. É importante registrar, organizar e guardar essas informações, pois elas serão a sua referência para avaliar o sucesso de suas intervenções. Procure envolver todos os membros da sua equipe – médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários – não só no levantamento das informações necessárias, mas também na elaboração e implementação das propostas, ou seja, procure construir coletivamente um planejamento das ações.

Atividade 2

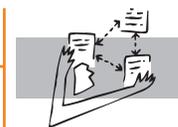
Para começar o seu mapa contextual, você precisará levantar informações sobre a população infantil de sua área de abrangência que permitam o planejamento das ações, como:

- Quantas crianças com menos de 12 meses, entre 12 e 24 meses e entre dois e cinco anos vivem em sua área de abrangência?
- Quantas estão sendo acompanhadas regularmente pela equipe de saúde?
- Quantas são **prematuros e baixo peso** ao nascer?
- Há mães adolescentes, analfabetas ou de muito baixa escolaridade em sua área de abrangência? Quantas são?
- Quantos são os desnutridos? E os obesos?
- Você tem informações sobre os índices de aleitamento materno? Quantas crianças menores de seis meses mamam exclusivamente ao seio? Quantas crianças menores de dois anos de idade ainda são amamentadas? (Veja a nomenclatura proposta pela OMS para os padrões de aleitamento materno na comunidade.)
- Quantas crianças estão com a vacinação em dia?
- Quantas crianças foram internadas no último mês?
- Existem crianças freqüentando creches? Quantas são?

Faça um quadro com estes dados e guarde-o em seu portfólio.

Com essas informações, você poderá identificar as crianças e as famílias cuja saúde está em maior risco e que precisarão de uma atenção especial da equipe de saúde ou até de acompanhamento especializado. No quadro a seguir, são listados dois grupos de crianças consideradas em situações de risco. As crianças do Grupo I são crianças em risco, mas que poderão ser acompanhadas pela equipe, porém com calendário especial. Já as crianças do Grupo II necessitarão de acompanhamento do pediatra e/ou de outros especialistas, mas deverão manter acompanhamento concomitante com a equipe de saúde.

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



Glossário

Pré-termo ou prematuros são os bebês nascidos com menos de 37 semanas de gestação.

Baixo peso ao nascer considera-se que o bebê pesou menos de 2 500g no nascimento.

Lembre-se...

Nomenclatura proposta pela OMS para os padrões de aleitamento materno:

Aleitamento materno exclusivo: 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.

Classificação das crianças em situação de risco

Grupo I	Grupo II
<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 1 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 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

Calendário mínimo de atendimentos de crianças, proposto pelo Ministério da Saúde

Número de atendimentos/ano	Idade												
	Dias	Meses								Anos			
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	
1º ano - 7 atendimentos	●	●	●	●	●	●	●	●					
2º ano - 2 atendimentos									●	●			
3º ano - 1 atendimento											●		
4º ano - 1 atendimento												●	
5º ano - 1 atendimento													●

(Adaptado de Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Ministério da Saúde, 2002, 100p.)



Atividade 3

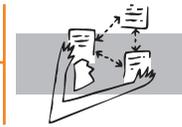
O que você acha dessas propostas? Discuta-as com sua equipe. Coloque suas reflexões no fórum específico desta aula no ambiente virtual do curso. Escolha o comentário de um colega e faça a réplica.

Em muitas comunidades, as condições sociais, econômicas e ambientais colocam quase toda a população em grande risco de adoecer e morrer. Nessa situação, a equipe precisa exercer sua capacidade criativa na busca de um planejamento que seja capaz de oferecer a cada indivíduo aquilo de que ele mais precisa e oferecer a todos as melhores oportunidades de cuidado para com a sua saúde. Assim, você e sua equipe precisam avaliar concretamente sua capacidade de lidar com a realidade da população sob sua responsabilidade. Faça a Atividade 2, pensando nisso.

Atividade 4

Dando continuidade ao seu mapa contextual, registre seus dados e análises conforme orientação a seguir:

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



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

Modalidades de atendimento

	Objetivos	Responsáveis
Visitas domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Captar crianças para o acompanhamento. - Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • condições gerais da mãe e da criança; • presença de situações de risco; • Caderneta de Saúde da Criança; • cuidados de higiene; • uso correto dos medicamentos prescritos. - Incentivar o aleitamento materno. - Buscar faltosos. 	Agente Comunitário de Saúde (ACS) Auxiliar de enfermagem Enfermeiro Médico
“Primeira semana de saúde integral”	<p>RN: - atualizar a Caderneta de Saúde da Criança;</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificar sinais gerais de perigo; - verificar icterícia; - coletar material para Triagem Neonatal; - vacinar BCG e anti-hepatite B; - avaliar a amamentação e orientar; - orientar sobre os cuidados com o bebê; - captar para acompanhamento e agendar puericultura. <p>Mãe: - verificar estado geral, sinais de infecção e hemorragia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - vacinar anti-rubéola e antitetânica (quando for o caso); - encaminhar para consulta pós-parto. 	Auxiliar de enfermagem
Consulta individual	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar crescimento, desenvolvimento, alimentação e vacinas. - Realizar diagnósticos clínicos. - Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos. - Preencher a Caderneta de Saúde da Criança. - Solicitar exames complementares. - Prescrever medicamentos. - Encaminhar para consultas especializadas. 	Médico
	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar crescimento, desenvolvimento, alimentação e vacinas. - Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos. - Preencher a Caderneta de Saúde da Criança. 	Enfermeiro
Grupo Educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento. - Avaliar e promover o aleitamento materno e a alimentação de desmame. - Atividade de educação para a saúde com a participação dos pais ou responsáveis pela criança, com ênfase em: <ul style="list-style-type: none"> • prevenção de doenças e acidentes; • higiene; • aspectos da educação infantil; • outros temas sugeridos pelos participantes. - Preencher a Caderneta de Saúde da Criança. 	ACS Auxiliar de enfermagem Enfermeiro Médico

Chegou a hora de montar uma proposta mais detalhada para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos em sua área de abrangência. Até este momento, você já sabe:

- a disponibilidade, as possibilidades e as limitações de sua equipe de trabalho;
- o número de crianças de risco e não risco;
- as necessidades de atendimento por ano em cada faixa etária.

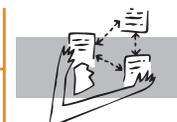
Atividade 5

Você já levantou várias informações importantes para o planejamento de seu trabalho. Agora, você vai sistematizá-las para a elaboração de uma proposta para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças. Procure detalhar o cronograma dos atendimentos, a modalidade de cada atendimento, os responsáveis por cada atendimento e os recursos materiais necessários. Discuta com sua equipe e elaborem as metas para a implantação da nova proposta e como ela será avaliada. Registre no seu portfólio.

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento é uma excelente oportunidade para promover a saúde integral da criança.

Pensando na promoção da saúde integral da criança, o acompanhamento do crescimento não deve ser tratado apenas como um momento para coletar dados antropométricos. Essa é também a melhor oportunidade para a orientação dos pais sobre os cuidados básicos indispensáveis à saúde de seu filho. A equipe de saúde deve preparar-se para abordar, individual ou coletivamente, os seguintes aspectos da prevenção de problemas e da promoção da saúde da criança:

- estimular o aleitamento materno exclusivo até seis meses;
- orientar o processo de desmame e a alimentação complementar apropriada após os seis meses;
- verificar o calendário vacinal, dando as orientações necessárias;
- acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;
- orientar a estimulação psicomotora e a atividade física adequada a cada faixa etária;



No nosso dia-a-dia:

“Primeira semana de saúde integral” é uma das propostas do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde. Consiste em otimizar a ida da criança e da mãe ao serviço de saúde no 5º. dia de vida para a realização do “Teste do Pezinho”, além de propor ações de vigilância à saúde do binômio mãe-filho no pós-parto imediato.

Como tem sido a organização desta primeira semana no seu dia-a-dia?

Para saber mais:

Você pode saber mais sobre o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal visitando o site <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo22.pdf> e sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal no site http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1061.

- indicar a profilaxia/tratamento da anemia ferropriva de maneira sistemática;
- avaliar a saúde bucal e orientar a higiene oral;
- orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária;
- avaliar a acuidade visual e auditiva e referenciar precocemente ao especialista, quando necessário;
- reconhecer e tratar as intercorrências patológicas e eventos importantes para a saúde.

Ao estudar e fazer as atividades da Parte I, você pôde ter uma visão coletiva de vários dos problemas de saúde das crianças de sua área de abrangência, o que lhe possibilitou elaborar uma proposta de trabalho firmemente embasada nas características dessa população e de sua equipe. Este é um passo muito importante e necessário! Não deixe de colocar em prática as propostas elaboradas aqui!

Parte 2

Acompanhamento do crescimento infantil

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

Atividade 6

Escolha, entre as crianças que você já atendeu, um caso em que a preocupação principal da família fosse o crescimento da criança. Quais foram as medidas antropométricas que você utilizou para avaliar o crescimento dessa criança? Quais foram os equipamentos que você utilizou? Você se lembrou de verificar se esses estavam calibrados? Como você registrou essas informações? Com essas informações foi possível concluir algo sobre o crescimento da criança? Que outras informações você precisou levantar? Qual foi a sua conduta? Registre essas informações, descrevendo esse caso. Você terá que voltar a ele à medida que for estudando sobre como acompanhar o crescimento de uma criança.

Glossário

Antropometria é o conjunto de técnicas utilizadas para medir o corpo humano ou suas partes. Podem-se obter medidas globais, como o peso e a 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.

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

Antes que elas cresçam

Há um período em que os pais vão ficando órfãos de seus próprios filhos. É que as crianças crescem independentes de nós, como árvores tagarelas e pássaros estabanados. Crescem sem pedir licença à vida. Crescem com uma estridência alegre e, às vezes, com alardeada arrogância.

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

Onde é que andou crescendo aquela danadinha que você não percebeu? Cadê a pazinha de brincar na areia, as festinhas de aniversário com palhaços e o primeiro uniforme do maternal?

A criança está crescendo num ritual de obediência orgânica e desobediência civil. (...)

Affonso Romano de Sant'Anna

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

Affonso Romano de Sant'Anna mostra, de forma poética, que o crescimento é, sobretudo, um processo. Concorda? Sendo o crescimento um processo, 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?

As avaliações transversais (aquelas baseadas em uma única medida) servem apenas para termos uma impressão inicial sobre o estado nutricional da

criança, mas não refletem 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 também a obtenção de mais de uma medida corporal, 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.

Habitualmente, acompanhamos essa harmonia no processo de crescimento através da antropometria seqüencial das crianças. Existem vários índices antropométricos, mas os que mais nos interessam são peso/idade, altura/idade e perímetro cefálico/idade. Cada índice nos fornece informações diferentes sobre o crescimento da criança, como mostrado no quadro a seguir.

Índices antropométricos	Características	Equipamentos necessários
Peso/idade	<ul style="list-style-type: none"> • Altera-se precocemente em diversos agravos. • Obtêm-se com facilidade. • Apresenta relação com “bem-estar” geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Balança horizontal (até 16 kg) • Balança plataforma tipo adulto
Altura/idade	<ul style="list-style-type: none"> • Altera-se tardiamente em relação à desnutrição • Revela processo crônico 	<ul style="list-style-type: none"> • Régua antropométrica horizontal • Régua antropométrica vertical ou de parede
Perímetro cefálico/idade	<ul style="list-style-type: none"> • Altera-se em eventos de gravidade relacionados ao sistema nervoso central. • É útil até os 2 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fita métrica

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

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

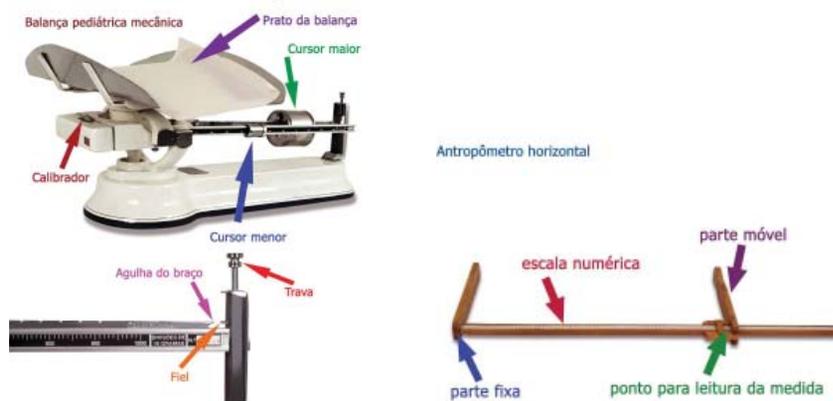
- 1 - a escolha do equipamento e a obtenção das medidas;
- 2 - o registro das medidas;
- 3 - a interpretação dos dados antropométricos;
- 4 - o compartilhamento das informações com a família.

Para saber mais:

Para saber mais sobre como calibrar e verificar a conservação dos equipamentos, consulte o *site* http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/album_antropometria.pdf.

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

Na avaliação de uma criança com menos de três anos de idade, o peso deve ser obtido com uma balança pediátrica (mecânica ou eletrônica), cuja capacidade é, em geral, de até 16kg. O comprimento da criança de 0 a 36 meses deve ser obtido com uma régua antropométrica horizontal, preferencialmente as que apresentam uma base de madeira, sobre a qual a criança deve deitar-se. Este tipo de régua mede uma criança com até 1 metro de comprimento. As Figuras 1 e 2 mostram alguns detalhes dos equipamentos usados para pesar e medir a criança pequena.



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Antropometria – como pesar e medir

Figura 1 – Balança pediátrica mecânica e régua antropométrica horizontal



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Antropometria – como pesar e medir

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

Para as crianças maiores de três anos ou que pesem mais de 16kg e/ou meçam mais de 1 m de altura, utiliza-se a balança mecânica tipo adulto e a régua antropométrica vertical, preferencialmente a de parede, para a obtenção

do peso e da altura, respectivamente. A Figura 3 mostra esses equipamentos. Nessa idade, as crianças devem ser pesadas e medidas de pé.

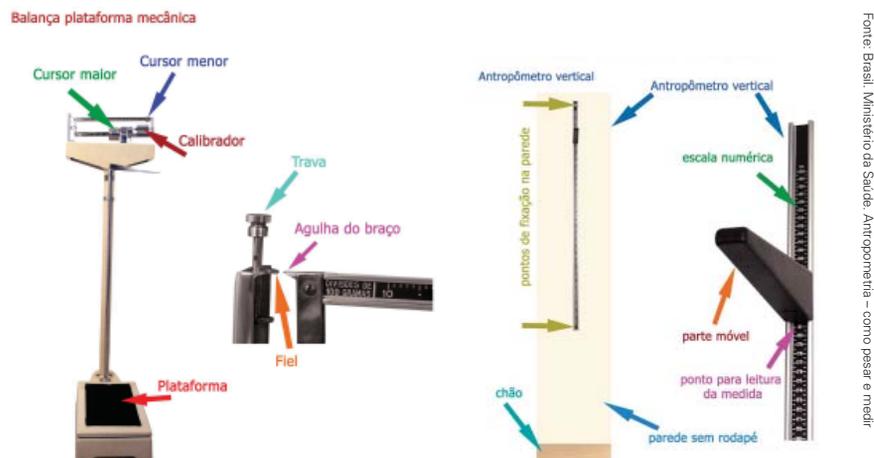


Figura 3 – Balança plataforma adulto e régua antropométrica vertical

O perímetro cefálico deve ser medido obrigatoriamente até o segundo ano de vida. O instrumento utilizado é a fita métrica convencional, preferencialmente as mais estreitas.

Atividade 7

No CD-ROM deste módulo, há um vídeo demonstrando como fazer a antropometria de lactentes e de crianças com mais de três anos. Você deve assistir a esse vídeo, antes de prosseguir seus estudos.

Observe os procedimentos adotados pela enfermeira 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 essas questões com sua equipe e registre suas conclusões no portfólio.



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

Check list

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

E então, qual sua opinião sobre a técnica de antropometria da enfermeira? Anote aqui os seus comentários.

Agora utilize os itens listados como um *check-list* de seus procedimentos ao avaliar o crescimento da criança relatada na [Atividade 6](#). Caso você tenha se lembrado de verificar todos os itens dessa relação ao pesar e medir o seu paciente, você está de parabéns por sua técnica de antropometria! Caso você tenha deixado de marcar alguns desses itens, reflita sobre suas dificuldades, reforce seu estudo com a bibliografia indicada e exercite a técnica de antropometria com os seus próximos pacientes. Reflita sobre as conseqüências de não ter verificado todos os itens e como pretende superar suas dificuldades.

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

Passo 2 | O registro das medidas

Até aqui vimos algumas características do crescimento da criança:

- é um processo dinâmico e contínuo;
- deve ser harmônico;
- deve ter um ritmo constante.

Uma 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 um 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 e adolescentes em todo o mundo. Essas curvas foram construídas em 1977, a partir de estudos de base populacional nos Estados Unidos. Em 2000, o NCHS divulgou novas curvas de crescimento, elaboradas com metodologia semelhante às de 1977, porém com aprimoramento das técnicas estatísticas e aumento do tamanho da amostra de crianças.

No entanto, limitações relacionadas ao grupo populacional estudado, ao padrão alimentar adotado pelas crianças incluídas e outros problemas de natureza metodológica e estatística levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a propor um estudo multicêntrico sobre o crescimento infantil para atualização das curvas de referência. Entre 1997 e 2003, cerca de 8 500 crianças de seis diferentes culturas e grupos étnicos, inclusive

Para saber mais:

Você poderá obter todos os tipos de curvas de crescimento do NCHS a partir do *site* <http://www.cdc.gov/growthcharts>, cujo acesso e *download* são gratuitos.

No *site* <http://www.who.int/child-growth/standards/en/>, você encontrará as novas curvas da OMS em percentis e em desvio-padrão. O Ministério da Saúde do Brasil optou pelo uso das curvas com percentil na nova Caderneta de Saúde da Criança, em circulação a partir de 2007.

Glossário

Percentil é uma medida da posição relativa 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 tem menos de 1,80m de altura e 10% tem altura superior a 1,80m.

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 esse o padrão alimentar de referência para esta 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 peso e da estatura das crianças de 0 a 60 meses no Brasil. Para as crianças de cinco a 10 anos e para a avaliação do perímetro cefálico, o Ministério da Saúde recomenda a utilização das curvas do NCHS de 1977 até que a OMS disponibilize os novos gráficos com esses índices.

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.

A utilização das curvas de referência permite:

- o registro dos dados antropométricos de uma criança → **avaliação transversal**;
- o traçado do 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**.

Observe as figuras 4 e 5. Elas apresentam algumas curvas de peso X idade do NCHS e da OMS. Para utilizá-las, você deve identificar a idade da criança no eixo horizontal e seu peso no eixo vertical. O ponto em que essas linhas se cruzam é a posição da criança em relação ao grupo de referência. Repare as diferenças e as semelhanças entre essas curvas e responda à atividade 8 a seguir.

Curvas para meninos do nascimento até 5 anos

Peso x idade (percentil)

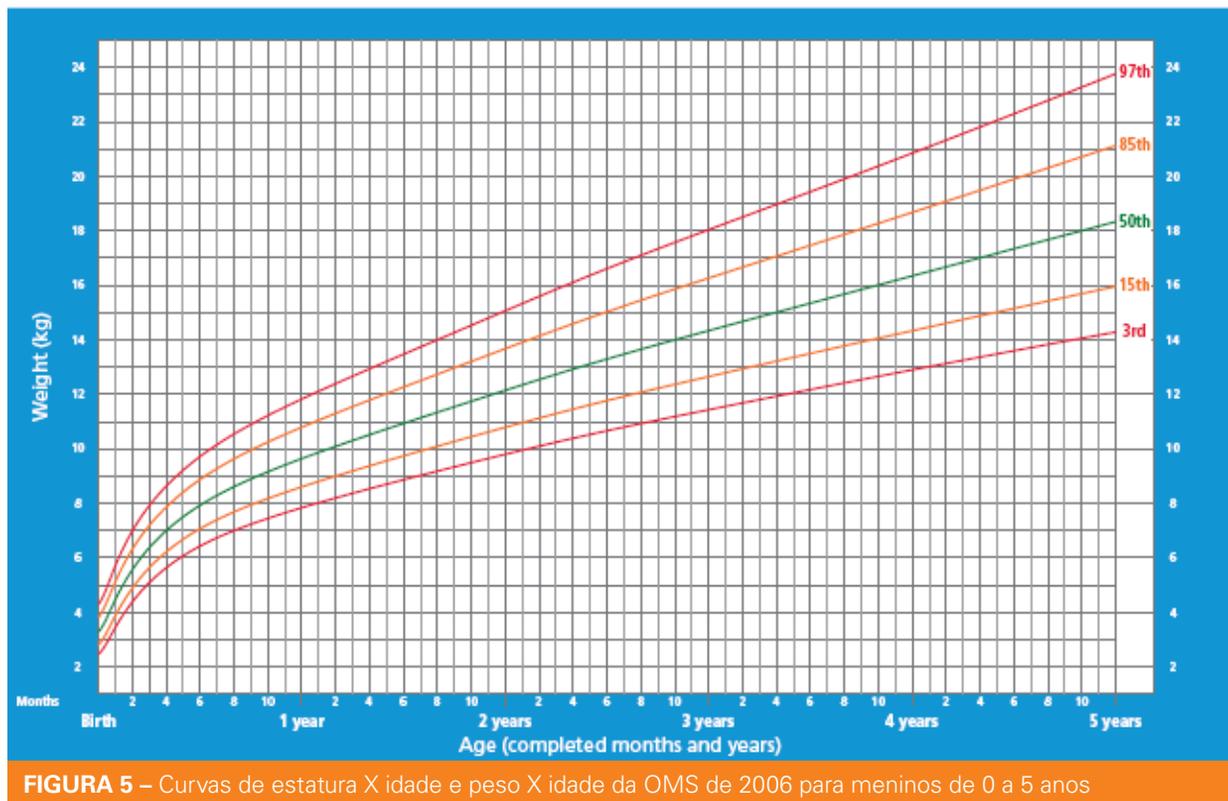


FIGURA 5 – Curvas de estatura X idade e peso X idade da OMS de 2006 para meninos de 0 a 5 anos

Para refletir...

Por que as curvas de crescimento são curvas e não retas? *

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

Atividade 8

Observando os gráficos do NCHS e da OMS, é possível identificar os períodos de estirão nos primeiros 20 anos de vida? Quais são eles? Qual a importância desses períodos para as crianças e adolescentes? Que cuidados especiais são necessários nesses períodos?

Lembra-se do que o Affonso Romano de Sant'Anna disse sobre o crescimento das crianças? “Mas não crescem todos os dias, de igual maneira, crescem de repente...” O que o autor percebeu é exatamente o que se dá na realidade e que a ciência chamou de períodos de estirão. Há períodos de maior 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.

Além de registrar os dados em curvas de crescimento, é também importante o registro das medidas e de seus respectivos percentis no prontuário do paciente e na Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

A atual CSC teve sua origem no início dos anos 80, quando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi implantado no Brasil. O Cartão da Criança foi o primeiro instrumento de acompanhamento do crescimento proposto pelo PAISC e foi instituído na tentativa de melhor documentar o processo de crescimento e sistematizar o calendário de imunizações, uniformizando, assim, essas ações no território nacional. Esse instrumento veio sendo aprimorado ao longo dos anos com a introdução de aspectos, como o desenvolvimento neuropsicomotor e cidadania, até chegarmos ao modelo atual, 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. Chamaremos de “nova CSC” a caderneta disponibilizada pelo Ministério da Saúde a partir de 2007, cujas características e maneira de utilizar discutiremos mais adiante. Veja, na figura 6, as capas do último Cartão da Criança do Ministério da Saúde e das CSC de 2005 e 2007. Você já conhecia esses instrumentos?



FIGURA 6 - Cartão da Criança, Caderneta de Saúde da Criança (2005) e nova CSC (2007)

Os textos a seguir são publicações do Ministério da Saúde sobre o lançamento da Caderneta de Saúde da Criança de 2005 e de 2007. Veja as novidades!

Caderneta traz mais informações e será distribuída a partir de janeiro para todas as crianças, usuárias regulares ou não do Sistema Único de Saúde

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

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

O cartão atual é válido apenas para os pequenos com até 7 anos. É confeccionado e distribuído pelos estados somente aos serviços públicos de saúde e traz espaços para a identificação da criança, o acompanhamento do seu desenvolvimento e o calendário básico de vacinação. Apresenta também um gráfico de peso por idade que permite a vigilância do crescimento.

Já a Caderneta da Criança vai atender os brasileiros de 0 a 10 anos e será repassada pelo próprio Ministério da Saúde diretamente aos municípios. A caderneta terá, além de todos os dados e informações contidos no Cartão da Criança, gráfico de perímetro cefálico para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do cérebro; informações sobre a gravidez, o parto e o pós-parto relacionadas à própria criança; e espaço para anotações sobre saúde e doenças. Trará, ainda, orientações sobre hábitos saudáveis de alimentação, combate à desnutrição e às anemias carenciais e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, preconizadas pela Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Além disso, a caderneta terá dicas voltadas para a prevenção de acidentes domésticos e violência, e informações sobre os direitos da criança.



Ministério da Saúde atualiza e amplia Caderneta de Saúde da Criança

O Ministério da Saúde atualizou e ampliou as orientações da Caderneta de Saúde da Criança. O novo documento já está sendo distribuído aos municípios para ser entregue, ainda na maternidade, a todas as crianças nascidas em instituições públicas e privadas integrantes ou não da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Terão direito à nova Caderneta da Criança os bebês nascidos a partir de janeiro de 2007, em todo o território nacional.

O lançamento das novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano passado, levou o Ministério da Saúde a revisar a Caderneta de Saúde da Criança que estava em vigor há dois anos. Tendo em vista estudos que demonstram que 70% das mães fazem uso do documento, aproveitou-se a oportunidade para incluir na nova Caderneta de Saúde da Criança uma série de informações consideradas importantes para a família e para os profissionais de saúde no cuidado de crianças de zero a 10 anos.

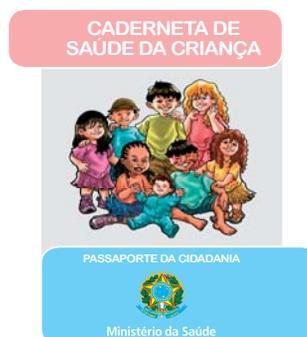
(...)

Além disso, a nova Caderneta de Saúde da Criança traz de novidade informações sobre o registro civil de nascimento e os direitos dos pais (e mais dados sobre os direitos da criança); dicas práticas de amamentação; orientações voltadas ao acolhimento do bebê e à adequação do ambiente que vai recebê-lo; os 10 passos para uma alimentação saudável para crianças menores e maiores de dois anos; informações sobre saúde bucal, ocular e auditiva com espaços para preenchimento de dados pessoais; mais orientações sobre o desenvolvimento afetivo e cuidados em geral, incluindo sinais indicativos de doenças graves e alertas contra a violência infantil. A nova Caderneta de Saúde da Criança também é a mesma para meninos e meninas, seguindo tendência mundial.

Assim como na versão anterior, a nova Caderneta de Saúde da Criança possui campos para identificação do recém-nascido e suas características ao nascer, para anotações sobre a gravidez, o parto e o puerpério (o pós-parto) e para registros de acompanhamento da saúde, doenças, relatórios de internações, acidentes, alergias e outros; informações sobre suplementação preventiva de ferro e vitamina, e o Calendário Básico de Vacinação com lacunas para marcações das vacinas aplicadas.

A distribuição dos 3,5 milhões de exemplares da nova Caderneta de Saúde da Criança aos municípios vai até meados do mês de março. A tiragem leva em conta o número de nascidos vivos no Brasil do ano de 2006. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, está recebendo a nova Caderneta de Saúde da Criança para distribuir às maternidades que atendem por meio de planos de saúde e estimulá-las a utilizar o documento.

O Ministério da Saúde trabalha com a possibilidade de a nova Caderneta de Saúde da Criança ser utilizada futuramente como "Passaporte da Cidadania". "A idéia é transformá-la em documento legal da criança para que possa ser usada na matrícula da escola e em viagens", adiantou a Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério, Ana Sucupira.





Atividade 9

Como você e sua equipe têm registrado o crescimento das crianças de sua área de abrangência? Você tem utilizado a CSC para esse fim? As crianças de sua área de abrangência têm recebido a CSC na maternidade? Que dificuldades você tem tido para utilizá-la? Que limitações você identifica nesse instrumento?

Coloque suas experiências com a CSC no fórum específico na *Web* e discuta com seus colegas e com seu tutor, formas de superar as dificuldades encontradas.

Atividade 10

Durante alguns anos, ainda teremos de conviver com crianças que possuem o Cartão da Criança e outras que já receberam os dois modelos de CSC - de 2005 e de 2007. Pegue um exemplar do Cartão da Criança e de cada uma das Cadernetas de Saúde da Criança (2005 e 2007), manuseie-os e use o quadro a seguir para compará-los. Marque um **X** na coluna em que cada característica é encontrada.

Características	Cartão da Criança	Caderneta de Saúde da Criança (2005)	Nova CSC (2007)
Informa sobre os direitos da Criança.			
Informa sobre os direitos dos pais.			
Estimula a comunicação com a criança/família.			
Propicia a educação para a saúde.			
Informa sobre o registro civil de nascimento.			
Fornece informações sobre a gravidez, parto e puerpério.			
Fornece informações sobre o recém-nascido.			
Permite o registro do acompanhamento da saúde bucal, ocular e auditiva.			
Informa sobre a prevenção de acidentes e da violência doméstica.			
Permite o registro de intercorrências clínicas.			
Orienta sobre os cuidados com o recém-nascido e a criança.			
Fornece informações sobre alimentação.			

Características	Cartão da Criança	Caderneta de Saúde da Criança (2005)	Nova CSC (2007)
Orienta sobre o aleitamento materno e dificuldades com amamentação.			
Possui gráfico de perímetro cefálico X idade.			
Possui gráfico de peso X idade.			
Possui gráfico de altura X idade.			
Permite o registro dos dados antropométricos.			
Oferece parâmetros do DNPM e estimulação da criança.			
Orienta sobre os sinais gerais de perigo na criança.			
Orienta a prevenção da anemia ferropriva e hipovitaminose A.			
Apresenta o calendário básico de imunizações com as doenças que estão sendo prevenidas.			
Permite o registro das vacinas realizadas.			

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

Como você deve ter observado ao fazer a Atividade 10, a nova CSC adquiriu um 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 com o cuidado da 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!

Vamos agora nos familiarizar com os gráficos da nova CSC. É preciso muita atenção ao preencher os gráficos, pois a nova CSC é única para meninos e meninas, ou seja, na mesma caderneta, você encontrará um gráfico de perímetro cefálico X idade para menina (em rosa) e outro para menino (em azul). O mesmo acontece com os gráficos de peso X idade de 0 a 2 anos e de 2 a 5 anos; altura X idade de 0 a 2 anos e de 2 a 5 anos e altura e peso X idade de 5 a 10 anos. Ao todo são 12 gráficos!

No Anexo 1, você encontrará alguns detalhes do preenchimento dos gráficos disponíveis no Cartão da Criança e na CSC de 2005. Confira!



Como vimos, a CSC é um instrumento muito útil para o acompanhamento da saúde da criança. Agora, vamos conhecer o caso da Estefani Lorraine e refletir sobre como a CSC pode nos ajudar a cuidar de sua saúde. Para fazer as Atividades 11, 12 e 13, você precisará ter em mãos a nova CSC em branco.

Estefani Lorraine da Silva é filha de Beatriz Pereira da Silva e João Antônio da Silva, que mudaram-se recentemente para a Rua J, 190 – Beco da Biquinha, em Belo Horizonte. A enfermeira Alice, responsável por essa área, recebeu D. Beatriz e Estefani no acolhimento, pela primeira vez, em agosto de 2005. Analisando a Caderneta de Saúde da Criança de Estefani, Alice informou-se de que a menina nasceu no dia 14/05/2005 de parto vaginal a termo, no Hospital Sofia Feldman, com Apgar de 9 no 5º. minuto, pesando 2 950 gramas, 49 cm de comprimento e 35 cm de perímetro cefálico (PC). Sua mãe iniciou o pré-natal no 4º. mês de gravidez, fizera 5 consultas

e realizou 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”. A criança estava com as vacinas em dia. A mãe também informou que, desde os 2 meses de vida, Estefani sorri quando brinca com ela. Como Estefani estava sem queixas naquele momento, Alice agendou uma consulta de puericultura com o médico da equipe e parabenizou D. Beatriz por ter trazido a Caderneta de Saúde da Criança.

Atividade 11

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

Um dos importantes avanços da CSC é vincular a saúde da criança com a saúde da mãe. Por isso, foram criados espaços para registrar os dados sobre a gravidez e o parto na CSC. As informações sobre este 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?

Atividade 12

Vamos, agora, registrar na CSC que você está usando para esta atividade os atendimentos subseqüentes de Estefani. 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 nas CSC.

Consulta 1 - Em 19/08/2005, 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, 6 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 1mg/kg/dia.

Consulta 2 - Em 31/10/2005, D. Beatriz levou Estefani ao Centro de Saúde porque sua filha estava com diarreia há 3 dias. A alimentação continuava a mesma e suas medidas eram agora 5 600 gramas, 63 cm de comprimento e 42 cm de PC. Segundo a mãe, a criança já era capaz de levantar a cabeça e os ombros, quando colocada de bruços, desde 3,5 meses de idade. Agora já fica sentada com apoio. Como Estefani estava hidratada, sua mãe foi orientada a oferecer-lhe muito líquido e a retornar em 3 dias.

Consulta 3 - D. Beatriz só retornou ao Centro de Saúde com Estefani em 05/12/2005, porque a agente comunitária de saúde verificou que a criança não havia recebido as vacinas do sexto mês de vida e foi até à sua casa lembrá-la de fazê-lo. A criança, atualmente, alimenta-se com 3 mamadeiras de leite de vaca integral com maisena, sopinha de legumes 2 vezes por dia e uma papa de fruta na colher. Estefani senta-se sem apoio e está começando a estranhar as pessoas. Está medindo 65,5 cm de comprimento e 43 cm de PC. Seu peso nesta consulta, foi 5 850 gramas. A mãe recebeu orientações sobre como melhorar a alimentação de Estefani e foi agendada consulta com o médico para o próximo mês e uma visita domiciliar da agente comunitária em 15 dias.

Consulta 4 - Em 12/01/2006, 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.

Faça um *check-list* dos procedimentos que devem ser adotados para o registro das informações na CSC:

Check list

- A medida do PC, do peso e da altura ao nascimento estão registrados 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 ao dia do nascimento.
- Os pontos foram unidos com uma linha cheia quando as medidas tinham dois meses ou menos de intervalo.
- Os pontos foram unidos com uma linha pontilhada quando as medidas tinham mais de dois meses de intervalo.
- Os eventos com 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 que apareceram nas páginas destinadas a esse fim.

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

Volte ao caso que você relatou na Atividade 6. Como você registrou os dados antropométricos da criança? Você utilizou algum instrumento para o registro? Veja se você se lembrou de todos os aspectos colocados no *check-list*. Avalie e registre seu desempenho na condução de seu caso, dando continuidade ao relato do caso.



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

Passo 3 | Interpretando as informações e tomando decisões

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

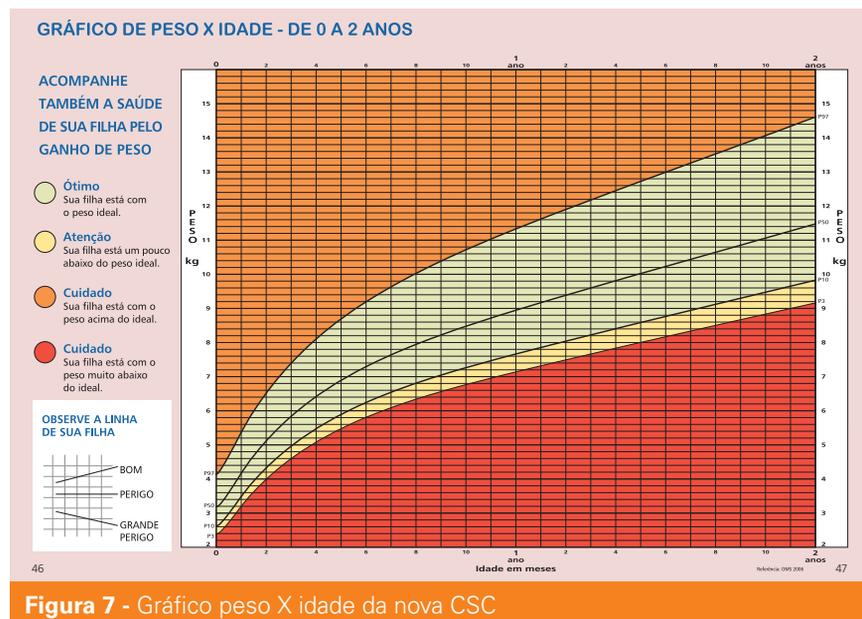


Figura 7 - Gráfico peso X idade da nova CSC

Observe o gráfico de peso X idade da nova CSC. Nele estão delimitadas quatro áreas de cores diferentes. Cada área corresponde a uma classificação do estado nutricional da criança. A primeira questão que você deverá respon-

der ao interpretar o crescimento de uma criança é em que área do gráfico está o ponto marcado nesse atendimento? Em outras palavras, em que percentil de peso a criança está neste momento? No quadro a seguir, você encontra os percentis que delimitam cada área, qual a classificação do estado nutricional e o que significa essa classificação para a saúde da criança.

Áreas	Percentis	Classificação	O que significa
 Laranja	Peso maior que percentil 97	Sobrepeso ou obesidade	CUIDADO
 Verde	Peso entre os percentis 10 e 97	Peso adequado para a idade	ÓTIMO
 Amarela	Peso entre os percentis 3 e 10	Risco nutricional	ATENÇÃO
 Vermelha	Peso abaixo do percentil 3	Desnutrição	PERIGO

Lembre-se...

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

Vimos, anteriormente, que a avaliação transversal é importante, mas não suficiente para analisarmos 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. Na lateral do gráfico, há uma legenda indicando as três inclinações possíveis para uma curva de crescimento, como mostrado no quadro a seguir.

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

O que podemos concluir com isso? Concluímos 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 a seguir, essas duas informações foram agrupadas para que você possa identificar algumas situações encontradas em crianças menores de cinco anos e escolher a melhor conduta. Observe que, para cada situação, teremos uma conduta específica.

Condutas recomendadas para algumas situações de crescimento da criança até 5 anos de idade

Posição do peso	Inclinação da curva	Condição de crescimento	Conduta
 >P97	Ascendente	Cuidado: risco de sobrepeso ou obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a existência de erros alimentares. • Verificar e estimular a atividade física regular. • Marcar retorno em 30 dias.
 Entre p97 e p10	Ascendente	Satisfatório	<ul style="list-style-type: none"> • Parabenizar a mãe pelo crescimento satisfatório da criança. • Marcar retorno para 30 dias.
 Entre p97 e p10	Horizontal ou descendente	Alerta: ganho insuficiente de peso ou emagrecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade de crescimento e registrá-las na Caderneta. • Tratar as intercorrências presentes. • Marcar retorno com 30 dias.
 Entre p10 e p3	Ascendente	Alerta: risco nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto com a criança e informar à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no cartão. • Marcar retorno com 30 dias.
 Entre p10 e p3	Horizontal ou descendente	Insatisfatório: ganho insuficiente de peso ou emagrecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto com a criança e informar à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrando-as na Caderneta. • Orientar à mãe sobre alimentação especial visando o ganho global de peso. • Discutir intervenção conjunta da equipe de saúde. • Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias.
 < P3	Qualquer inclinação	Peso baixo	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar à mãe sobre alimentação especial visando o ganho global de peso. • Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias. • Se a criança não ganhar peso, seguir protocolo para desnutrição.

Atividade 13

Utilize o quadro abaixo (exposto no portfólio) para interpretar a curva de crescimento de Estefani Lorraine. O Quadro “Condutas recomendadas para algumas situações de crescimento da criança” poderá ajudá-lo nesta atividade.

Medidas	Posição do ponto*	Inclinação da curva	Condição de crescimento	Possíveis explicações	Condutas tomadas pela equipe	Seus comentários
Ao nascimento						
Na consulta 1						
Na consulta 2						
Na consulta 3						
Na consulta 4						

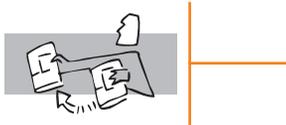
* Anotar a cor da área em que o ponto está nesta consulta.

Baseando-se nas informações fornecidas no texto, no gráfico da CSC e no quadro que você acabou de preencher, escreva suas conclusões sobre o caso de Estefani.

COMENTANDO O CASO:

“Nossa” paciente passou por uns maus pedaços, hein? Estefani Lorraine nasceu em excelentes condições e teve um ganho satisfatório de peso até os três meses (ponto na área verde e curva ascendente). Ela vinha recebendo leite materno até aquele momento, mas, como a mãe voltou a trabalhar, estava agora recebendo mamadeiras de leite e sucos. A equipe iniciou adequadamente o sulfato ferroso, mas talvez pudesse também ter oferecido algumas dicas de como retirar o leite materno e armazená-lo para que Estefani pudesse recebê-lo enquanto a mãe trabalhava. Apesar do crescimento satisfatório, é preocupante o fato de a criança ter ficado sem ser atendida 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 no percentil 3 (limite entre as áreas amarela e vermelha). Seu ganho de peso nesse período foi insatisfatório (curva retificada) e, agora, encontra-se em risco nutricional. A criança estava com diarreia nessa consulta, o que poderia explicar uma 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 esta orientação. A criança, nesse momento, deveria ser incluída entre aquelas de risco, merecendo, portanto, uma 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 um ganho de peso muito pequeno (curva ascendente) e, aos 7 meses, a criança estava francamente abaixo do percentil 3, ou seja, estava desnutrida. 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, se a criança estava recebendo os cuidados necessários (sua vacinação estava atrasada!). Por sua situação de risco, a equipe fez muito bem em programar uma visita domiciliar e em agendar consulta com o médico. Essa criança e essa família precisam de cuidados especiais! A aproximação com a equipe parece ter sido benéfica, pois, na última consulta, Estefani ganhou bastante peso e seu ponto chegou à área amarela. Sua condição passou de desnutrida para risco nutricional, revelando uma recuperação nutricional.

Além de aprender a registrar e interpretar os dados antropométricos, relacionando-os com os acontecimentos da vida de Estefani, este caso nos ensinou também a importância do vínculo das famílias com a equipe de saúde e da necessidade de a equipe estar organizada para captar e acompanhar crianças em situação de risco.



Você encontrará mais informações sobre os problemas encontrados neste caso no Módulo Agravos Nutricionais. Pode ser interessante também voltar à Atividade 13 quando terminar este módulo, pois você terá aprendido um pouco mais sobre a alimentação da criança e poderá melhorar suas anotações.

Uma avaliação completa deve incluir também a análise do crescimento do perímetro cefálico e da altura da criança. A interpretação desses índices antropométricos difere da do peso quanto aos percentis de normalidade. Enquanto nas curvas peso X idade, a faixa de normalidade vai do percentil 10 ao percentil 97, para a estatura consideramos como normais todas as crianças acima do percentil 3 para a idade e, no PC, a faixa de normalidade vai do percentil 10 ao percentil 90. Para essas medidas não esperamos encontrar curvas descendentes. Desse modo, as curvas retificadas indicam perigo e as curvas ascendentes significam crescimento satisfatório. Veja os algoritmos para tomada de condutas, baseados nos índices altura X idade e PC X idade. Na Figura 8, você pode observar esses gráficos com as cores que correspondem ao crescimento normal e alterado.

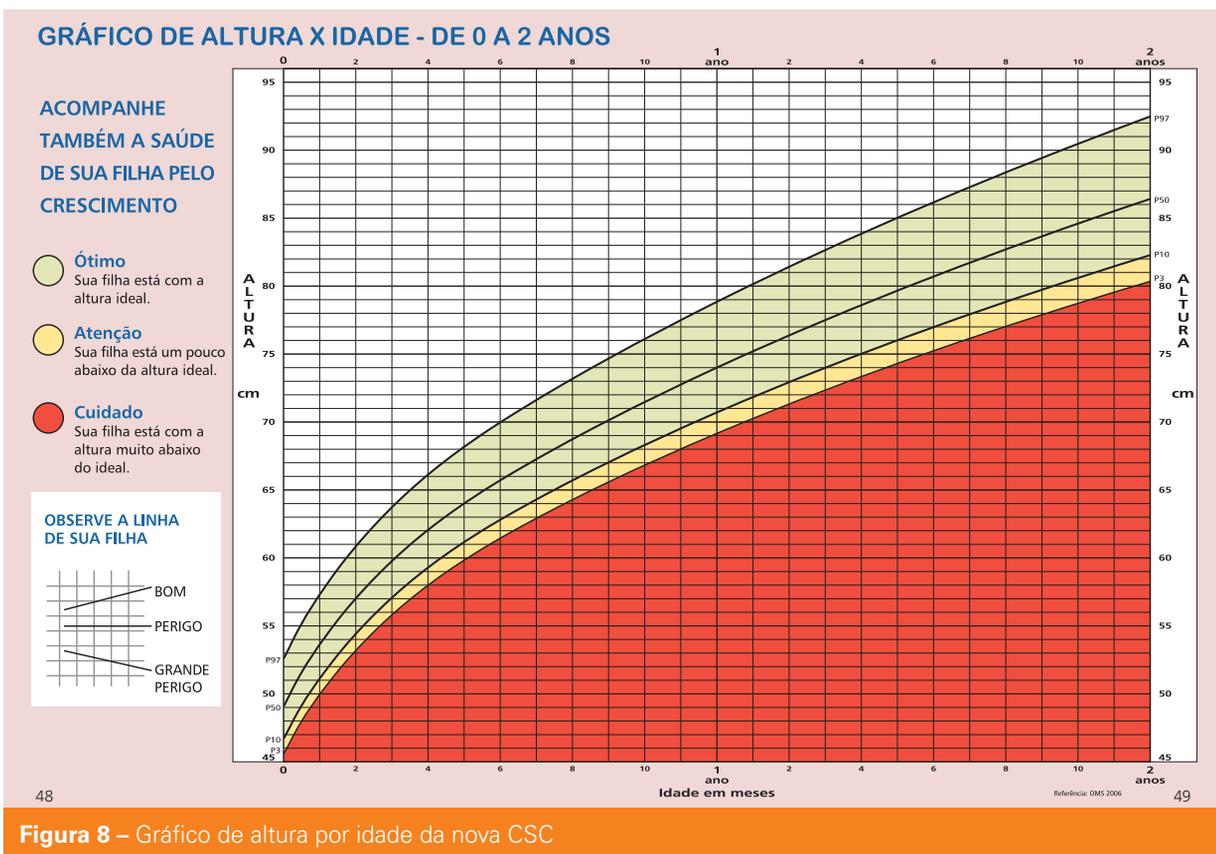


Figura 8 – Gráfico de altura por idade da nova CSC

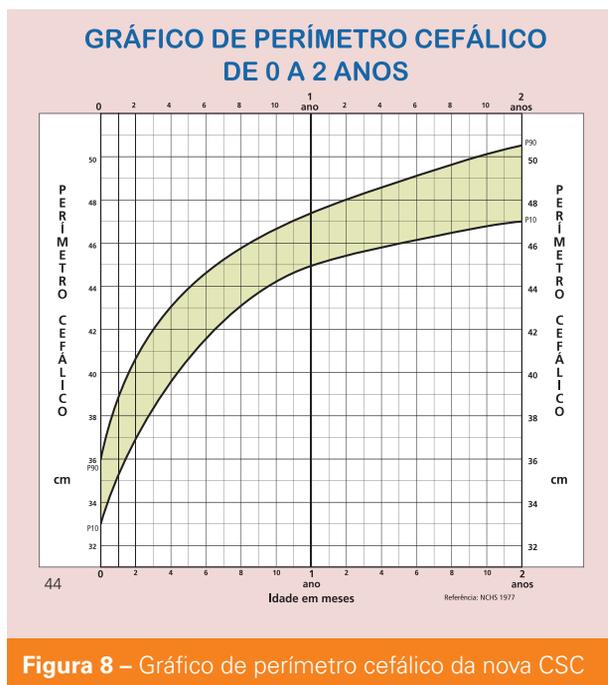
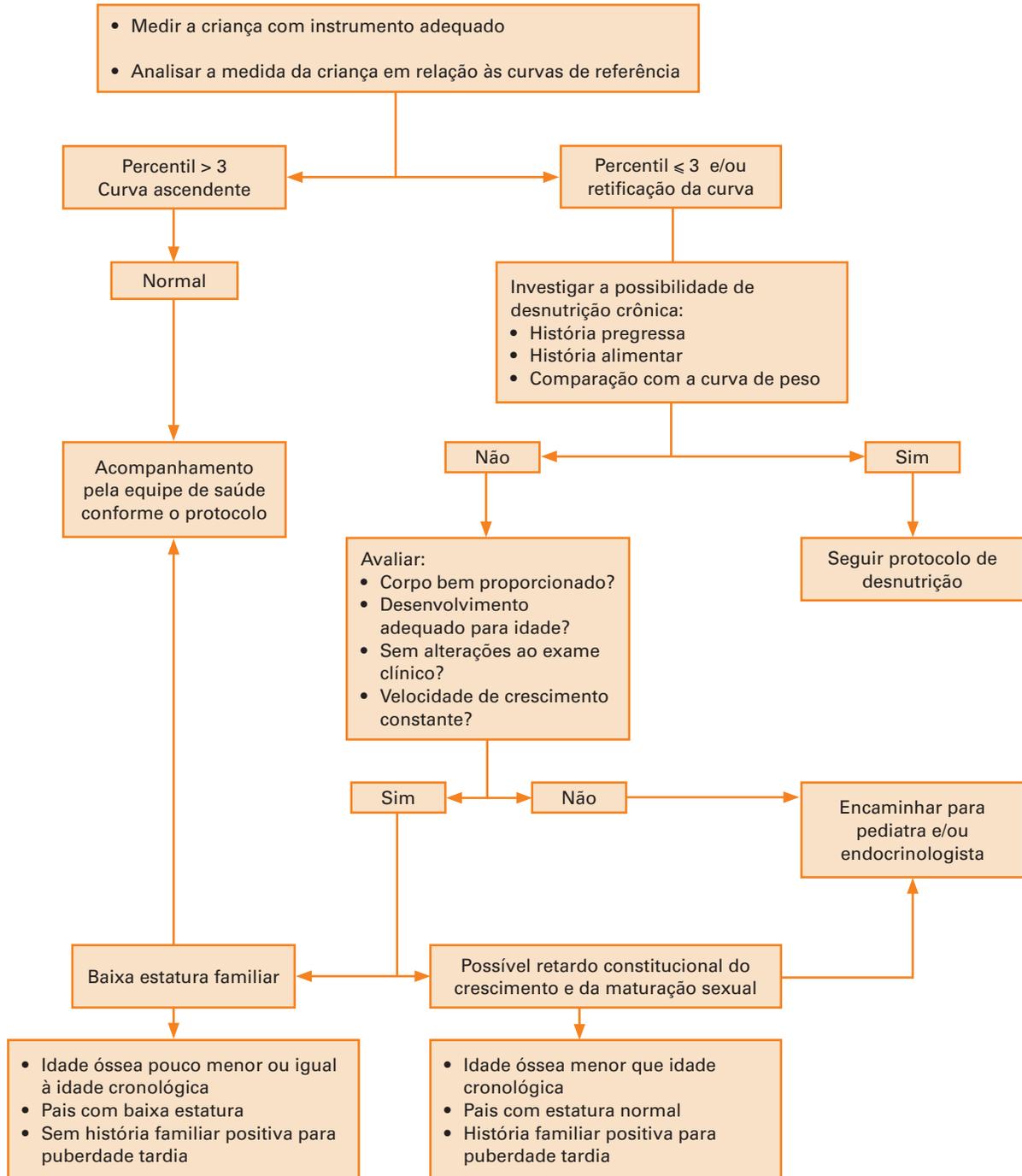


Figura 8 – Gráfico de perímetro cefálico da nova CSC

Observe os Algoritmos 1 e 2. Eles orientam como avaliar e conduzir situações relacionadas ao crescimento da altura e do PC.

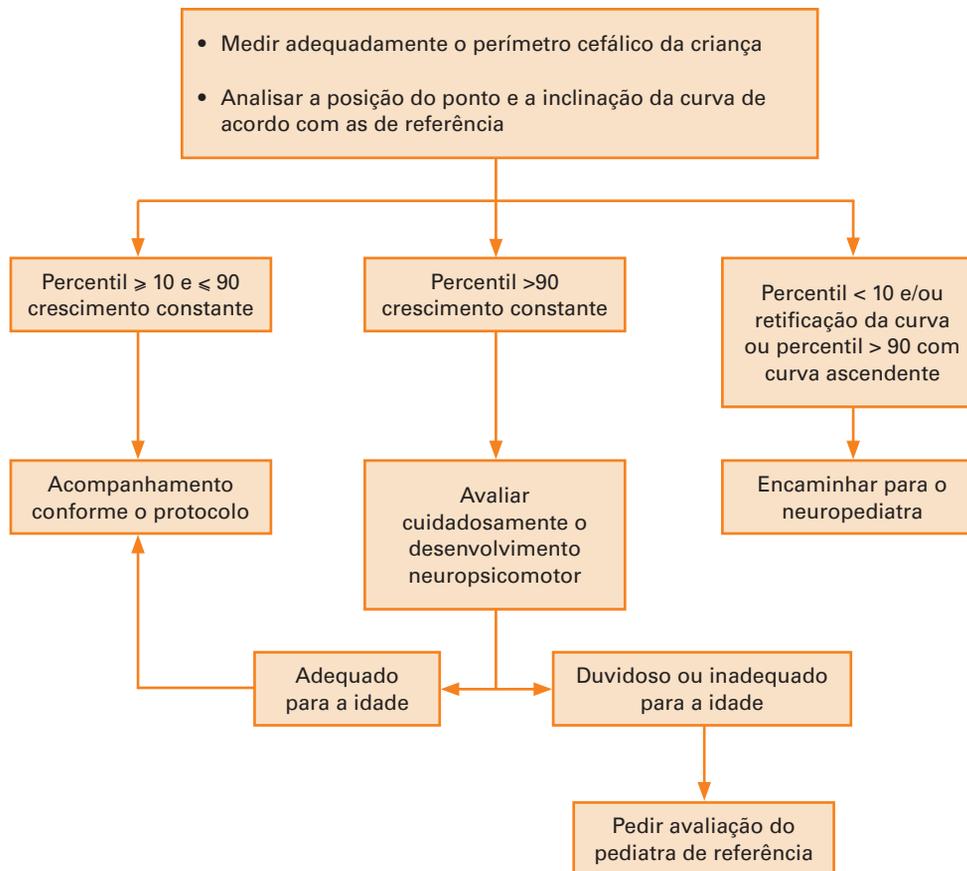
A principal causa de baixa estatura (altura no percentil ≤ 3) em nosso meio é a desnutrição crônica, cujo diagnóstico muitas vezes é difícil pela falta de informações da história pregressa e dos dados antropométricos da criança. É sempre importante correlacionar as medidas de altura e peso. Na desnutrição crônica, observam-se atrasos proporcionais de peso e altura X idade, 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 para um pediatra e/ou endocrinologista para esclarecimento diagnóstico e tratamento específico, como mostrado no Algoritmo 1.

Algoritmo 1 – Interpretação e condutas baseadas na curva altura X idade



Alterações no crescimento do perímetro cefálico, de um modo geral, estão associadas a eventos de gravidade, principalmente às doenças neurológicas. Portanto, fique atento(a) a isso, especialmente quando estiver acompanhando uma criança com menos de dois anos de idade. O Algoritmo 2 mostra as principais condutas a serem tomadas em relação à medida do PC de uma criança.

Algoritmo 2 - Interpretação e condutas baseados na curva PC X idade



É também importante que você associe as medidas do PC com o desenvolvimento da criança, o que será discutido na próxima parte desta seção. Caso não se sinta capaz de avaliar com segurança o desenvolvimento de uma criança com PC no percentil ≥ 90 , peça ajuda ao pediatra de referência de sua equipe. Se o crescimento do PC de uma criança estiver no percentil ≤ 10 ou ≥ 90 e/ou a curva for ascendente ou retificada, você precisa providenciar uma avaliação com um neuropediatra para essa criança o mais rápido possível. Certifique-se de que o encaminhamento foi conseguido e que a criança está sendo devidamente acompanhada pelo especialista.

Atividade 14

Para terminar sua avaliação do crescimento de Estefani Lorraine, construa na CSC as curvas de PC X idade e altura X idade e interprete de acordo com os algoritmos apresentados. E então, qual sua opinião sobre o crescimento global de Estefani? Como se explicam as diferenças entre os percentis de peso, altura e PC desta criança? É possível prever um futuro para ela? Como você apresentaria suas conclusões à mãe de Estefani? Registre suas análises no portfólio.

Analisando conjuntamente as curvas de peso, altura e PC de Estefani, você deve ter chegado a conclusões interessantes sobre o processo de crescimento dela. Foi possível observar que, apesar de a criança ter atingido a faixa vermelha do gráfico de peso X idade, suas curvas de altura e de perímetro cefálico mantiveram-se dentro da área verde. Isso aconteceu porque, felizmente, a duração da desnutrição de Estefani foi pequena, isto é, uma desnutrição aguda. Houve apenas uma pequena mudança de percentil nos gráficos de altura e PC X idade entre o sexto e oitavo meses de vida, o que representa uma desaceleração global de crescimento. Com a recuperação do peso, as outras medidas também voltaram a aumentar. É possível que “os dias difíceis” por que passou Estefani não deixem marcas definitivas em seu crescimento!

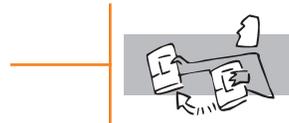
Antes de passar adiante, volte ao caso relatado na Atividade 6. Você modificaria seus diagnósticos e suas condutas em função das informações obtidas durante o seu estudo? Pense mais sobre isso e registre suas conclusões.



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

O primeiro passo para tratar do crescimento das crianças você já deu: aprendeu a reconhecer quando o crescimento de uma criança está fora dos padrões de normalidade. No entanto, não podemos desvincular o crescimento físico do desenvolvimento neuropsicomotor e da alimentação que a criança está recebendo, não é mesmo? Na próxima parte, discutiremos principalmente sobre como acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor. Você poderá também aprender um pouco mais sobre como avaliar a alimentação das crianças e como ajudar as famílias a fornecerem uma alimentação saudável para seus filhos estudando a segunda seção deste módulo. Agora, siga adiante em seus estudos!

No módulo sobre Agravos Nutricionais, você terá oportunidade de discutir melhor o que fazer quando detectar problemas com o crescimento, especialmente a desnutrição e a obesidade.



Parte 3

Acompanhamento do desenvolvimento infantil

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

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 inter-relações com o ambiente e com as pessoas. É muito positivo conhecer a visão que os demais profissionais que lidam com a criança têm sobre o desenvolvimento infantil porque nos revela a amplitude e a complexidade do tema.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil vem diminuindo progressivamente nos últimos 20 anos. Isso significa que mais crianças de todos os estratos sociais vêm sobrevivendo às adversidades encontradas pela vida, o que coloca para toda a sociedade o desafio e o compromisso de assegurar a essas crianças o seu bem-estar e sua qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde estima que 10% da população de qualquer país do mundo sejam portadores de algum tipo de deficiência. Sabe-se, também, que a detecção precoce e a intervenção oportuna são determinantes do prognóstico dessas pessoas. As deficiências físicas ou mentais mais graves são, de modo geral, mais facilmente diagnosticadas pelos profissionais de saúde. No entanto, as deficiências mais sutis que, muitas vezes, têm repercussões importantes na adaptação social do indivíduo, passam despercebidas por muitos anos. Um exemplo comum é o atraso isolado da linguagem. Frequentemente, o problema só é valorizado no início da idade escolar, quando a criança começa a apresentar as primeiras dificuldades de alfabetização, que podem levar a outros problemas mais sérios de aprendizagem. Numa visão drástica da situação, o atraso

na linguagem poderia estar relacionado à evasão escolar, diminuindo as chances de esse indivíduo 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.

Vamos refletir sobre como os profissionais de saúde têm lidado com o acompanhamento do desenvolvimento infantil e que tipo de dificuldades são encontradas no dia-a-dia desses profissionais, lendo o artigo sugerido a seguir, publicado na revista Cadernos de Saúde Pública em 2003. Este é um dos poucos artigos no Brasil que avalia a atitude dos profissionais de saúde em relação ao acompanhamento do desenvolvimento infantil. Leia-o atentamente e faça a atividade 11.

O artigo está disponível, na íntegra, no endereço <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a13v19n6.pdf>.

Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil

Amira Consuelo de Melo Figueiras¹; Rosana Fiorini Puccini²; Edina Mariko Koga da Silva²; Márcia Regina Marcondes Pedromônico²

¹ Departamento de Assistência Materno-Infantil II, Universidade Federal do Pará. Rua do Sol, 135, Ananindeua, PA 67030-380, Brasil. afigueiras@amazon.com.br

² Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo. Rua Botucatu, 598, São Paulo, SP 04023-062, Brasil. rfpuccini@terra.com.br; edinaksilva@osite.com.br; arraym@uol.com.br

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os conhecimentos e práticas relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança de 160 profissionais que atuam na atenção primária à saúde, no Município de Belém, Pará. Foram selecionados 40 médicos e 40 enfermeiros de Unidades Municipais de Saúde (UMS), e 40 médicos e 40 enfermeiros do Programa da Família Saudável (PFS). Na avaliação dos conhecimentos por meio da aplicação de teste objetivo, o percentual de acerto foi de 63,7% para médicos das UMSs, 57,3% para médicos do PFS, 62,1% para os enfermeiros do PFS e 54,3% para

enfermeiros das UMSs. Na avaliação das práticas, apenas 21,8% das mães informaram que foram indagadas sobre o desenvolvimento dos seus filhos, 27,6%, que o profissional perguntou ou observou o desenvolvimento da sua criança, e 14,4% que receberam orientação sobre como estimulá-las. Concluímos que médicos e enfermeiros da atenção primária no Município de Belém apresentam deficiências nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e que a vigilância do desenvolvimento não é realizada de forma satisfatória, sendo necessárias sensibilização e capacitação dos profissionais para essa prática. (Cad. Saúde Pública v.19 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2003)



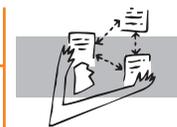
Atividade 15

A que você atribui o baixo nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e o pequeno percentual de crianças cujo desenvolvimento foi avaliado pelos profissionais de saúde em Belém? Você se identifica com esta situação? De que maneira você e sua equipe têm acompanhado o desenvolvimento das crianças de sua área de abrangência? Que tipo de dificuldades você e sua equipe encontram em sua prática diária? O que você e sua equipe consideram necessário para superar essas dificuldades?

No fórum específico desta aula no ambiente virtual, você poderá discutir com seus colegas e tutores o artigo de Belém do Pará, colocando seus comentários e suas conclusões. Cada aluno deverá oferecer, pelo menos, três caminhos possíveis para superar as dificuldades para acompanhar o desenvolvimento infantil e comentar as opiniões de um colega.

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 relacionar com o mundo e com as pessoas, colocando a criança diante de novos desafios de aprendizagem, cuja superação dependerão novamente do amadurecimento de novas funções neuromusculares e assim por diante. Tudo isso faz com que existam enormes variações no processo de desenvolvimento de indivíduo para indivíduo, de sociedade para sociedade, de um estrato social para outro.

Atividade 16



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, sob esse ponto de vista, para ter propostas adequadas de intervenção em cada caso. Para essa atividade, os ACS de sua equipe poderão dar contribuições interessantes. Peça ajuda a eles! Qual é a história dessa comunidade? Como ela 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? Como é o brincar das crianças em cada 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. Registre, no mapa contextual, suas conclusões.

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

Ao Nosso Filho Morena

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.

Oswaldo Montenegro

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 num mundo melhor para se viver e ser criança!

Além das influências ambientais, existem outras situações individuais que podem colocar em risco o processo de desenvolvimento infantil. O resumo a seguir traz informações sobre os fatores de risco relacionados à suspeita de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em crianças até 12 meses no Município de Pelotas (RS). É importante que você o leia para enriquecer seus estudos.

O artigo poderá ser lido, na íntegra, no endereço <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n2/v78n2a07.pdf>

Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida

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

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

Métodos: Uma 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, através 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 através de 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 maior 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 do que 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 um índice peso/idade aos seis meses menor ou igual a -2 desvios-padrão da referência tiveram um risco dez vezes maior 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 uma maior chance de atraso no desenvolvimento das crianças.

Atividade 17

Qual a sua opinião sobre a prevalência de suspeita de atraso do DNPM encontrada em Pelotas? Você tem idéia 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? Registre suas respostas a essas questões no seu mapa contextual.



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 esta criança está exposta, conhecer as crenças, costumes e mitos de sua comunidade e, sobretudo, suas relações pessoais, especialmente, as de sua família.

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 menor complexidade, mas, de modo geral, todos se baseiam nos chamados marcos do desenvolvimento. Esses instrumentos refletem o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, cuja seqüência é relativamente padronizada na espécie humana, independentemente da população em estudo. A seqüência 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 *screening* (triagem) e não uma confirmação diagnóstica.

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

Neste módulo, discutiremos apenas os marcos do desenvolvimento apresentados na Caderneta de Saúde da Criança, a Vigilância do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária à Saúde no Contexto da

Experimentando

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

No nosso dia-a-dia

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.

AIDPI e a Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor do CLAP (Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano) por serem mais adequadas à realidade do atendimento na atenção básica. Esses instrumentos podem ser considerados complementares, servindo a objetivos específicos como será discutido a seguir. Caso tenha interesse em conhecer outros instrumentos e aprofundar seu estudo, consulte a bibliografia sugerida no final do módulo.

Como vimos, 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 consideram pelo menos quatro áreas diferentes do desenvolvimento infantil. São elas o desenvolvimento motor fino (coordenação), motor grosseiro, 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 a partir desses limites que são montadas as escalas para avaliação do desenvolvimento. De modo geral, essas escalas consideram o percentil 25 como a idade mínima em que as crianças podem adquirir determinada habilidade e o percentil 90, a idade máxima para aquisição dessa mesma habilidade.

O acompanhamento do desenvolvimento deve fazer parte da rotina de atendimento da criança em todos os serviços de saúde. Não são necessários momentos, equipamentos, objetos ou espaços especiais para sua realização. O mais importante é que ela seja feita de maneira seqüencial e utilizando sempre o mesmo instrumento. Deve-se levar em consideração as condições gerais e de saúde da criança no momento do exame. Procure 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 uma outra oportunidade do que fazê-lo em condições inadequadas.

2 a 4 meses

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

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

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

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

O que mais ele faz? _____

Desenvolvendo-se com afeto

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

Desenvolvendo-se com segurança

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



31

Figura 9 – Folha para avaliação do desenvolvimento de 2 a 4 meses na nova CSC

A nova Caderneta de Saúde da Criança, dentro de sua proposta de atenção integral à saúde, traz quatro marcos do desenvolvimento, baseado na Escala de Denver, em determinadas faixas etárias _ do nascimento até os dois anos de idade (Figura 9). 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 na nova CSC!

A nova CSC, de fato, possibilita uma melhor avaliação do DNPM, sendo 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, não oferece para os profissionais de saúde os referenciais de normalidade e as condutas a serem tomadas em cada situação. Nesse sentido, a proposta de Vigilância do Desenvolvimento na Atenção Primária à Saúde representa um instrumento mais completo, refinado e útil, especialmente nos casos em que há fatores de risco para o atraso do DNPM. Veremos mais sobre essa proposta adiante.

Atividade 18

Agora, volte à Atividade 11 e 12. Lembra-se da Estefani Lorraine? Vamos transferir para a Caderneta de Saúde dela as informações relativas ao seu desenvolvimento neuropsicomotor. Você deve anotar, no espaço apropriado, a idade em que a mãe relata que determinado marco do desenvolvimento foi adquirido. E, então, como está o DNPM de Estefani? Como você relaciona o crescimento e o desenvolvimento de Estefani? O que você diria à D. Beatriz sobre o desenvolvimento de sua filha? Registre suas respostas no portfólio.

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 da desnutrição dessa criança foi curta. A equipe de saúde também pode ter contribuído, orientando D. Beatriz a como estimular, com afeto e segurança, o desenvolvimento da menina. A nova CSC traz essas orientações para cada faixa etária. Confira!

A proposta de Vigilância do Desenvolvimento na Atenção Primária à Saúde é um instrumento sistematizado para detecção de problemas no desenvolvimento de crianças de um semana a dois anos, nos moldes da Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Este instrumento utiliza não só a observação de posturas, comportamentos e reflexos presentes em determinadas faixas etárias, mas também informações sobre fatores de risco, a opinião dos pais sobre o desenvolvimento de seu filho, a medida do perímetro cefálico e a presença de alterações fenotípicas ao exame físico. Trata-se de uma avaliação sistematizada, acoplada a uma proposta de conduta. Avalia o marco principal de cada área do desenvolvimento (motor fino, motor grosseiro, linguagem e pessoal-social) e considera como ponto de corte o percentil 90 para cada idade para a aquisição das habilidades, isto é, quando 90% das crianças já terão adquirido tais habilidades. Os marcos escolhidos foram retirados de escalas de desenvolvimento de diversos autores já consagrados nessa área (Lefèvre & Diament, Bayley, Gesell, entre outros). 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.

Passo 1 | Perguntar e investigar:

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

- 1 - Como foi a gestação de sua criança? Quanto tempo durou?
- 2 - Como foi o parto de sua criança?
- 3 - Quanto pesou sua criança ao nascer?
- 4 - Ela teve algum problema logo após o nascimento?
- 5 - Sua criança apresentou algum problema de saúde mais grave até hoje?
- 6 - Os pais da criança são parentes?
- 7 - Existe alguma pessoa da família com problemas mentais ou físicos?

Com essas perguntas você estará identificando os principais fatores de risco biológico para o atraso no desenvolvimento, como prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções na gravidez, uso de medicamentos ou exposição à radiação durante a gravidez, toco-traumatismos e outros problemas de saúde adquiridos após o nascimento, como infecções do sistema nervoso central, traumas cranianos, etc. É importante também procurar saber se existem outros fatores de risco na família da criança, como alcoolismo, uso de drogas e violência. Procure saber também qual 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, parto, no cuidado com a criança ou na família, deverá ficar especialmente atento ao desenvolvimento dessa criança.

Para saber mais

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

Vale a pena conferir!

Glossário

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

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

Passo 2 | Verificar e observar:

Verificar e observar a forma da cabeça, medir o perímetro cefálico e verificar em qual percentil se encontram essas medidas no Gráfico de Perímetro Cefálico do NCHS (pode ser obtido no *site*: <http://www.cdc.gov> ou pode-se utilizar o que está disponível na nova CSC). Verificar também se existem alterações fenotípicas, tais como implantação baixa de orelhas, olhos muito afastados, número e tamanho dos dedos dos pés e das mãos, etc. Observar se a criança cumpre com o conjunto de aquisições previstas para a sua faixa etária. Existe um quadro para avaliação do desenvolvimento da criança que tem menos de dois anos e outro para crianças de dois meses a dois anos. Você deve escolher o quadro adequado para a faixa etária da criança que está sendo avaliada (Quadros 1 e 2).

Para as crianças de até um mês de idade, você deve observar a presença de reflexos primitivos, como os reflexos de Moro, cócleo-palpebral e de sucção, e a postura com braços e pernas flexionadas e mãos fechadas. As habilidades esperadas para uma criança de um a dois meses também estão no Quadro 1.

Quadro 1: Verificação do desenvolvimento da criança menor de 2 meses de idade

Perguntar:

- Realizou pré-natal?
- Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho?
- Nasceu prematuro?
- Quanto pesou ao nascer?
- Seu filho já teve alguma doença grave, como meningite, traumatismo craniano ou convulsões?
- A senhora e o pai da criança são parentes?
- Existe algum caso de deficiência na família?
- O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho?

Faça perguntas adicionais:

- Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo, etc?

Observe e determine:

- Perímetro cefálico
- Presença de alterações fenotípicas

Lembre-se:

Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança.

Menor de 1 mês

- Reflexo de Moro
- Reflexo cocleopalpebral
- Reflexo de sucção
- Braços e pernas flexionados
- Mãos fechadas

1 Mês a <2 meses

- Vocaliza
- Esperneia alternadamente
- Abre as mãos
- Sorriso social

Classificar o desenvolvimento

	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexos e habilidades para a faixa etária estão presentes. • Perímetro cefálico entre P10 e P90. • Ausência de alterações fenotípicas ou presença de menos de 3 dessas alterações. • Não existem fatores de risco. 	<p>Desenvolvimento normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe. • Orientar a mãe para continuar estimulando seu filho. • Agendar retorno conforme rotina do serviço. • Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexos e habilidades para a faixa etária estão presentes. • Perímetro cefálico entre P10 e P90. • Ausência de alterações fenotípicas ou presença de menos de 3 dessas alterações. • Existe um ou mais fatores de risco. 	<p>Desenvolvimento normal com fator de risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe sobre a estimulação do filho. • Marcar retorno no máximo em 15 dias. • Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes do marcado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um ou mais reflexos/habilidades para a sua faixa etária ou • Perímetro cefálico <P10 e >P90 ou • Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas. 	<p>Provável atraso no desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir para avaliação neuropsicomotora.

Para uma criança de dois meses a dois anos, você deve utilizar o Quadro 2. Escolha a faixa etária que irá utilizar da seguinte forma:

- Criança de 2 a menos de 4 meses – habilidades para 2 meses
- Criança de 4 a menos de 6 meses – habilidades para 4 meses
- Criança de 6 a menos de 9 meses – habilidades para 6 meses
- Criança de 9 a menos de 12 meses – habilidades para 9 meses
- Criança de 12 a menos de 15 meses – habilidades para 12 meses
- Criança de 15 a menos de 18 meses – habilidades para 15 meses
- Criança de 18 a menos de 24 meses – habilidades para 18 meses
- Criança de 24 meses completos – habilidades para 24 meses

Aplice os testes da faixa etária escolhida. Caso um ou mais marcos dessa faixa etária estiver ausente, aplique também os testes da faixa etária anterior. Isso terá importância para classificar o desenvolvimento da criança.



Atividade 19

No material que você recebeu para este módulo, há um vídeo sobre a proposta de Vigilância do Desenvolvimento no Contexto do AIDPI. Procure reservar cerca de 30 minutos para assistir à demonstração de como pesquisar os marcos do desenvolvimento em crianças de dois meses a dois anos de idade. Convide sua equipe para assistir ao vídeo junto com você. Isso ajudará a tornar o trabalho de vocês mais uniforme. Reserve algum tempo para que possam discutir as possibilidades de sua equipe utilizar este manual em sua realidade de trabalho. Registre uma síntese de suas discussões.

Passo 3 | Classificar

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

- Desenvolvimento normal (área verde)
- Desenvolvimento normal com fatores de risco (área amarela)
- Possível atraso do desenvolvimento (área amarela)
- Provável atraso no desenvolvimento (área vermelha)

Observe nos Quadros 1 e 2 as informações que permitem classificar a criança em uma ou outra categoria.

Quadro 2: verificar o desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade

Perguntar:

- Realizou pré-natal?
- Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho?
- Nasceu prematuro?
- Quanto pesou ao nascer?
- Seu filho já teve alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões?
- A senhora e o pai da criança são parentes?
- Existe algum caso de deficiência na família?
- O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho?

2 meses

- observa rosto da mãe/observador
- segue objeto na linha média
- reage ao som
- eleva a cabeça

4 meses

- responde ao examinador
- segura objetos
- ri, emitindo sons
- sentado, sustenta a cabeça

6 meses

- tenta alcançar brinquedo
- leva objetos à boca
- volta-se para o som
- vira-se sozinho/ rola

9 meses

- brinca de escondeu-achou
- transfere objetos de uma mão para outra
- duplica sílabas (mama, papa)
- senta sem apoio

12 meses

- imita gestos previamente ensinados
- segura objetos pequenos com “pinça”
- dígito-digital
- fala jargões
- anda com apoio

15 meses

- imita gestos simples a pedido
- coloca cubos na caneca
- diz uma palavra
- anda sem apoio

18 meses

- pega objeto quando solicitado
- rabisca espontaneamente
- diz 3 palavras
- anda para trás

2 anos

- retira uma vestimenta
- constrói torre com 3 cubos
- aponta 2 partes do corpo
- chuta a bola

Faça perguntas adicionais:

- Existem outros fatores de risco, como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo, etc?

Observe e determine:

- Perímetro cefálico
- Presença de alterações fenotípicas

Lembre-se:

Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação desta criança.



Desenvolvimento normal

- Todos os marcos para a faixa etária estão presentes
 - Perímetro cefálico <P10 e >P90
 - Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas
- Elogiar a mãe
 - Orientar a mãe para continuar estimulando seu filho.
 - Agendar retorno no conforme rotina do serviço
 - Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes



Desenvolvimento normal com fator de risco

- Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existe um ou mais fatores de risco
- Orientar a mãe sobre a estimulação do filho.
 - Marcar retorno no máximo em 30 dias.
 - Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes



Possível atraso no desenvolvimento

- Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária (mas todos os marcos da faixa etária anterior estão presentes.)



Provável atraso no desenvolvimento

- Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária anterior ou Perímetro cefálico <P10 e >P90 ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas
- Referir para avaliação neuropsicomotora.

Classificar o desenvolvimento

Passo 4 | Decidir

Para cada classificação, você deverá escolher a conduta mais apropriada de acordo com os Quadros 1 e 2. As crianças cujo desenvolvimento pode ser considerado normal, poderão ser acompanhadas dentro da rotina de cada serviço 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.

Estão classificadas na área amarela as crianças com desenvolvimento normal, mas que apresentam fatores de risco de natureza biológica ou psicossocial. Estas crianças precisarão ser acompanhadas com mais atenção para que possíveis alterações em seu desenvolvimento sejam detectadas precocemente. Com estas famílias é preciso discutir profundamente sobre os estímulos adequados para cada idade e sobre 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 na área amarela, também é possível que exista atraso de desenvolvimento, sendo preciso discutir com a família as possíveis causas do atraso. Esta criança precisará de acompanhamento mais cuidadoso por parte da equipe e da família. Lembre-se de que este 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, significa que ela já teve todo o tempo necessário para adquirir aquela habilidade. Sendo assim, é preciso intervir rapidamente, estimulando as áreas atrasadas para que a criança não “perca mais tempo” no seu processo de desenvolvimento. Procure discutir com a família os estímulos mais adequados na área deficiente e agende um retorno com, no máximo, 30 dias. Caso persista o atraso na consulta de retorno, a criança deverá ser encaminhada para avaliação neuropsicomotora.

As crianças classificadas na área vermelha provavelmente apresentam um atraso mais importante do desenvolvimento. É provável que estas crianças 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

Lembre-se

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 uma tomada de decisão.

Para refletir

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

do atraso, pois é isso que definirá qual a melhor conduta para cada criança; no entanto, não devemos esperar o esclarecimento diagnóstico para iniciar as intervenções necessárias. Procure esclarecer as dúvidas e temores dos pais sobre o problema de seu filho e mantenha-se disponível para discutir as propostas propedêuticas e terapêuticas que surgirem.

Atividade 20

O que você achou dessa proposta de Vigilância do Desenvolvimento Infantil? Você acha possível utilizá-la no seu dia-a-dia? Que tal experimentar essas propostas com algumas crianças de sua área de abrangência? Escolha uma criança de cada uma das seguintes faixas etárias: menos de um mês, entre um e dois meses, seis meses, 12 meses e 24 meses. Programe um dia em que você e as mães tenham mais disponibilidade, explique que você está experimentando essa forma de avaliar o desenvolvimento da criança, aplique os quadros adequados e depois discuta com as mães as suas conclusões. Siga todos os passos para decidir sobre que conduta tomar em cada caso. Aproveite essa oportunidade para avaliar quanto tempo você gastou com cada criança, quais materiais foram necessários para a aplicação dos testes, se o ambiente escolhido estava adequado e qual foi a opinião das mães sobre essa forma de avaliar o desenvolvimento infantil. Registre sua experiência no mapa contextual.

Para saber mais

Caso você 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 AID-PI**, disponível no site: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>.

Embora de grande utilidade, o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI só pode ser utilizado para crianças menores de 2 anos. Para as crianças com mais de 24 meses recomenda-se a Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor, desenvolvido pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Esta ficha baseia-se nos trabalhos de Frankenburg, Gesel, Lingworth e Boyd, tendo sido escolhidas as aquisições mais fáceis de serem exploradas e que fazem parte do cotidiano da criança em cada faixa etária. Este instrumento foi construído para crianças de zero a cinco anos, mas utilizaremos apenas os marcos para maiores de 24 meses. As áreas estudadas são a motora, a coordenação, a social e a linguagem. Serão apresentadas, no Quadro 3, 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 considerado como possível atraso no DNPM. Se

falta uma ou mais aquisições em uma mesma área e as demais estão adequadas para a idade, deve-se orientar a estimulação adequada e reavaliar a criança em 30 dias. Se faltam aquisições em várias áreas para aquela faixa etária, é recomendável encaminhar o paciente para avaliação especializada com pediatra ou neuropediatra, preferencialmente.

Quadro 3 – Esquema evolutivo do desenvolvimento da criança de 2 a 5 anos.

Áreas do desenvolvimento	De 24 a 36 meses	De 36 a 48 meses	De 48 a 60 meses
Motora	<ul style="list-style-type: none"> Sobe escadas sem ajuda 	<ul style="list-style-type: none"> Pedala o triciclo 	<ul style="list-style-type: none"> Pula em um pé só
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> Pula no lugar Atira bola Constrói torres com 5 cubos 	<ul style="list-style-type: none"> Copia um círculo Constrói torres com mais de 5 cubos 	<ul style="list-style-type: none"> Copia um quadrado Copia uma cruz
Social	<ul style="list-style-type: none"> Veste alguma peça de roupa 	<ul style="list-style-type: none"> Compartilha brincadeiras Tira alguma peça de roupa Controla esfíncteres 	<ul style="list-style-type: none"> Compete brincando Veste-se sem ajuda
Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Constrói frases Usa verbos Aponta alguma parte do corpo Obedece a ordens simples Diz o nome de uma figura desenhada 	<ul style="list-style-type: none"> Obedece as ordens complexas 	<ul style="list-style-type: none"> Linguagem próxima à do adulto

(Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Material de apoio a promoção, proteção e vigilância da saúde da criança. Publicação científica CLAP n. 1304.01. Montevideo, 1995. 41p.)

Até agora já discutimos a importância de acompanhar sistematicamente o desenvolvimento, de seus determinantes, e você estudou alguns instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil. Para terminar, discutiremos como orientar as famílias quanto à estimulação de seus filhos.

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 destinar muito tempo para brincar ou para, simplesmente, ficar junto de seus filhos. Isto não impede que essas crianças sejam estimuladas! Como na foto mostrada, as atividades da vida diária, do cuidado com a criança, já são excelentes oportunidades de estimulação. Basta que sejam aproveitadas para isso! São momentos em que os olhares se cruzam, os corpos se tocam, as palavras são aprendidas, enfim, as relações se fortalecem e se enriquecem exatamente nesses momentos. Durante a consulta, observe esses aspectos quando pedir à mãe para tirar a roupa da criança para o exame ou na maneira como ela reage ao choro de seu filho. Ressalte as atitudes positivas da mãe, informando-a sobre a importância desses gestos para o desenvolvimento integral da criança. Chame a atenção para as habilidades que a criança já apresenta e outras que a família já poderá ajudá-la a adquirir e como fazê-lo no seu dia-a-dia. Lembre-se de que cada nova habilidade adquirida corresponde a um novo risco de acidentes domésticos, para os quais a família deverá estar atenta, porém sem limitar o processo de desenvolvimento de suas crianças.

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

Atividade 22

Vamos voltar pela última vez ao caso da Estefani Lorraine. Releia a descrição dos atendimentos na UBS (Atividades 10 e 11) e as atividades em que você discutiu os problemas dessa criança (Atividades 12, 13 e 17). Escolha entre os conteúdos educativos da nova CSC, aqueles que você considera mais adequados para serem discutidos com a mãe de Estefani em cada um de seus atendimentos. Registre, no quadro que está no seu portfólio, a idade da criança, o problema identificado, o enfoque escolhido e onde essas orientações podem ser encontradas na nova CSC.

Então, o que achou? Para cada situação/problema, foi possível encontrar na nova CSC pelo menos um tipo de orientação/informação para ser compartilhada com a família, não é? Em alguns atendimentos, teríamos até mais de um assunto para ser abordado. Na consulta do sétimo mês, por exemplo, havia o atraso da vacina e a desnutrição como problemas. Poderíamos, então, discutir os “Dez passos de uma alimentação saudável para crianças menores de 2 anos”, que está na página 23 da nova CSC. Poderíamos também conversar com D. Beatriz sobre a página 75 – Vacinação: direito da criança, dever dos pais. Sem contar a avaliação do desenvolvimento de Estefani, que já discutimos...

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

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

Na próxima seção, você encontrará o conteúdo sobre amamentação e alimentação da criança menor de cinco anos. A abordagem adequada destes temas é uma poderosa ferramenta de prevenção de agravos e promoção da saúde infantil. Não deixe de se preparar para tratar destes assuntos com suas famílias! Bom trabalho!



Seção 2

Aleitamento materno e
orientação alimentar para
crianças até cinco anos

O crescimento depende diretamente de uma 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 com as particularidades fisiológicas e metabólicas dessa fase, como a necessidade elevada de aminoácidos essenciais, 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 sobre 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 menor 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 seu filho.

Nesta seção, você irá se preparar para conhecer melhor os aspectos nutricionais da população sob sua responsabilidade e refletir sobre orientações e práticas adotadas no cotidiano dessas pessoas. A avaliação da alimentação é um importante passo para a prevenção de distúrbios nutricionais. É a oportunidade para corrigir erros que, se não são percebidos a tempo, podem contribuir para a vulnerabilidade às infecções. Você estará se capacitando para prevenir sérios agravos à saúde, como a desnutrição, a obesidade e a anemia, altamente prevalentes em nosso meio.

Para facilitar o estudo, esta seção foi dividida em cinco tópicos:

- 1 - recomendações a respeito da alimentação para crianças de zero a seis meses;
- 2 - recomendações a respeito da alimentação para crianças de seis a 12 meses;
- 3 - recomendações a respeito da alimentação para crianças no segundo ano de vida;
- 4 - recomendações a respeito da alimentação para crianças de dois a cinco anos;
- 5 - suplementação de vitaminas e ferro.

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

- conhecer os indicadores de aleitamento materno e a cultura alimentar das crianças de zero a cinco anos de sua área de abrangência;
- identificar possíveis erros na técnica de amamentação e alimentação das crianças e orientar os pais como corrigi-los;
- desenvolver ações para incentivo e promoção do aleitamento materno e de alimentação saudável para crianças até cinco anos;
- organizar o serviço para o desenvolvimento destas ações;
- avaliar o impacto dessas ações na realidade da comunidade.

Você poderá exercitar as seguintes habilidades relacionadas à alimentação das crianças de zero a 5 anos:

- avaliar a técnica de amamentação, através da observação da mamada;
- identificar outros problemas na amamentação;
- orientar a mãe ou o acompanhante sobre a importância da amamentação e como superar os problemas encontrados;
- avaliar a alimentação da criança;
- orientar a mãe ou acompanhante quanto à maneira de 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.

Lembra-se do que comentamos no final da seção sobre crescimento e desenvolvimento? Uma comunicação de qualidade será muito importante para abordar os problemas com a alimentação da criança. Ainda que você tenha pressa, é importante levar 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 nos aspectos que precisa melhorar. Empregue linguagem simples e, ao final, faça perguntas de verificação, que estimulem respostas amplas e explicativas, no lugar de sim e não. Isso não é simples, às vezes, mas são habilidades que você poderá exercitar durante o estudo desta seção.

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

No nosso dia-a-dia

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

Parte 1

Recomendações a respeito da alimentação para crianças de zero a seis meses

A lactação é um processo biológico próprio dos mamíferos e durante a gravidez, as glândulas mamárias preparam-se para lactar através do estrogênio e da progesterona, principalmente. 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 em todas as puérperas. Quando o bebê suga a mama, estimula as terminações nervosas do mamilo, o que faz liberar a ocitocina. Esse hormônio é responsável pelo reflexo da ejeção do leite, basicamente somato-psíquico, portanto fatores emocionais e ambientais como confiança, desejo, prazer, ansiedade, dor e depressão podem influenciá-lo.

Você pode perceber que há muitos fatores que influenciam o sucesso da amamentação. A natureza desses fatores é muito diversa, mas, sem dúvida, dois aspectos influenciam decisivamente a duração da amamentação: o desejo e a técnica. O que você pensa sobre isso? Preparamos a atividade 1 para que você possa refletir sobre como pode ser difícil o aleitamento materno e sobre como as mães podem ser determinadas em seu desejo de amamentar. Observe a tirinha e faça a atividade 1.

Coisas que ninguém te conta sobre a hora de amamentar o bebê



Atividade 1

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

- Procure identificar, em cada quadrinho, que tipo de problema está acontecendo com a personagem (exceto o último). Faça uma lista desses problemas.
- Para cada problema listado, proponha pelo menos duas ações para ajudar a mãe a superar a situação.

Quadrinho	Problema	Propostas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

- Esses problemas são comuns em sua prática diária? O que você pensa sobre isso?

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

Agora vamos aprofundar um pouco 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. Só a partir desse período, está indicada a introdução de alimentos complementares. Deve-se promover a manutenção da amamentação até os dois anos ou mais.

É essencial iniciar o aleitamento materno sob regime de livre demanda, imediatamente após o parto, sem horários prefixados, estando a mãe em boas condições e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro. Orienta-se também a alternância dos seios para um melhor esvaziamento e estímulo à produção de leite. A 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-se as características do bebê, e estimulando o esvaziamento da 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. A caseína do leite de vaca produz coágulos maiores e mais difíceis de digerir, enquanto a lactoalbumina do LH produz coágulos finos. O leite materno também contém ácidos graxos essenciais para o crescimento dos tecidos do cérebro, olhos e vasos sanguíneos. Esses ácidos graxos não são encontrados nos outros leites. O leite de vaca contém excesso de ácidos graxo saturados, o que constitui, a longo prazo, fator de risco para doenças crônico-degenerativas e obesidade. Entretanto, são os fatores imunológicos que definem a grande distinção espécie-específica do LH, pois são eles que regulam sua atividade protetora e imunomoduladora, conferindo ao bebê proteção contra infecções e alergias.

As evidências epidemiológicas demonstram os efeitos benéficos do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e mesmo para a sociedade. A dimensão desses benefícios é modificada por diversos fatores, como o socioeconômico, o ambiental e o dietético. Os efeitos positivos do aleitamento materno proporcionam:

- redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreia e por infecções respiratórias. Lactentes menores, exclusivamente ama-

Para refletir

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

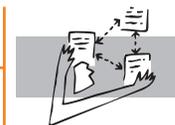
mentados, que residem em locais de pobreza, sem acesso à água potável e que recebem alimentos de má qualidade são os que mais se beneficiam;

- redução do número de internações hospitalares. O aleitamento materno, além de proteger, também diminui a incidência e a gravidade das doenças. Nos prematuros nos quais a imaturidade imunológica é maior, essa função é essencial, especialmente contra a enterocolite necrosante;
- redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva;
- redução da incidência de doenças crônicas, tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças auto-imunes e linfoma;
- melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo uma relação direta com o tempo de amamentação;
- proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade. Na amamentação exclusiva ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional e há um efeito contraceptivo, principalmente na que se mantém amenorréica;
- promoção do vínculo afetivo mãe-filho;
- proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fono-articulatórios;
- economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população;
- benefício para a sociedade como um todo, 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.

Nestes últimos anos, têm ocorrido várias ações de incentivo à amamentação exclusiva até os seis meses de vida e com outros alimentos até dois anos de idade ou mais, se possível, tais como investimento nos 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. Para a saúde pública, o incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio, considerando o elevado índice de desmame precoce e o grande número de mortes infantis por causas evitáveis.

Atividade 2

Lembra-se da primeira atividade da seção anterior? Nela você levantou diversas informações sobre a saúde das crianças de sua área de abrangência. Vamos voltar aos índices de aleitamento materno de sua área de abrangência. Se você não tiver feito ainda o cálculo das prevalências de aleitamento materno, faça-o utilizando as mesmas faixas etárias do quadro a seguir. Compare os seus dados sobre aleitamento materno exclusivo com o quadro a seguir, retirado da última pesquisa de caráter nacional sobre a prevalência de aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal, realizada em 1999.



Experimentando

O cálculo da prevalência é feito multiplicando-se o número de crianças em aleitamento materno exclusivo em determinada faixa etária por 100 e dividindo-se o resultado pelo número de crianças de sua área de abrangência com a mesma idade. Por exemplo, se em sua área de abrangência, das 20 crianças com menos de 1 mês, 15 estão em aleitamento materno exclusivo, então sua prevalência nessa faixa etária é de 75%.

Prevalência estimada do aleitamento materno exclusivo e intervalos de confiança conforme idade da criança, capitais, regiões e Brasil.

CAPITAL	ALEITAMENTO EXCLUSIVO IDADE EM DIAS					
	0-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180
NORTE	53,0	40,9	29,8	20,7	13,8	9,0
Belém	68,3	58,3	47,5	37,0	27,6	19,8
Boa Vista	49,9	37,3	26,1	17,4	11,2	7,0
Macapá	67,5	54,1	40,0	27,4	17,6	10,8
Manaus	36,0	27,3	20,1	14,4	10,2	7,0
Palmas	54,8	41,7	29,6	19,9	12,7	7,9
Porto Velho	40,3	29,8	21,1	14,4	9,6	6,3
Rio Branco	41,2	29,3	19,7	12,7	7,9	4,8
NORDESTE	55,4	43,7	32,8	23,4	16,1	10,7
Aracaju	52,9	41,1	30,3	21,3	14,4	9,5
Fortaleza	79,4	67,1	52,0	36,4	23,3	13,9
João pessoa	49,9	36,8	25,3	16,5	10,4	6,3
Maceió	35,2	27,5	20,9	15,5	11,4	8,2
Natal	56,8	44,9	33,7	24,0	16,4	10,9
Recife	37,1	30,5	24,7	19,6	15,4	11,9
Salvador	43,0	32,1	22,8	15,6	10,4	6,7
São Luís	60,7	51,1	41,5	32,5	24,6	18,1
Teresina	61,2	49,0	37,0	26,4	17,9	11,8
CENTRO OESTE	50,5	38,3	27,5	18,8	12,4	7,9
Distrito Federal	69,8	57,2	43,6	30,9	20,6	13,0
Campo Grande	46,9	33,4	22,2	13,9	8,4	4,9
Cuiabá	29,7	20,7	14,0	9,1	5,9	3,7
Goiânia	36,0	26,9	19,4	13,6	9,3	6,3
SUDESTE	42,8	32,9	24,3	17,3	12,1	8,3
Belo Horizonte	35,5	26,0	18,3	12,5	8,4	5,5
São Paulo	36,2	27,8	20,8	15,1	10,8	7,6
Vitória	55,3	43,7	32,8	23,5	16,1	10,8
SUL	64,3	52,2	39,9	28,7	19,6	12,9
Curitiba	60,8	48,3	36,0	25,3	16,9	10,9
Florianópolis	71,8	61,0	49,1	37,3	26,8	18,4
Porto Alegre	59,9	45,9	32,6	21,6	13,6	8,2
BRASIL	53,1	41,4	30,6	21,6	14,7	9,7

Pesquisa Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 1999

Para saber mais

Se você quiser saber mais sobre os dados nacionais e regionais de aleitamento materno, entre no *site*: <http://www.saude.gov.br>, escolha: atenção à saúde – atenção básica – alimentação e nutrição – SISVAN – Boletim SISVAN – indicadores – aleitamento materno. Foi neste *site* que encontramos a tabela acima.



Atividade 3

Como podemos verificar na tabela anterior, o Brasil apresenta grandes variações na prevalência do aleitamento materno exclusivo. Na faixa etária de zero a 30 dias, por exemplo, os dados mostram que Cuiabá tem os piores resultados (29,7%) e Fortaleza, os melhores (79,4%). 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?

Apresente seus resultados no fórum específico desta aula no *site* do curso. Discuta com seus colegas e com seu tutor as diferenças encontradas e as possíveis explicações para elas. Procure identificar colegas de regiões próximas à sua e compare os resultados que vocês encontraram.

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 lembrar:

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

Como vimos no início deste módulo, o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal propõe que a primeira visita da criança e da puérpera à UBS aconteça até o final da primeira semana de vida de criança, para que se realizem as ações da “primeira semana: saúde integral”. Você se lembra dessas ações? Vacinar a mãe e o bebê, realizar o Teste do Pezinho, avaliar a saúde da mãe e do bebê e... avaliar a amamentação. É importante lembrar que os primeiros 14 dias após o parto são es-

senciais para a amamentação bem-sucedida, pois é nesse período que se estabelece a lactação, além de ser uma fase de intenso aprendizado para a mãe e o bebê. Por isso, a equipe de saúde precisa se programar para visitar a mãe e seu filho tão logo voltem da maternidade para ajudá-los nas dificuldades iniciais, antes que elas se tornem grandes problemas!

Agora, volte à parte 1 da seção 1 e reveja o planejamento que você elaborou. Nele estão contempladas ações específicas de promoção do aleitamento materno? Que tipo de ações você e sua equipe pretendem desenvolver? Aproveite este momento para desenvolver melhor estas ações.

Entre 1980 e 2004, estudos transversais realizados em um centro de saúde de Belo Horizonte mostraram a existência de associação entre as dificuldades relatadas pelas mães para amamentar nos primeiros dias após o parto e a duração do aleitamento.

Nesses estudos, 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 o gráfico a seguir. As principais dificuldades apontadas pelas mães foram: ausência de leite, “a criança não pegou”, traumas mamilares, mastite, problemas anatômicos das mamas, entre outras. Os traumas mamilares foram os problemas mais prevalentes em todos os anos ($p=0,03$), tendo sido citados por 56% das mães com dificuldades em 2004. Entre as entrevistadas, a duração do aleitamento materno passou de cinco para 11 meses entre 1980 e 2004. A análise multivariada mostrou que a duração do aleitamento materno foi significativamente menor entre as mulheres

Percentual de mães com dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto

Centro de Saúde São Marcos (Belo Horizonte/MG), 1980-2004



Fonte: ALVES, CRL. Aleitamento materno no Centro de Saúde São Marcos: lições de uma história de 25 anos. Tese. UFMG.2005.



No nosso dia-a-dia

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 bebê da maternidade;
- perguntar sobre a saúde da mãe e do bebê;
- perguntar como tem sido a amamentação e orientar, se necessário;
- encaminhá-las a UBS a partir do quinto dia de vida da criança.



que apresentaram dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto do que naquelas que não apresentaram nos anos de 1980, 1986, 1992 e 1998. Esses resultados mostraram haver ainda múltiplas deficiências nas orientações às mães no pré-natal, no parto e, principalmente, no primeiro mês de vida da criança, uma vez que as dificuldades relatadas são passíveis de ações de prevenção.

Lembra-se da primeira atividade desta seção? Volte a ela e compare os problemas apresentados pelas personagens da cartunista Maitena com os encontrados nesta pesquisa em Belo Horizonte. E aí, conferiu? 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.

Algumas orientações para a prevenção do trauma mamilar precisam ser dadas no pré-natal, como informações sobre o preparo das mamas para a lactação e a técnica adequada. Nesse período é importante estimular o desejo da mulher de amamentar através de um bate-papo sobre suas expectativas e experiências, informações sobre os benefícios da amamentação, fisiologia, alojamento conjunto, direitos legais e outros.

Entretanto, a ação preventiva mais importante é o uso da técnica correta de amamentar desde o nascimento. Ao contrário do que ocorre com os demais mamíferos, a amamentação da 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 extensiva, hoje depende em grande parte dos profissionais de saúde.



Atividade 4

Você deverá assistir agora ao vídeo que está em seu material instrucional sobre a “pega” e a posição para amamentar. Você verá também, nesse vídeo, que, ao avaliar a amamentação, você deve fazer perguntas como:

- Você amamenta sua criança ao peito?
- Se amamenta, quantas vezes no 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?

O que achou? Que critérios você utilizava para avaliar a “pega” e a posição para amamentar antes de assistir a esse vídeo? Você seria capaz de listar os quatro sinais de boa pega? E os de posição correta para amamentar? Escreva-os e guarde em seu portfólio.

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

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

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

Mostre à mãe como segurar a criança:

- com a cabeça da criança e o corpo alinhados;
- em direção ao seu peito, com o nariz da criança em frente ao bico do seio;
- com o corpo da criança perto do corpo dela (estômago do bebê/ barriga da mãe);
- sustentando todo o corpo da criança, não somente o pescoço e ombro.

Mostre 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 amamenta antes de ajudá-la; evite tocar a criança a fim de entender claramente sua situação. Não se precipite em fazê-la mudar a maneira como amamenta. Se você vê que a mãe necessita de ajuda, diga primeiro uma frase de incentivo para depois perguntar se ela gostaria que a ajudasse. Por exemplo: "Quando amamenta, você não acha que seria mais confortável para você e o bebê se ele pegasse um pouco mais o peito? Quer que eu lhe mostre como fazer isso?" Se ela estiver de acordo, pode começar a ajudá-la. Quando mostrar à mãe como posicionar a criança para a pega, tenha cuidado para não 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 a seguir é um instrumento que ajuda você a organizar os itens a serem analisados 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 retornar a eles e verificar se os erros foram corrigidos. Analise esse formulário com bastante atenção antes de iniciar a atividade 5.

Atividade 5

Como você e sua equipe têm avaliado a técnica de amamentação das mães de sua área de abrangência? Vocês têm utilizado algum roteiro para esse fim? Você já experimentou utilizar o "Formulário de observação da mamada"? Que dificuldades você teve para utilizá-lo? Que limitações você identifica nesse instrumento?

Nesse momento do seu aprendizado, seria importante tentar utilizar, na prática, o "Formulário de observação da mamada". Há três exemplos destacados no seu portfólio. Utilize-os com três mães com crianças menores de um mês. 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 as mães aceitaram suas observações? Como você avalia o seu desempenho?

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe: _____ Data: ___ / ___ / ___

Nome do bebê: _____ Idade do bebê: _____

Sinais de que a amamentação vai bem

Mãe

- Parece saudável
- Relaxada e confortável
- Mamas parecem saudáveis
- Mama bem apoiada, com os dedos fora do mamilo

Bebê

- Parece saudável
- Calmo e relaxado
- Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê
- O bebê busca ou alcança a mama se está com fome

Posição do bebê

- A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados
- Bebê seguro próximo ao corpo da mãe
- Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo
- Bebê apoiado

Pega

- Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê
- A boca do bebê está bem aberta
- O queixo do bebê toca a mama
- O lábio inferior está virado para fora

Sucção

- Sucções lentas e profundas com pausas
- Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina
- Bebê solta a mama quando termina

Sinais de possível dificuldade

Mãe

- Parece doente ou deprimida
- Parece tensa e desconfortável
- Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas
- Mama segurada com dedos na aréola

Bebê

- Parece sonolento ou doente
- Inquieto ou chorando
- Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil
- O bebê não busca, nem alcança

Posição do bebê

- Pescoço e cabeça do bebê girados para mamar
- Bebê não é seguro próximo
- O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo
- Bebê não apoiado

Pega

- Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior
- A boca do bebê não está bem aberta
- O queixo do bebê não toca a mama
- Lábios voltados para frente ou virados para dentro

Sucção

- Sucções rápidas e superficiais
- Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos
- Mãe tira o bebê da mama

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, recomende à mãe que a amamente mais, reduzindo a quantidade desses e, na medida do possível, até deixar de dá-los por completo.
- Se a mãe não dá o peito (a criança nunca mamou ou está totalmente desmamada), pergunte se gostaria de amamentar e, se você não se sente capacitado, considere encaminhá-la a algum lugar onde possa receber orientações para a relactação.
- Se você, após algumas abordagens, percebe que a mãe não deseja amamentar, dê recomendações sobre como escolher e preparar outros leites. Oriente que use copo, xícara ou colher e não mamadeiras.

Se você identificou qualquer problema na alimentação da criança e recomendou mudanças, peça que retorne em dois dias para uma nova avaliação.

É importante também que você converse com a mãe sobre o que 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 esperados e inesperados que justifiquem sua ausência, e essa ação permite que a criança se mantenha em aleitamento materno. No Anexo 2 desta seção, você encontrará mais informações sobre a extração manual do leite e sobre sua conservação.



Atividade 6

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

Agora vá ao fórum na *Web* e coloque sua experiência de utilizar o “Formulário para observação da mamada” com as mães de sua área abrangência. Peça ajuda ao seu tutor para solucionar as suas dificuldades em utilizar esse protocolo. Discuta também, com seus colegas, as experiências pessoais de cada um com a ordenha manual e armazenamento do leite materno.

São poucas as contra-indicações absolutas ao aleitamento materno: patologias orgânicas na mãe como doenças 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 e vírus T-linfotrópicos humanos tipo I, a recomendação é não amamentar. Nas demais doenças causadas por outros vírus, bactérias e fungos, o profissional de saúde deve realizar uma cuidadosa avaliação, mas, na maioria dos casos, o aleitamento materno é mantido. A conduta em mães portadoras de tuberculose depende de quando for feito o diagnóstico. Consulte a tabela a seguir para decidir sua conduta.

Manejo do aleitamento materno em mães com tuberculose, de acordo com a época do diagnóstico da infecção

Tuberculose pulmonar ativa diagnóstico antes do parto			Tuberculose pulmonar ativa diagnóstico após o parto	
2 meses antes			2 meses antes	
Escarro negativo antes do parto	Escarro positivo antes do parto	-	-	-
<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a mãe
<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar • Não há necessidade de quimioprofilaxia • BCG ao nascimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar • Izomazida para a criança por 6 meses • BCG após o término da quimioprofilaxia 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar • Isomazida para a criança por 6 meses • BCG após o término da quimioprofilaxia 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar • Izomazida para a criança por 6 meses • BCG após o término da quimioprofilaxia 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar • Izomazida para a criança por 6 meses • Se a BCG não foi dada ao nascimento, dar após o término da quimioprofilaxia

Fonte: OMS, 1998.

*Monitorar todas as crianças quanto ao ganho de peso e saúde.
Não administrar BCG a crianças com sintomas de febre amarela ou infecção por HIV.*

Drogas usadas pelas mães que contra-indicam a amamentação são anfetamina, preparações radioativas, drogas ilícitas como a maconha, heroína e cocaína, iodetos, antitireoidianos, brometos, sais de ouro, primidona, atropina, lítio, tetraciclina, estreptomina, cimetidina, narcóticos, fenindiona e contraceptivos de dosagem elevada. O uso prolongado de reserpina, esteróides, clorpromazina, diuréticos, diazepam, ergotamina, sulfonamida, elixir paregórico e ácido nalidíxico também é considerado um risco para o bebê.

Até aqui tratamos das recomendações a respeito da alimentação para crianças de zero a seis meses. Vamos, agora, tratar da faixa etária de seis a doze meses.

Para saber mais

Mais informações sobre as drogas que contra-indicam a amamentação podem ser obtidas no *site* da Sociedade Brasileira de Pediatria (<http://www.sbp.com.br>) -Departamento Científico - Aleitamento Materno - atualização.

Parte 2

Recomendações a respeito da alimentação para crianças de seis a doze meses

Vimos as características do leite materno, os benefícios de seu uso e como lidar com alguns problemas comuns no início da amamentação. Você também estudou a importância de o bebê receber exclusivamente o leite materno até os seis meses de idade. Vamos, agora, discutir como alimentar a criança a partir do segundo semestre de sua vida.

A partir dos seis meses, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança. Torna-se necessária a introdução de alimentos complementares, entendido como o conjunto de outros alimentos, além do leite materno, oferecidos durante o período de aleitamento. Este 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 o estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção), que as habilita a receber outros alimentos além do leite materno.

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.

Dez Passos Para Alimentação Saudável

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

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

Passo 3. Após os seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes), três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Passo 4. A alimentação complementar deverá ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares, respeitando sempre a vontade da criança.

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

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

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

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

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

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

Os alimentos complementares, anteriormente designados “alimentos de desmame”, podem ser chamados de transicionais. Estes alimentos devem ser especialmente preparados para a criança pequena até que ela possa receber os alimentos consumidos pela família (em torno dos 9-12 meses de idade). Alimentos utilizados pela família (modificados ou simplesmente alimentos da família) são aqueles do hábito familiar, porém modificados na consistência para adequar à maturação da criança. Devem ser oferecidos, inicialmente, em forma de papa, na colher, passando para pequenos pedaços e, após os doze meses, na mesma consistência dos alimentos consumidos pela família. Nesse período, é fundamental conhecer os hábitos alimentares e avaliar os alimentos consumidos pela família.

O termo “alimentos de desmame” deve ser 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.

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 a manipulação/preparo inadequa-

dos, favorecendo a ocorrência de doença diarréica e desnutrição. Oferecer adequada orientação para as mães, durante este período, é de fundamental importância e deve ser realizada por profissionais da área de saúde. É importante oferecer água potável, porque esses alimentos apresentam maior sobrecarga de solutos para os rins das crianças.

A composição da dieta deve ser variada e fornecer todos os tipos de nutrientes. As recomendações nutricionais para crianças menores de dois anos de idade têm sido constantemente revistas por grupos de especialistas bem como diferentes parâmetros têm sido usados para o cálculo das necessidades calóricas diárias por faixa etária, considerando o gasto total de energia e a energia necessária para o crescimento. Não há uma definição de proporção de macronutrientes em relação à oferta energética total para crianças até um ano de idade.

As frutas devem 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 presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contra-indicada. Os sucos devem ser naturais e oferecidos preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a estas, em uma dose máxima de 240ml/dia.

A primeira papa salgada deve ser oferecida, entre o sexto e sétimo mês, 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:

- cereais e tubérculos;
- leguminosas;
- carne (vaca, frango, porco, peixe ou vísceras, em especial, o fígado);
- hortaliças (verduras e legumes).



Veja no Anexo 3 como se pode variar a papa salgada.

O óleo vegetal (preferencialmente de soja) e o sal devem ser usados em menor quantidade e devem-se evitar caldos e temperos industrializados. A papa deve ser colorida e oferecida amassada, sem peneirar ou liqüefazer. A carne não deve ser retirada, mas, sim, picada e oferecida à criança. Entre sete e oito meses, respeitando-se a evolução da criança, deverá ser introduzida a segunda refeição de sal.

Sugestões para as diferentes combinações de papas salgadas



Devem-se evitar alimentos industrializados (refrigerantes, sucos de garrafa ou pó, café e chás contendo xantinas, balas, embutidos, dentre outros). Recomenda-se que os alimentos sejam oferecidos separadamente, para que a criança identifique os vários sabores e, dessa forma, aceites-os. Não se orienta acrescentar açúcar ou leite nas papas, na tentativa de melhorar a aceitação porque podem prejudicar a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das dietas. O oferecimento frequente de um alimento facilita a sua aceitação. Em média, são necessárias de oito a 10 exposições ao alimento para que ele seja aceito pela criança. O ovo inteiro pode ser introduzido, sempre cozido, após o sexto mês.

Deve-se atentar para o grande aprendizado que esse momento de introdução de novos alimentos representa para o bebê. A maneira como será conduzida a mudança do regime de aleitamento materno exclusivo para essa variedade de opções poderá determinar a curto, médio ou longo prazo, atitudes favoráveis ou não em relação ao hábito e comportamento alimentares.

No nosso dia-a-dia

No nosso dia-a-dia, é sempre bom lembrar que as 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 apontada como uma das causas preocupantes do aumento das taxas de obesidade infantil e desnutrição.

Esquema para introdução dos alimentos complementares

Faixa etária	Tipo de alimento
Até o 6º mês	Leite materno
6º mês	Leite materno, papa de frutas
6º ao 7º mês	Primeira papa salgada, gema de ovo, suco de frutas
7º ao 8º mês	Segunda papa salgada
9º ao 11º mês	Gradativamente passar para a comida da família
12º mês	Comida da família

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006

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 às preferências e volumes, pois isso permitirá a atuação dos mecanismos reguladores do apetite e da saciedade e devem ser praticados desde a introdução de novos alimentos.

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 cerca de 38% das necessidades protéicas, 45% das necessidades de vitamina A e 95% das necessidades de vitamina C.

Atividade 7

Pense sobre a cultura alimentar da região onde você trabalha. Você poderia citar os alimentos que fazem parte do hábito das famílias nessa região? Como elas os adquirem? Esses alimentos são adequados para o consumo de um lactente?

Seguindo as informações acima, experimente montar um cardápio de um dia para um lactente de 10 meses, descrevendo todas as orientações quanto ao preparo, oferta, horários e outros aspectos que considerar importantes para sua realidade. Registre estas informações e o seu cardápio no seu mapa contextual.

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

No primeiro ano de vida, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda não usar mel. Nessa faixa etária, os esporos do *Clostridium botulinum*, capazes de produzir toxinas na luz intestinal e freqüentemente presentes no mel, podem causar botulismo.

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 você rever esses conceitos e o que eles podem contribuir para melhorar as orientações que você dá às mães durante o acompanhamento de seus filhos.

Atividade 8

Ao fazer essa relação teoria e prática, procure elaborar seu mapa conceitual demonstrando como você a percebe.



Parte 3

Recomendações a respeito da alimentação para crianças no segundo ano de vida

No segundo ano de vida, a criança geralmente apresenta uma 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 alguma autonomia no uso da colher e do copo.

Devemos 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 as mesmas servidas aos adultos. Podem ser consumidos todos os tipos de carnes e vísceras. Deve-se estimular o consumo de frutas e verduras, lembrando que aquelas de folha verde-escuro apresentam maior 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 de vaca e as condições socioeconômicas da família o permitirem, deve-se dar preferência ao leite fortificado 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.

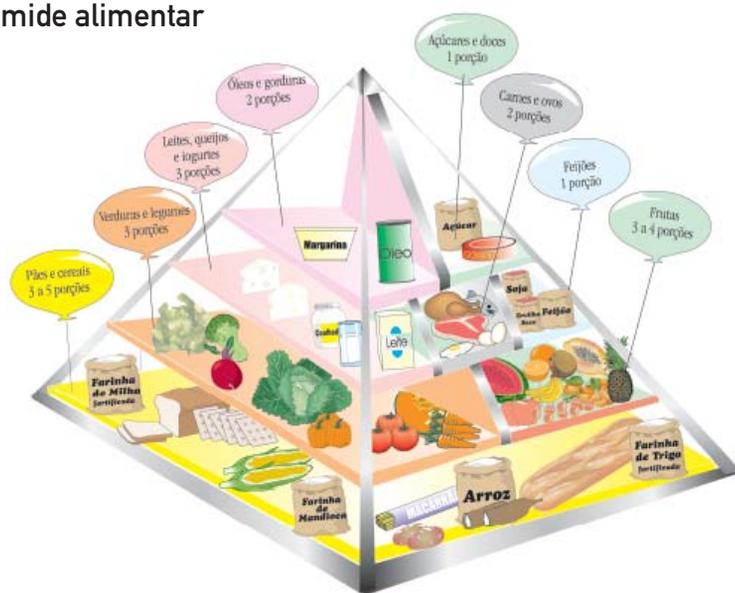
A queixa de recusa alimentar é muito freqüente no segundo ano de vida, quando a velocidade de crescimento diminui bastante em relação ao

primeiro ano e, conseqüentemente, diminuem também as necessidades nutricionais e o apetite. 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 um 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 solicitar às mães que evitam a utilização de alimentos artificiais e corantes, mas, a partir dessa idade, especialmente os “salgadinhos” refrigerantes, balas e guloseimas. Lembre a família de que os hábitos alimentares adquiridos nessa idade mantêm-se até a vida adulta.

A pirâmide alimentar para crianças descreve as porções sugeridas para cada grupo de alimentos.

Pirâmide alimentar



Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

Alimentos ricos em carboidratos, como as massas, cereais e leguminosas, devem estar em maiores quantidades nas refeições, pois aumentam a densidade energética, além de fornecerem proteínas. Verduras e legumes são alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras, devendo ser oferecidos duas a três vezes ao dia nas refeições de sal; as frutas também devem fazer parte do cardápio diário, pelo menos duas vezes. Os diferentes tipos de carne e os ovos têm, além de proteína, ferro de alta biodisponibilidade, e devem ser oferecidos a partir dos seis meses de idade nas refeições de sal.

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 da criança, você e sua equipe avaliem a alimentação, especialmente naquelas com ganho insuficiente de peso, peso baixo ou muito baixo, sobrepeso, anemia ou diarreia persistente.

Para avaliar a alimentação, é importante conversar com a mãe, fazendo perguntas de verificação que lhe ajudarão a conhecer a alimentação habitual da criança. Faça perguntas como:

- 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 o prepara?
- Quantas vezes ao dia?
- Como você alimenta a criança?
- O que usa para alimentá-la?
- Qual o tamanho das porções?
- Quem dá de comer à criança e como?
- Quando a criança está doente, há modificação na alimentação dela? Se há, qual?

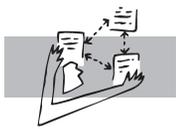
Analise, no quadro a seguir, os exemplos de refeição e cardápios indicados para essa idade, extraídos do Guia de Alimentação Saudável, do Ministério da Saúde.

Exemplos de cardápios para crianças no 2º ano de vida e recomendações

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

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

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



Atividade 9

Agora, converse com sua equipe e reflita:

- Na realidade de suas crianças, quantas refeições diárias são habitualmente oferecidas?
- Dos alimentos sugeridos nos cardápios, quais são os que as famílias não têm hábito de usar? Por quê?
- Quais são usados em proporção maior que a desejada?
- E quais são usados em proporção menor que a desejada?
- Como seria sua intervenção nessas situações?

Registre suas respostas no mapa contextual.

A orientação de variar as cores dos alimentos, especialmente no preparo das misturas das refeições de sal, pode facilitar o entendimento dos grupos alimentares e permitir um aporte de vitaminas e ferro mais apropriado.

Parte 4

Recomendações a respeito da alimentação para crianças entre dois a cinco 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 uma 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 um determinado alimento num dia e ter reação diferente em relação a esse mesmo alimento em outro dia.

É bom considerar também que a capacidade de concentração da criança, nessa idade é pequena 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 idade 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 um maior número de alimentos em diferentes preparações.

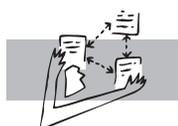
Nessa faixa etária, quando se avalia a ingestão nutricional de uma criança, devemos aproveitar a oportunidade para verificar os hábitos e padrões alimentares da família, uma vez que esses exercem um papel fundamental no comportamento alimentar da criança. Lembrar que, nessa idade, a criança imita o comportamento principalmente dos pais, podendo aceitar ou recusar determinados alimentos, de acordo com o exemplo deles. No Anexo 4, estão sugestões de quantidades de cada alimento para compor a pirâmide alimentar do pré-escolar.

Os alimentos preferidos pelas crianças são os doces que, geralmente são mais calóricos. O paladar doce é inerente à espécie e não precisa

ser ensinado como os demais sabores. É normal que as crianças queiram comer só doces. Cabe à família colocar os limites quanto ao horário de ingestão e quantidade.

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

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



Atividade 10

Vamos pensar agora nas crianças de dois a cinco anos de idade das quais você cuida. Você levantou, na primeira atividade deste módulo, o número de crianças nessa faixa etária que residem em sua área de abrangência e quantas estão em creches. Você conhece e visita essas creches rotineiramente? 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? Há ações conjuntas em relação à alimentação das crianças? Registre estas informações no seu mapa contextual.

Você sabia?

O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), órgão do Ministério da Educação, estabeleceu, em 2004, critérios para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e as formas de transferência dos recursos financeiros às secretarias de educação dos estados, municípios e escolas federais. Segundo o PNAE, o cardápio deve ser elaborado por nutricionista habilitado e suprir, no mínimo, 15% das necessidades nutricionais diárias dos alunos de creches, pré-escolas e escolas de ensino fundamental, e, no mínimo, 30% das necessidades diárias dos alunos das escolas indígenas, durante permanência em sala de aula. A elaboração do cardápio deve ser feita de modo a promover hábitos alimentares saudáveis, respeitando-se a vocação agrícola da região e suas preferências.

Atividade 11

Coloque suas experiências de trabalho com as instituições de educação infantil no fórum desta aula na *Web*. Caso não exista esse tipo de equipamento em sua área de abrangência, ajude seus colegas a pensar alternativas para os problemas deles em relação à alimentação das crianças que freqüentam creches.



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 necessidades diárias da criança.

Até aqui estudamos as necessidades protéicas e calóricas da criança e aprendemos a elaborar um cardápio adequado às diferentes faixas etárias. Para que a criança tenha um crescimento adequado, é essencial, também, a manutenção do aporte de vitaminas e ferro, seja através dos alimentos ou na forma medicamentosa. É isso que discutiremos na próxima e última parte deste módulo.

Atividade 12

Você se lembra da Estefani Lorraine? Vamos voltar uma vez mais ao caso dela. Na Atividade 13 da 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. Agora, você vai procurar fazer propostas mais concretas para a orientação alimentar dessa criança, baseadas no que você estudou sobre a alimentação infantil. Considere que a Estefani vive na região em que você trabalha, de modo que você deve propor alternativas alimentares compatíveis com a realidade socioeconômica dessas pessoas e com a disponibilidade de alimentos nessa região.

Parte 5

Suplementação de vitaminas e ferro

Nos primeiros dois anos de vida, a criança precisa de suplementação de vitaminas e ferro, pois suas reservas não conseguem suprir as elevadas necessidades para manter o ritmo de crescimento acelerado dessa fase da vida. Excessos ou deficiências de nutrientes podem ter grandes repercussões na saúde da criança.

5.1 | Vitaminas

As vitaminas são nutrientes adquiridos geralmente de fontes alimentares, pela incapacidade do organismo de sintetizá-las. Exceção se faz à vitamina D, que pode ser sintetizada pelo organismo desde que haja exposição de forma regular à luz solar. Classificadas como micronutrientes de origem orgânica, essenciais à manutenção do metabolismo normal, desempenham funções fisiológicas específicas. De acordo com a solubilidade, as vitaminas são classificadas em dois grupos: lipossolúveis (vitaminas A, D, E e K), que dependem dos lipídios para sua digestão e absorção, e hidrossolúveis (vitamina C e vitaminas do complexo B).

Nos casos de alimentação deficiente com riscos de carência, a vitamina deve ser utilizada sob a forma medicamentosa, principalmente nos primeiros anos de vida.

A vitamina K deve ser dada ao nascimento, na dose de 0,5 a 1 mg por via intramuscular, para prevenir a doença hemorrágica.

Quanto à vitamina D, sabe-se que o leite materno contém cerca de 25UI/litro, dependendo da condição materna de vitamina. Recomenda-se a exposição direta da pele à luz solar, a partir da segunda semana de vida, sendo suficiente a quota semanal de 30 minutos com a criança usando apenas fraldas (seis a oito minutos por dia, três vezes por semana), ou de duas horas/semana em exposição parcial (17 minutos por dia) com exposição apenas da face e mãos da criança.

Entre os fatores de risco para a deficiência de vitamina D, encontram-se os seguintes: 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 descobrir todo o corpo ou o uso de alguns anticonvulsivantes.

A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a ingestão de 200UI/dia de vitamina D até 18 meses para todas as crianças, com exceção daquelas que esteja, nas seguintes condições:

- lactentes em aleitamento materno com exposição regular ao sol;
- lactentes que recebem 500ml/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, a OMS, o Ministério da Saúde e a Sociedade brasileira de pediatria preconizam o seguinte esquema para suplementação medicamentosa de vitamina A, na forma de megadose, que deve ser administrada a cada 4_6 meses:

- crianças menores de 6 meses e que são amamentadas: 50.000UI
- crianças de 6 a 12 meses: 100.000UI
- crianças de 12 a 72 meses 200.000UI

5.2 | Ferro

A recomendação do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, quanto à suplementação de ferro é a seguinte:

Situação	Recomendação
Lactentes nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, até 6 meses de idade, em aleitamento materno exclusivo.	Não indicado
Lactentes nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em uso de fórmula infantil até 6 meses de idade e a partir do sexto mês, se houver ingestão mínima de 500 ml de fórmula por dia.	Não indicado
Lactentes nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, a partir da introdução de alimentos complementares de idade.	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia, até 2 anos de idade, ou 25mg de ferro elementar por semana, até 18 meses*
Prematuros maiores que 1.500g e recém-nascidos de baixo peso, a partir do 30° dia de vida.	2 mg de ferro elementar/kg peso/dia, durante todo primeiro ano de vida. Após este período, 1 mg/kg/dia até 2 anos de idade.

* Recomendação do Programa Nacional de Combate à Anemia Carencial do Ministério da Saúde. Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

O Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria recomenda as seguintes doses, mais elevadas no primeiro ano de vida, para recém-nascidos de extremo baixo peso (PN):

- PN < 1.000g = 4 mg de ferro elementar/ Kg/ dia;
- PN > 1.000g e < 1.500 g = 3 mg de ferro elementar/Kg/dia.

Além da prevenção medicamentosa da anemia ferropriva, deve-se atentar 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 microgramas 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-escuras). Para melhorar a absorção do ferro não heme, deve-se introduzir os agentes facilitadores, como carnes e vitamina C, e evitar os agentes inibidores, como refrigerantes e chás.

Conheça agora o que o Ministério propõe para reduzir a anemia ferropriva e a hipovitaminose A.

Programa de redução da Anemia ferropriva e Hipovitaminose A

Programa da Anemia ferropriva: o Ministério da Saúde desenvolve esse programa em municípios da Região Nordeste e do Estado de Goiás, pela distribuição de sulfato ferroso em doses semanais para crianças de 6 a 23 meses de idade. O medicamento é entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que acompanham a administração da dose semanal realizada pela mãe ou responsável pela criança.

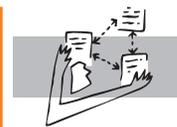
- Doses semanais de 45 mg de ferro elementar
- Administração oral de 2 ml por semana
- Solução oral de sulfato ferroso em frascos de 30 ml
- Cada frasco dura três meses
- O Ministério da Saúde e a Embrapa estão trabalhando no apoio técnico às indústrias de alimentos para fortificação com ferro das farinhas de milho e trigo.

Programa de combate à Hipovitaminose A: o Ministério da Saúde desenvolve esse programa na região Nordeste e no Vale do Jequitinhonha-MG, áreas endêmicas da deficiência de vitamina A, pela distribuição de megadoses da vitamina para crianças menores de 5 anos de idade. A data da suplementação é anotada no próprio Cartão da Criança.

- Forma de apresentação: cápsula de 100.000UI (para crianças de 12 a 59 meses de idade.
- Forma de administração: intervalos de 4 a 6 meses entre as aplicações
- Distribuição: campanhas de imunização, rotina de serviços de saúde e Agentes Comunitários de Saúde.

Atividade 13

Sabemos que a anemia ferropriva, a parasitose intestinal e a desnutrição são problemas que ocorrem com frequência nas crianças, especialmente em regiões mais pobres. Você já conhece o número de crianças de zero a dois anos de sua área de abrangência, quantas amamentam e quantas nasceram prematuras ou de baixo peso. Com esses números, procure calcular a quantidade de frascos de sulfato ferroso e polivitamínicos que seria necessária para a prescrição profilática para as crianças de zero a dois anos de idade de sua área por um mês. Converse com a pessoa responsável pela farmácia de sua UBS sobre os seus cálculos. E então? A farmácia está preparada para dispensar a quantidade de frascos de sulfato ferroso e polivitamínicos que você calculou? Discuta com essa pessoa a forma de manter o fornecimento regular desses produtos. Registre esta atividade no seu mapa contextual.



Aqui você aprendeu como prevenir vários problemas nutricionais, como a desnutrição, a obesidade, a anemia ferropriva e as hipovitaminoses, fazendo uma boa orientação alimentar para as crianças de zero a cinco anos de idade. No módulo sobre Agravos Nutricionais, você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre como abordar as crianças que desenvolveram esses problemas. Não deixe de estudá-lo!

Vamos recordar alguns pontos importantes para que a orientação alimentar das crianças de zero a cinco anos de idade ocorra de maneira satisfatória na sua UBS? Marque um **X** nos itens que você levou em consideração ao organizar essa ação:

Check list

- 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).
- Existe avaliação do impacto das ações desenvolvidas periodicamente, através dos indicadores.

Considerações finais

Chegamos ao fim deste módulo! Você teve oportunidade de refletir sobre ações muito importantes para a promoção da saúde da criança. Pôde conhecer melhor a realidade da saúde das crianças de sua área de abrangência e fazer um planejamento baseado nela. Alguns aspectos de antropometria, registro e análise dos dados antropométricos foram revistos, permitindo que você pudesse apoiar-se melhor nessa técnica para tomar decisões clínicas importantes. Vimos 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 pudesse aprimorar esse aspecto em seu trabalho e no de sua equipe. Para que tudo isso funcione, é preciso que as famílias recebam uma boa orientação alimentar, começando com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses. 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 tê-lo(a) estimulado a investir seu tempo, sua criatividade e seus conhecimentos em 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 desta 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 estas sementes de esperança! Parabéns por ter aceitado o desafio de percorrer este caminho! Vá em frente!



Referências bibliográficas

Alves CRL, Viana MRA. Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. 282p.

Este livro foi elaborado para médicos de família e comunidade, com capítulos estruturados com perguntas e respostas, bem objetivo, enfatizando a atenção primária e trabalhando um pouco o planejamento de ações.

Alves CRL. Aleitamento materno no Centro de Saúde São Marcos (Belo Horizonte): lições de uma história de 25 anos [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2005. 182p.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integrada a doenças prevalentes na infância (AIDPI). Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf.

Material de treinamento para médicos e enfermeiras do Material de treinamento para médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, OPAS e adaptado pelo Ministério da Saúde. Trabalha com aleitamento materno e alimentação da criança de zero a cinco anos em um módulo específico.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 152p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Consea/static/documentos/Outros/Guia_menores_dois.pdf

Publicação que define conceitos e normas a serem observadas nas ações de orientação alimentar dos serviços de saúde, em todo o território nacional.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 100p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.

Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Material de apoio à promoção, proteção e vigilância da saúde da criança. Publicação científica CLAP n. 1304.01. CLAP; Montevidéu: 1995.

Publicação que traz uma proposta para acompanhamento do desenvolvimento do ponto de vista evolutivo da criança até os 5 anos de idade, além de várias outras ferramentas úteis para o cuidado com a saúde da criança.

Corrêa EJ, Romanini MA. Atenção Básica à Saúde da Criança e do Adolescente. Cadernos de Saúde. Belo Horizonte: Coopmed; 2000. 80p.

Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. 1600p.

Traz capítulos com orientações baseadas em evidências científicas das principais ações de saúde na atenção básica, por ciclo de vida.

Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J Pediatr. 2000;76(Supl.3):S238-52.

É um artigo que aborda muito bem o manejo da amamentação na prática, de leitura agradável, sucinta e objetiva

Goulart EMA, Corrêa EJ, Leão, Xavier CC, Abrantes MM. Avaliação do crescimento. In: Leão E, Corrêa EJ, Mota JAC, Viana MB. Pediatria Ambulatorial. Belo Horizonte: Coopmed; 2005: p.134-56.

Grisi, S, Okay Y, Sperotto G. Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Organização Pan-Americana da Saúde: Washington; 2003. 500p.

Issler H, Leone C, Marcondes E. Pediatria na Atenção Básica. São Paulo: Sarvier; 2002. 437p.

Alves CRL, Alvim CG, Junqueira HS, Goulart MHF, Dias LS, Magalhães MEN. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Viva Vida. Atenção à Saúde da Criança. Belo Horizonte: Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde; 2005. 224p.

Onis M, Victora CG. Gráficos de crescimento para bebês alimentados com leite materno. *J Pediatr*. 2004;80(2):85-7.

Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Promoção do Crescimento e Desenvolvimento Integral de Crianças e Adolescentes. Washington: OPAS; 2000: 142p.

Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS, 2005. 52p.

Roz DP. A importância do aleitamento materno para o recém-nascido e o desejo da mulher: impasse na Pediatria. *Correios da SBP*. 2005;11(1):20-2.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Aleitamento Materno. PRONAP. Módulos de reciclagem 2002/2003. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2005.

Publicação da Sociedade Brasileira de Pediatria que visa à educação continuada dos pediatras, contendo pré e pós-teste, para avaliação do aprendizado.

Sociedade Brasileira de Pediatria. *J Ped (Rio J)*. 2004;80 (supl 5). Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/ing/index.asp?cod=30&ano=2004&bimestre=8&especial=1&origem=1>

Esse volume é uma publicação de revisão da literatura, com artigos que contemplam os vários aspectos do aleitamento materno, mais completos. Serve como fonte de atualização em diversos aspectos, como doenças infecciosas e aleitamento, uso de drogas e amamentação etc.

Anexo 1

O preenchimento do Cartão da Criança e da CSC 2005/2006

O último Cartão da Criança, que foi distribuído até 2005, traz apenas o gráfico de peso X idade do NCHS, com as linhas dos percentis 97, 10 e 3. As regras para preenchimento do gráfico são semelhantes às da CSC 2005/2006.

A CSC de 2005/2006 traz dois gráficos para o acompanhamento do crescimento: um de perímetro cefálico (PC) X idade e outro de peso X idade. No gráfico PC X idade, visualizam-se as linhas dos percentis 10 e 90. No gráfico peso X idade, aparecem os percentis 0,1; 3; 10 e 97. Ambos são do NCHS de 1977.

Ambos apresentam, na horizontal, uma linha com a idade da criança em meses e, na vertical, a medida do PC (em centímetros) e do peso (em quilos). É no cruzamento dessas linhas que devemos marcar o ponto com as medidas da criança em determinada idade. Deve-se ter cuidado com a aproximação dos valores das medidas. Observe que, no gráfico de PC, os intervalos entre as linhas são de 1cm e, no de peso, de 1kg, o que não permite o registro das frações das medidas obtidas.

Na linha horizontal, abaixo da idade da criança, há um espaço reservado para o registro do mês em que a medida está sendo obtida. Nestes espaços são anotadas apenas as três primeiras letras de cada mês (JAN, FEV, MAR etc). Não se deve anotar a data da consulta ou outras informações nestes espaços.

Uma vez marcado o ponto do PC e/ou peso para a idade, o próximo passo é ligar este ponto aos anteriores, traçando uma linha contínua quando o intervalo entre as medidas for igual ou inferior a 2 meses e uma linha pontilhada quando o intervalo entre as medidas for maior que 2 meses. Com essa padronização, a interpretação da inclinação da curva de crescimento da criança torna-se mais confiável. Sabemos que o peso da criança altera-se muito rapidamente em diversas situações. Quando traçamos uma linha entre dois pontos muito distantes, não podemos dizer com certeza o que aconteceu entre eles. A linha pontilhada nos dá esta indicação.

Nestes instrumentos, há também uma legenda para o registro das principais ocorrências que podem estar interferindo no crescimento da criança (início do desmame, diarreia, pneumonia, hospitalização ou outra doença). O registro adequado destas ocorrências poderá nos ajudar a interpretar a curva de crescimento da criança e, assim, contribuir para a escolha da melhor conduta em cada situação. Sugerimos que essas anotações sejam feitas fora da área colorida do gráfico, na linha que corresponde ao mês em que tais situações ocorreram.

Anexo 2

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, na 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, se posicionar 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 está mais ingurgitada e começar por esse local. Para a retirada do leite, deve colocar o polegar acima da linha da aréola e os dois primeiros dedos abaixo. Firma os dedos e empurra para trás, em direção ao corpo. Tenta aproximar a ponta do polegar com os 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 9 horas. Já o leite pasteurizado pode ser armazenado no congelador/freezer por 6 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 a retirada e o 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 através da ordenha manual e guarde o leite na geladeira até voltar para casa. As mães devem estar cientes dos seus direitos de nutriz. A legislação brasileira prevê uma licença após o parto de até quatro meses e dois intervalos de meia hora cada durante as horas de trabalho (ou, opcionalmente, saída uma hora antes) para que a mãe possa amamentar o seu filho até ele completar 6 meses.

Anexo 3

Planejamento da papa salgada

Os alimentos na mistura devem conter os seguintes grupos alimentares: cereal ou tubérculo, alimento protéico de origem animal, leguminosas e hortaliças. O tamanho destas porções segue a proposta da pirâmide dos alimentos.

Componentes das misturas

- Cereal ou tubérculo, Leguminosa
- Proteína animal, Hortaliças
- Arroz, Feijão, Carne de boi, Verduras
- Milho, Soja, Vísceras, Legumes
- Macarrão, Ervilha, Frango
- Batata, Lentilhas, Ovos
- Mandioca, Grão de bico, Peixe
- Inhame
- Cará
- Legumes

Legumes são vegetais cuja parte comestível não são folhas. Por exemplo: cenoura, beterraba, abóbora, chuchu, vagem, berinjela, pimentão.

Hortaliças: são vegetais cuja parte comestível são as folhas. Por exemplo: agrião, alface, taioba, espinafre, serralha, beldroega, acelga, almeirão.

Os tubérculos são caules curtos e grossos, ricos em carboidratos. Por exemplo: batata, mandioca, cará, inhame.

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

Dá-se preferência às composições de cardápios onde se encontrem um tubérculo ou cereal associado à leguminosa, proteína de origem animal e hortaliça 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.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006

Anexo 4

Sugestões de porções para compor a pirâmide alimentar do pré-escolar

Crianças de 2 a 3 anos (1300 Kcal)

Grupo Pães e Cereais: 5 porções

- Arroz Branco cozido: 2 colheres de sopa
- Batata cozida: 1 1/2 colher de servir ou 1 unidade pequena
- Macarrão: 2 colheres de sopa
- Pão francês: 1/2 unidade
- Pão de forma - 1 unidade
- Farinha mandioca – 1 1/2 colher de sopa

Grupo de Verduras e Legumes: 3 porções

- Legumes cozidos: 1 colher de sopa picado
- Legumes crus: 1 a 2 colheres de sopa
- Verdura: folhas cruas folhas: 3 médias / 6 pequenas
- Verdura folhas cozidas/refogadas: 1 colher de sopa

Grupo das Frutas: 3 porções

- Banana nanica: 1/2 unidade
- Mamão papaia: 1/2 unidade pequena
- Maçã média: 1/2 unidade
- Suco de laranja: 1/2 copo de requeijão
- Goiaba: 1/2 unidade pequena
- Laranja: 1 unidade pequena

Grupo das Leguminosas: 1 porção

- Feijão cozido (grãos): 1 colher de sopa
- Lentilha cozida: 1 colher de sopa rasa
- Ervilha cozida: 1 colher de sopa
- Grão de bico: 1 colher de sopa

Grupo das Carnes e ovos: 2 porções

- Carne de boi cozida/refogada/grelhada: 2 colheres de sopa rasas ou 1/2 bife pequeno (35g)
- Carne de frango cozida/grelhada: 1/2 sobrecoxa ou 1 filé pequeno (35g)
- Carne de peixe cozida/grelhada/refogada: 1 posta pequena (65g)
- Ovo Cozido: 1 unidade
- Ovo frito: 1/2 unidade
- Bife de fígado: 1/2 bife pequeno (35g)

Grupo do Leite e Derivados: 3 porções

- Leite de vaca fluido: 200 ml
- Queijo prato: 2 fatia finas (30g)
- Queijo mussarela: 2 fatias médias (40g)
- Iogurte de polpa de frutas: 1 pote (120 g)
- Leite em pó integral: 2 colheres de sopa
- Queijo minas: 1 1/2 fatia média

Açúcar e Doces: 1 porção

- Açúcar: 1 colher de sopa
- Acolatado: 1 colher de sopa
- Doce caseiro: 1 colher de sopa (20 g)
- Geléia: 2 colher de sobremesa

Óleo e Gorduras: 1 porção

- Manteiga ou creme vegetal: 1 colher de chá cheia (5g)
- Óleo de Soja: 1 colher de sopa rasa

Apoio



Ministério da Educação



Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde



Realização



CENTRO DE APOIO À EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UFMG



FaE
Faculdade de Educação



Faculdade de Odontologia UFMG