

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS SERGIPE
- FANESE**

**NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU"
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA
FAMÍLIA.**

RAQUEL MARIA DA SILVA

**SAÚDE DA CRIANÇA: um estudo acerca das estratégias
utilizadas pela Equipe de Saúde no Centro de Atenção a
Assistência em Aracaju/SE**

**Aracaju – SE
2010**

RAQUEL MARIA DA SILVA

**SAÚDE DA CRIANÇA: um estudo acerca das estratégias
utilizadas pela Equipe de Saúde no Centro de Atenção a
Assistência em Aracaju/SE**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e
Extensão da FANESE, como requisito para
obtenção do título de Especialista em
Gestão em Saúde Pública e da Família.**

ORIENTADORA: MARILENE

**Aracaju – SE
2010**

RAQUEL MARIA DA SILVA

**SAÚDE DA CRIANÇA: um estudo acerca das estratégias
utilizadas pela Equipe de Saúde no Centro de Atenção a
Assistência em Aracaju**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e
Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE,
como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e
da Família.**

Guilherme de Jesus Reis de Araujo

Nome completo do Avaliador

Guilherme de Jesus Reis de Araujo

Nome completo do Coordenador de Curso

Raquel Maria da Silva

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2010.

RESUMO

O artigo tem como objetivo um estudo histórico, que enfoca acerca da temática de assistência "Saúde da Criança" em Aracaju, destacando e identificar as temáticas relacionadas à saúde da criança. A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não. A organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas- atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias - e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido.

Palavras-Chave: Saúde da criança. Promoção a saúde. Organização da assistência.

ABSTRACT

The article aims at a historical study, which focuses on the theme of care "Child Health" in Aracaju, highlighting and identifying the issues related to child health. The child care based on health promotion, prevention, early diagnosis and recovery of health problems. The scheduled follow-up of growth and development, complemented by activities for control of prevalent diseases such as diarrhea and acute respiratory diseases, and the basic actions such as promoting breastfeeding, immunization and nutritional guidance, contribute to the promotion of good quality life. For this, it is essential the joint effort of family, staff and the various organizations, governmental or not. The organization of care that begins in the early diagnosis, should therefore include a series of activities planned-out individual and collective educational and promotional activities with the families - and also provide for the reception and care of the sick child. In any event, access to health services must be fully guaranteed.

Keywords: Health of the child. Promoting health. Organization of care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Calendário Básico de Vacinação da Criança.....	19
--	-----------

SUMÁRIO

RESUMO.....	
ABSTRACT.....	
1 INTRODUÇÃO.....	08
2 SAÚDE DA CRIANÇA - AS DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO	09
2.1 Diversas partes do corpo apresentam diferentes ritmos de crescimento.....	10
2.2 A forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento de uma criança, nos serviços básicos de saúde.....	12
3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A CRIANÇA.....	21
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICES.....	26
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	27
ANEXOS.....	28
ANEXO A – Caderneta da Criança para Meninos.....	29
ANEXO B – Caderneta da Criança para Meninas.....	30
ANEXO C - Gráfico de Peso/Idade Meninos e/ou Meninas.....	31

1 INTRODUÇÃO

Na abordagem temática a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. Nas regiões pobres do mundo, onde essas taxas são mais elevadas, a maioria das mortes infantis poderiam ser evitadas com medidas simples e eficazes. Mais de 70% desses óbitos deve-se a pneumonia, diarreia, desnutrição, malária e afecções perinatais, ou uma associação delas.

Portanto, enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras nas últimas décadas, levando o Ministério da Saúde a intensificar, a partir de 1984, sua atuação na promoção de saúde dos menores de 5 anos, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC. Esse programa visa promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupo de risco, melhorando a qualidade do atendimento.

O Ministério da Saúde tem promovido ações específicas na saúde infantil, como programas de incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas agudas, controle das doenças respiratórias agudas, programa ampliado de imunizações, promoção de alimentação saudável e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, entre outros. Nessa última década, incorporou essas ações específicas em estratégias de reforço à atenção básica, que visam apresentar um novo paradigma de modelo assistencial, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e, posteriormente, o Programa de Saúde da Família-PSF, que apontam para a necessidade de um trabalho amplo e integrado. Todos abrangem ações destinadas a melhorar a atenção prestada e a reduzir a morbimortalidade na infância, sendo implementados prioritariamente em municípios de maior risco para mortalidade infantil.

...anexos, recibos
...deixar a ser propostas;
...equipe de saúde - comunidade;
...AÚDE, 1996).

2 SAÚDE DA CRIANÇA - AS DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO

A Puericultura - Puericultura também pode ser chamada de Pediatria Preventiva e tem como objeto a criança sadia e seu alvo é um "adulto perfeito": fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil (ROCHA, 1990).

A essência continua a mesma e com base nisto foi estabelecido um programa de assistência à criança. Este consiste no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida, embasando-se em um corpo conceitual traduzido por normas e regras a serem preceituadas às mães. Trata-se de uma assistência individualizada, cuja prioridade é o bem-estar da criança em função das condições de vida de sua família e sociedade onde está inserida.

A assistência, no programa de puericultura da rede básica de saúde, é prestada mensalmente, sendo intercaladas consultas com pediatra e enfermagem (em alguns serviços públicos pela auxiliar), que restringem-se a medir, pesar, fornecimento de noções sobre higiene corporal e vestuários, além de um exame físico incompleto. Enfim, é um serviço médico precário, com características de assistencialismo e paternalismo. Em contrapartida, para segmentos privilegiados da população, temos uma assistência médica sofisticada, onde a criança é acompanhada durante seu desenvolvimento e não apenas durante moléstias episódicas (ROCHA, 1990).

- Desenvolver ações que favoreçam o crescimento, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança;
 - Diminuir a mortalidade infantil;
 - Proporcionar atendimento rotineiro, periódico e contínuo;
 - Acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças;
 - Incentivar e apoiar o aleitamento materno;
 - Orientar a alimentação;
 - Garantir níveis de cobertura vacinal de acordo com as normas técnicas do Ministério de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde;
 - Identificar precocemente os processos patológicos;
 - Favorecendo o diagnóstico e tratamento oportunos;
 - Promover a vigilância de situações de riscos específicos: **desnutrição, recém-nascidos de risco, problemas visuais e outras que venham a ser propostas;**
 - Propiciar um processo de **integração equipe de saúde - comunidade;**
- (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1996).

Crescimento e desenvolvimento – De um modo geral, considera-se o crescimento como aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos (Ministério da Saúde 2002).

O crescimento é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento, que poderá ou não ser atingido, dependendo das condições de vida a que esteja submetido desde a concepção até a idade adulta. Portanto, pode-se dizer que o crescimento sofre influências de fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações, muitas vezes correlacionados, ou seja, podem ser geneticamente determinadas) e de fatores extrínsecos, dentre os quais destacam-se a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança.

2.1 Diversas partes do corpo apresentam diferentes ritmos de crescimento

A cabeça no feto aos 2 meses de vida intra-uterina representa, proporcionalmente 50% do corpo; no recém-nascido representa 25% e na idade adulta 10%.

O indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal é o peso de nascimento da criança. Pesos ao nascer menor que 2.500g podem ser decorrentes de prematuridade e/ou déficit de crescimento intra-uterino. Recém-nascidos com menos de 2.500g são classificados, genericamente, como de baixo peso ao nascer.

Vários fatores podem influir negativamente no crescimento intrauterino, sendo que, no nosso meio, os mais importantes são: o fumo, o álcool e outras drogas, a hipertensão arterial, as doenças infecciosas crônicas, as doenças sexualmente transmissíveis, o estado nutricional da gestante, o curto intervalo interpartal (menor do que dois anos), a elevada paridade, a idade materna (<19 anos e >35 anos), a gestação múltipla e as anomalias congênitas. Por essa razão, são chamados fatores de risco para baixo peso ao nascer (< 2.500g). Muitos desses fatores têm causas socioeconômicas e podem ser prevenidos com uma boa cobertura por parte dos serviços de saúde e controle pré-natal (Ministério da Saúde 2002).

A velocidade de crescimento pós-natal é particularmente elevada até os dois primeiros anos de vida com declínio gradativo e pronunciado até os cinco anos de idade. A partir do quinto ano, a velocidade de crescimento é praticamente constante, de 5 a 6 cm/ano

até o início do estirão da adolescência (o que ocorre em torno dos 11 anos de idade nas meninas e dos 13 anos nos meninos). A velocidade de crescimento geral não é uniforme ao longo dos anos e os diferentes órgãos, tecidos e partes do corpo não crescem com a mesma velocidade

Alguns fatores extrínsecos que influenciam o crescimento uma delas é a Alimentação. A criança até cinco anos requer cuidados específicos com a sua alimentação. Crescer consome energia: 32% das necessidades calóricas de um recém-nascido são destinadas ao crescimento. Assim, a dieta da criança deve ter qualidade, quantidade, frequência e consistência adequadas para cada idade. Para crianças com até 6 meses de idade, o leite materno exclusivo é o melhor alimento.

Outro fator que pode impedir o crescimento são as infecções, e para evitar estas afecções é essencial que as crianças sejam imunizadas, segundo o calendário de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde, para que se evite a ocorrência das doenças imunopreveníveis. Quanto à outros processos infecciosos, é necessário que sejam diagnosticados e tratados precocemente para que não evoluam para um quadro adverso, com o aumento das necessidades nutricionais, associado à diminuição do apetite e, nos casos das diarreias e doenças parasitárias, ao menor aproveitamento biológico dos alimentos.

A higiene adequada da criança, dos alimentos, do ambiente e de todos aqueles que lidam com ela são fatores essenciais para seu bom crescimento. Isso implica na disponibilidade de água potável, de meios adequados para o esgotamento sanitário, e destinação de lixo e em conhecimentos, atitudes e práticas corretas sobre o manuseio, armazenamento, preparo e conservação dos alimentos, de higiene corporal e do ambiente. Cuidados gerais com a criança.

A avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi/mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil.

A identificação de um ou mais fatores de risco, tais como: baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idades maternas extremas (<16 anos e >35 anos), gemelaridade, intervalo intergestacional curto (inferior a dois anos), criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de 5 anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar exigem um acompanhamento especial, pois aumentam a probabilidade da existência de doença perinatal e infantil.

Se a caracterização do risco e o diagnóstico precoce forem subestimados, a condição de saúde da criança pode deteriorar-se e até levar à morte, se não forem tomadas medidas adequadas.

A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é também possível o estabelecimento de condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas à cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde.

2.2 A forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento de uma criança, nos serviços básicos de saúde

O registro periódico do peso no Gráfico Peso/Idade do Cartão da Criança. Na proposta do cartão da criança, os pesos entre os percentis 10 e 3 caracterizam uma situação de risco ou de alerta nutricional; os pesos entre o percentil 3 e o percentil 0,1 representam peso baixo para a idade (ou ganho insuficiente de peso) e os valores abaixo do percentil 0,1 representam peso muito baixo para a idade. (Anexo A).

A Interpretação da curva de crescimento é necessária Para a avaliação do crescimento individual de uma criança devem ser considerado dois aspectos:

Na primeira medição, observar a posição do peso em relação aos pontos de corte superior e inferior:

- Acima do percentil 97: classificado como sobrepeso;
- Entre os percentis 97 e 3: faixa de normalidade nutricional;
- Entre os percentis 10 e 3: classificado como risco nutricional;
- Entre os percentis 3 e 0,1: classificado como peso baixo;
- Abaixo do percentil 0,1: classificado como peso muito baixo.

Deve-se observar também a posição e o sentido do traçado da curva de crescimento da criança:

- Posição da linha que representa o traçado de crescimento da criança: entre os percentis 97 e 3, corresponde ao caminho da saúde;
- Sentido do traçado da curva da criança (ascendente, horizontal ou descendente), desenhada em linha contínua a partir da ligação de dois ou mais pontos com intervalos não superiores a dois meses, e nos intervalos maiores devem ser desenhados com linha pontilhada para chamar a atenção.

Nas consultas para o acompanhamento da criança devem ser realizadas em todas as consultas de rotina:

- Pesar, medir a estatura e medir perímetro cefálico;
- Verificar e orientar quanto ao calendário de vacinação, cuidados gerais e higiene;
- Acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e psíquico da criança;
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

Orientar a alimentação complementar apropriada após os 6 meses:

No caso desses índices estarem fora da faixa considerada de normalidade, as crianças devem ser encaminhadas a um profissional capacitado em distúrbios do crescimento, para avaliação detalhada e orientação mais específica.

Aleitamento materno - Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. As recomendações da **Organização Mundial de Saúde** relativas à alimentação são as seguintes.

As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Ou seja, até essa idade, o bebê deve tomar apenas leite materno e não deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida. A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno. As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade.

O leite materno é produzido pela ação de hormônios e reflexos (fenômenos neuro-endócrino). As glândulas mamárias se preparam para lactar, através de hormônios estrogênio e progesterona. A PROLACTINA, que é o principal hormônio responsável pela produção de leite. Ao sugar o seio, o recém-nascido estimula as terminações nervosas, abaixo da aréola, enviando um estímulo a hipófise, que libera a PROLACTINA e a OCITOCINA, provocando o reflexo da EJEÇÃO ou “descida” do leite.

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebê necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebê de certas doenças e infecções como Otites, Alergias, Vômitos, Diarréia, Pneumonias, Bronquiolites, e Meningites.

Outras vantagens do leite materno para o bebê melhora o desenvolvimento mental do bebê; É mais facilmente digerido; promove o vínculo afetivo entre a mãe e o filho. Previne as alterações estruturais e funcionais da face, promovendo o desenvolvimento harmônico dessa respectiva musculatura; Auxilia o movimento dos músculos e ossos da face, promovendo melhor flexibilidade na articulação das estruturas que participam da fala; Estimula o padrão respiratório nasal no bebê, facilitando a oxigenação de suas estruturas faciais, desenvolve e fortalece a musculatura da boca da criança, melhorando o desempenho das funções de sucção, mastigação, deglutição e fonação.

Para a mãe as vantagens são que A mãe que amamenta sente-se mais segura e menos ansiosa, faz queimar calorias e por isso ajuda a mulher a voltar, mais depressa, ao peso que tinha antes de engravidar; ajuda na involução uterina mais rapidamente; A perda de sangue depois do parto acaba mais cedo; A amamentação protege da osteoporose; A amamentação exclusiva protege da anemia (deficiência de ferro). As mulheres que amamentam demoram mais tempo para ter menstruações, por isso as suas reservas de ferro não diminuem com a hemorragia mensal.

Durante o aleitamento alguns cuidados com a mama devem ser tomados como conservar os seios sempre arejados. Em caso de rachaduras, continuar amamentando o bebê pelo seio menos ferido, retirando o leite do lado afetado por expressão manual; Não usar "pomadas" no local da rachadura. Utilizar o próprio leite, que também funciona como um excelente cicatrizante nesses casos. Caso o seio fique duro e ou empedrado, procurar usar sempre sutiã, suspender bem os seios para facilitar a saída do leite. Procure amamentar com maior frequência; Caso a mamas fiquem muito cheias, massageie e retire o excesso de leite para facilitar a sucção pela criança. Fazer massagens nas mamas com a polpa dos dedos em movimentos circulares no sentido da aréola para o tórax. Em caso de febre alta, calafrios e vermelhidão nas mamas pode ser início de mastite (inflamação que ocorre pelo acúmulo de leite). Procure orientação médica ou de um Banco de leite.

Apesar das muitas vantagens, há situações que para o bem do bebê, é fundamental não amamentar. Se a mãe for HIV positiva); Se a mãe estiver fazendo uso de medicação anticancerígena, antitireoideanas e substâncias radioativas.

Uso do leite artificial - Em outras situações especiais como morte materna, SIDA, psicose materna, adoção, pode haver necessidade do uso de leite artificial.

No prematuro até 40 semanas de idade corrigida (pós-concepção), o ideal é usar uma fórmula especial para prematuro (Prenan, Enfamil), na diluição de 1 medida (da lata)

para 30 ml de água. As medidas são rasas, para tanto deve-se nivelar com uma faca o pó na colher medida, evitando-se sobrecarga de solutos. Respeitar a capacidade gástrica do prematuro (20 a 30 ml/kg).

Após as 40 semanas de idade corrigida, e na impossibilidade da mãe amamentar deve ser oferecido, preferencialmente leite modificado (Nan 1 ou Nestogeno 1) na mesma diluição até o sexto mês de vida. O ritmo deve ser de 3 em 3 horas e a quantidade deve ser aumentada em 30 ml por vez, respeitando a medida para diluição. A quantidade ideal a ser oferecida é aquela que a criança mama e deixa resto.

A introdução de alimentos deve seguir o mesmo esquema do primeiro ano de vida.

Uso do leite *in natura* - O leite de vaca (LV) integral *in natura* não é recomendável para a alimentação da criança no primeiro ano de vida e, especialmente nos primeiros 6 meses, devendo sempre ser pasteurizado, fervido, preferentemente dessecado (em pó) e fortificado.

O LV, para ser usado nos primeiros meses de vida, deve ser diluído e sofrer adição de hidrato de carbono (HC) e, quando desnatado, de gordura vegetal. Iniciar com 50 a 100 ml de volume e aumentar gradualmente até uma quantidade que deixe a criança saciada (mama quase tudo e deixa o resto) Quando o leite for em pó 7,5 g de leite p/ 100 ml água. Quando o leite for *in natura* se em 1º mês 1:1(leite, água) no 2º mês 1:2 (leite, água), vai diminuindo gradativamente e no 6º mês: sem diluição.

Aos três e quatro meses: 1 colher de chá rasa de farinha para 100 ml de LV (3%) (milho, arroz, mandioca e aveia) e cozinhar a farinha no leite. Após o quinto mês acabam as diluições e com elas a necessidade de fazer adições ao LV.

Alimentos complementares - Alimentos complementares são quaisquer alimentos que não o leite humano oferecidos à criança amamentada. Alimentos de transição, anteriormente designados "alimentos de desmame", se referem aos alimentos especialmente preparados para crianças pequenas, até que elas passem a se alimentar de alimentos consumidos pela família. O termo "alimentos de desmame" deve ser evitado, já que sugere que o seu objetivo seria o desmame e não a complementação do leite materno.

O que oferecer - A partir do 4º ou 6º mês de vida, a criança deve receber cereais, tubérculos, legumes e frutas da região, três vezes ao dia se a criança ainda mama no peito ou 5 vezes, se já estiver desmamada. Deve-se orientar o uso de carnes. Os alimentos devem ser espessos desde o início (papas e purês), aumentando gradativamente a consistência até chegar

à alimentação da família. Recomenda-se o uso de copinhos para água e outros líquidos e dar as papas com prato e colher.

Para facilitar a aceitação de uma dieta variada, a criança deve ser exposta aos diferentes alimentos precocemente e com frequência. Deve-se evitar o consumo de açúcar, enlatados, frituras, refrigerantes, guloseimas e salgadinhos nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. A higiene no preparo e manuseio dos alimentos, assim como garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Quando iniciar - Embora se saiba que, em condições normais, o leite humano sozinho é capaz de suprir as necessidades nutricionais da criança até o sexto mês de vida, que as vantagens da amamentação exclusiva até os 6 meses supera qualquer risco potencial no nível populacional, a OMS recomenda que os alimentos complementares sejam introduzidos a partir de 4 a 6 meses.

Fica evidente que, com as práticas alimentares para crianças menores de dois anos vigentes no mundo, após o sexto mês a energia proveniente do leite humano diminui consideravelmente, havendo a necessidade de se complementar o déficit de energia com alimentos complementares.

A partir do sexto mês a alimentação complementar deve ser introduzida no lactente, primeiramente deve ser introduzido os SUCOS, estes preparados no momento da ingesta para evitar contaminações, de forma que cada fruta deve ser introduzida por vez num prazo de três dias consecutivos para que a mãe possa detectar algum efeito alérgico com determinada fruta, o ideal é que as frutas escolhidas sejam da época, já que estão mais baratas reduzindo o custo familiar. EX: sucos de (mamão, melão, laranja lima, acerola, tomate, goiaba.... dentre outras. É importante que durante a introdução do complemento o aleitamento constitui em demanda livre. Sendo estes sucos oferecidos nos lanches da manhã e da tarde e nos intervalos entre as mamadas e os sucos deve oferecer também água.

Passando se um mês com a introdução dos sucos, chega a hora da introdução da PAPINHA DOCE, ou seja, papinha de frutas (banana, maçã, mamão, pêra... amassados de colherinha. De forma que a introdução desta se dá da mesma forma do suco, uma papinha a cada três dias, só que este já pode ser alternado entre o lanche da manhã e da tarde com um suco, ex: manhã papinha doce e a tarde suco ou vice e versa desde que seja um suco que já tenha sido oferecido ao bebê e que não tenha tido nenhuma intercorrência, e continuar o aleitamento em livre demanda.

Após um mês de introdução da papinha doce, chega a hora da PAPINHA SALGADA OU SOPAS. Dando sequência aos lanches da manhã e da tarde, no horário do

almoço pode ser oferecido ao bebê purês de batata, abóbora, abobrinha, todos estes bastante cozidos e bem amassados, não há necessidade de passar nada no liquidificador, com uma colherinha de chá óleo vegetal (fio de óleo), e na primeira semana $\frac{1}{4}$ de uma gema de ovo cozida, na segunda semana $\frac{1}{2}$ da gema de ovo e na terceira semana $\frac{3}{4}$ da gema e quarta semana 1 gema inteira, e forma que o purê de 2 a 3 vezes por semana.

A sopa pode ser alternada com o purê, o preparo da sopa deve ser com 3 tipos de verduras cozidas com carne magra, frango ou vísceras de forma que após cozida a carne é retirada, o tempero da sopa deve ser sem condimentos só tomate, cebola, coentro, pimentão, após cozidas as verduras são bem amassadas e oferecida a criança de colherinha.

A partir do 8 mês o caldo do feijão pode ser introduzido desde que este tenha sido cozido no mesmo dia, inhame e macaxeira também podem ser introduzidos.

Aos 12 meses a introdução de alimentos sólidos deve ser feita, mantendo o aleitamento até o 2 ano de vida.

Quando não há aleitamento materno a introdução da alimentação complementar deve ser a partir do 2º mês de vida, respeitando o paladar da criança, a introdução as papinhas devem ser ao 4 mês e a introdução da papinha salgada no 5º mês. Não esquecendo de continuar com o leite modificado ou leite integral e de oferecer água ao bebê.

A principal causa de oferecer a dieta complementar é o déficit de alguns nutrientes que são importantes para o crescimento e desenvolvimento são:

Ferro - O ferro é um micronutriente de especial relevância na dieta da criança pequena. A sua deficiência está associada com anemia, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor,

Principais fontes alimentares de ferro: carne de vaca, peixes, aves, coração, rim, fígado leguminosas (soja, feijão, lentilha) folhas verdes (espinafre, folhas de beterraba e de rabanete), castanhas., trigo e ovos.

Cálcio - Conclui-se que as necessidades de cálcio podem ser atingidas em crianças acima de 6 meses com a ingestão de quantidades suficientes de produtos lácteos ou peixe. É importante lembrar que o leite não-humano, na sua forma líquida, não é recomendado para crianças menores de 1 ano, por substituir o leite materno, pela possibilidade de contaminação e pelo risco de microsangramentos intestinais se ingerido *in natura*.

Principais fontes de cálcio: leite e derivados (queijo, coalhada, iogurte), acelga, agrião, folhas de beterraba, de nabo, de rabanete, couve, salsa, soja e grão de bico.

Vitamina A - A concentração de vitamina A no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe. A suplementação com mega-doses de vitamina A em Aracaju é feita na

maternidade para a puérpera e, para as crianças maiores de 6 meses pelos ACS. (Secretaria de Saúde de Aracaju 2003).

Principais fontes: fígado, leite, manteiga, queijo, ovos, agrião, acelga, couve, cenoura, batata doce, abóbora.

Imunização na criança ao nascer (BCG E HEP B) BCG – A vacina contra tuberculose, denominada BCG, é produzida a partir de cepas atenuadas do *Mycobacterium bovis*. A produção no Brasil é na forma liofilizada, devendo ser mantida em geladeira, entre +2 e +8°C, e ao abrigo da luz solar direta, pois é inativada pelos raios solares. A reconstituição de cada frasco com 50 doses deve ser feita com 5 ml de solução fisiológica, de maneira delicada e cuidadosa e sem agitação. Após a reconstituição, a vacina deve ser usada no mesmo dia (até 6 horas), podendo ser aplicada no mesmo ambiente onde se aplica as demais vacinas, pois a luz artificial não lhe causa danos.

As crianças podem e devem ser vacinadas a partir do nascimento, de preferência no berçário, por via intradérmica, no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide, sem o emprego prévio de anti-sépticos e com seringa e agulhas apropriadas e descartáveis. Quando o local da aplicação estiver sujo, deve-se lavar com água e sabão.

A dose preconizada para todas as idades é de 0,1 ml de uma só vez, sendo a população prioritária os menores de um ano de idade. Havendo condições operacionais, indica-se a realização da reação de Mantoux (PPD) prévia, em crianças com mais de três meses. Sendo negativa, aplicamos o BCG intradérmico. O BCG bem aplicado leva à viragem do PPD em cerca de 75% a 80% dos casos e isto pode ser confirmado realizando-se a reação de Mantoux após seis meses da aplicação do BCG. Nos casos que se mostram negativos, o reforço deve ser realizado apenas se a primeira aplicação foi tecnicamente incorreta, ou se não houve reação no local da aplicação.

Apesar dos eventos adversos relatados, trata-se de uma vacina bastante segura e deve ser preconizada para todas as crianças a partir dos 12 meses de idade.

1 ANO E 3 MESES O PRIMEIRO REFORÇO DA DTP

4 ANOS REFORÇO DA TRIPLICE VIRAL

4 A 6 ANOS 2 REFORÇO DA DTP

TABELA 1 - Calendário Básico de Vacinação da Criança

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao	BCG – ID	dose única	Formas graves de tuberculose

nascer	Vacina contra hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3)	1ª dose	Diarréia por Rotavírus
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4)	2ª dose	Diarréia por Rotavírus
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Vacina contra febre amarela (5)	dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	dose única	Sarampo, rubéola e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 – 6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SRC (tríplice viral)	reforço	Sarampo, rubéola e caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

A vacina contra a Febre Amarela aqui no estado de Sergipe não faz parte do esquema Básico, porém quando a criança for a zona endêmica ela deve ser vacinada.

Visita domiciliar - A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a Visita Domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente – terapêutica – profissional.

Alguns pesquisadores na área da saúde evidenciam a amplitude da **Visita Domiciliar** na área da saúde, permitindo avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, até assistir os membros do grupo familiar, acompanhar o seu trabalho, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento, além de aplicar medidas de controle nas doenças transmissíveis ou parasitárias.

A **Visita Domiciliar** também deve ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida.

Fonseca e Bertolozzi (1997), ela permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Ou seja, a Visita Domiciliar é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade.

Portanto, o Programa de Saúde da Família nos propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de vida, principalmente através das visitas e atendimentos domiciliares. A Visita domiciliária (VD) é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de saúde da família, daí as equipes de saúde devem utilizar suas habilidades e competências para identificação de suas características sociais (condições de vida e saúde) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde. Por se dar no domicílio, a visita ainda possibilita compreender parte da dinâmica das relações familiares e a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença.

Ao permitir que essas questões sejam levantadas, possibilita a enfermeira identificar as famílias mais vulneráveis (riscos sociais de adoecer e morrer) e então organizar o acesso ao serviço de saúde de tal unidade para priorização do atendimento a essas famílias, atuando assim na construção do princípio da equidade, proposto pelo SUS.

3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A CRIANÇA

A Unidade de Saúde deve ser a **porta de entrada** da criança para o sistema de saúde.

a) É o ponto de atenção estratégico e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das crianças do seu território e pelo monitoramento dos mesmos.

b) É importante compreender que os serviços de saúde não se restringem ao que acontece dentro da UBS. As ações da equipe devem atingir a totalidade da sua área de abrangência, procurando conhecer toda a sua população infantil, com todas as suas necessidades, e identificando os problemas e fatores de risco mais frequentes naquela área.

c) O acompanhamento da criança deve prever ações para todos os seus ciclos de vida: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar.

d) A equipe de saúde tem responsabilidade integral sobre todas as crianças da sua área de abrangência. No caso de a criança ser encaminhada a um serviço de especialidade ou ser internada, por exemplo, a equipe deve seguir cada passo feito no atendimento, monitorando as consultas de retorno, a medicação e os cuidados básicos e atendendo a possíveis intercorrências.

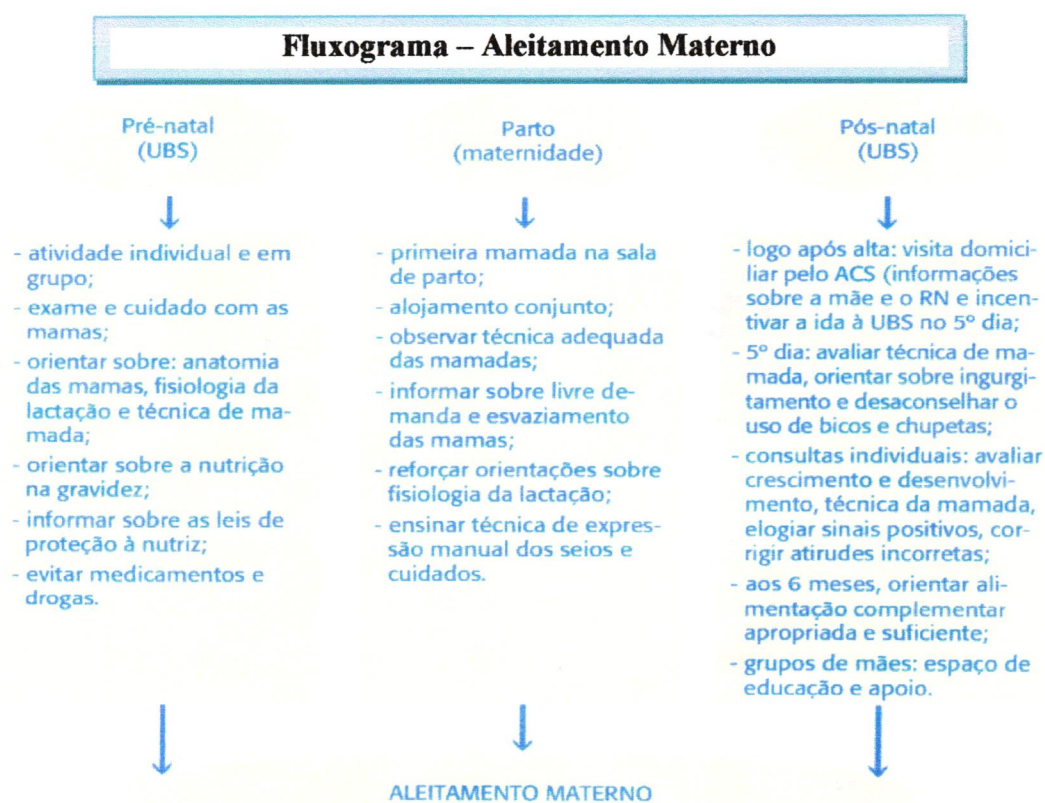
e) Por isso, uma outra competência importante da equipe de saúde é a de coordenar a rede de serviços necessários ao acompanhamento adequado da criança. Ela deve identificar todos os serviços dos quais as crianças possam ter necessidade – centros de referência, especialidades, exames complementares, internação ou outros serviços – e manter um relacionamento ativo com os profissionais e a gerência desses serviços, fazendo um encaminhamento adequado e se comprometendo com um acompanhamento conjunto.

f) A família deve ser reconhecida como o lugar privilegiado para a educação e cuidado da criança e, portanto, deve ser envolvida como sujeito no cuidado de saúde.

g) Da mesma maneira, a equipe de saúde deve identificar na comunidade todos os atores, instituições, grupos, associações e pessoas que possam contribuir na educação e vigilância à saúde, propondo um trabalho conjunto dentro da sua área de abrangência

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base nos dados analisados foi possível uma investigação sobre os processos as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. Portanto, diante das linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde. De acordo como fluxograma abaixo:



Nessa contextualização podemos afirmar que através de informações colhidas na pesquisa com mulheres nas Unidades de Saúde/UBS, que na prática quanto mais tempo o bebê se alimenta de leite materno, menor será o risco de desenvolver doenças como: alergias alimentares, asma, rinite ou eczema de pele; O leite materno favorece a boa formação do sistema nervoso e estimula a inteligência da criança; O leite materno é o alimento mais completo e equilibrado que existe para o seu bebê, pois atende a todas as necessidades de nutrientes e sais minerais da criança até os 6 meses de idade. Além disso, o leite materno é rico em substâncias que tornam o bebê mais resistente a infecções por vírus e bactérias;

A amamentação provoca menos cólicas nos bebês, pois o leite materno é mais bem absorvido e tolerado pelo organismo da criança; O leite materno é rico em ferro, evitando que o bebê desenvolva anemia.

Na abordagem da pesquisa foi observado que parte das mulheres preocupa-se com a estética que acaba influenciando fortemente na hora de uma mãe cuidar de seu filho, mas a partir do momento em que uma mulher se torna uma mãe não há como mudar o rumo natural das coisas, e existem milhares de métodos que ajudam as mulheres a se manterem em forma, para isto existe uma preparação psicológica com ajuda da família e profissionais da saúde para que haja conscientização a essas mães que é importante amamentar e que assim, ela está protegendo seu filho a não ficarem vulnerável as doenças e ajudando a si mesma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o estudo diversas ações de profissionais envolvidos com a saúde, associados diretamente a assistência que devem ser realizadas pelo especialista em saúde, com autonomia de avaliar, detectar e tratar as patologias, as necessidades específicas e condutas necessárias de cada área da saúde de acordo com o que lhe compete, proporcionando uma assistência digna e qualificada, através da educação continuada em saúde, promovendo uma interligação entre toda a equipe multidisciplinar e priorizando a integralidade na assistência ao elemento alvo criança que é o paciente e o profissional envolvido fortalecendo ainda mais os princípios do sistema único de saúde.

Conclui-se também que a família é responsável pelo desenvolvimento humano das crianças transmitindo valores sociais, é também a encarregada de cuidar dos seus direitos de proteção a vida e à saúde, moradia etc, (ECA, 2005).

A família, sem dúvidas deve aliar-se a criança na busca pelos meios da sua efetiva integração no meio social para que possa ocupar seu espaço como cidadão e usufruir de seus direitos.

REFERÊNCIAS

Aleitamento materno: proteção contra várias doenças. Disponível em: <http://www.saudevidaonline.com.br/artigo73.htm>. Acesso em: 26 jan. 2010.

ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da Família:** Cuidando de Crianças e Adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em: 14 de fev. 2010.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** - Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde (OPAS). **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância** – IDPI. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em: 15 de fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil:** fundamentos e orientações para profissionais de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em: 15 de fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança:** Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica. n. 11. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Situação de Saúde da Criança no Brasil.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/crianca>. Acesso em: 07 de fev. 2010.

FONSECA, R.M.G.S. da.; BERTOLOZZI, M.R. **A epidemiologia social e a assistência.** Hucitec, 1997.

PEREIRA, Luciana Baptista. Professora Assistente de Dermatologia - UFMG. Mestre em Medicina. Docente do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica - HC/UFMG.

Protocolo de Enfermagem. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/protocolo.htm>. Acesso em: 26 jan. 2010.

Puericultura e Enfermagem. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/pueri.htm>. Acesso em: 14 fev. 2010.

GONTIJO, Bernardo, Professor Adjunto de Dermatologia - UFMG. Doutor em Medicina. Coordenador do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica - HC/UFMG; Serviço de Dermatologia - HC/UFMG. Curso de Pós-graduação em Dermatologia, Faculdade de Medicina da UFMG.

SOUSA, F.J.P. - **Pobreza, desnutrição e mortalidade infantil - condicionantes sócio-econômicos.** Fortaleza: IPLANCE/UNICEF, 1992.

XAVIER, C. C.; MOULIN, Z. S.; DIAS, N. M. O. **Cadernos de saúde. Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame.** Belo Horizonte: Coopmed, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista**Nome:****Idade:****Grau de Escolaridade:****Residente:****Sexo:****Porque procurou o Serviço de Saúde:**

1) O que você pensa em relação à expectativa de saúde do filho na Unidade de Saúde/UBS busca-se:

2) Qual a sua visão sobre a prática profissional na saúde criança?

() bom () ruim () regular () ótimo

3) O trabalho da Equipe de Saúde da UBS de sua comunidade atendeu às suas necessidades:

() sim () não

4) Você amamenta seu filho, vacina todas as vezes que é preciso?

() sim () não

5) Você importante amamentar seu nos primeiros meses de vida? Você sabe que amamentar previne seu filho de doenças que afetam crianças?

() sim () não

6) Alguma vez faltou atendimento para você e seu filho na UBS?

() sim () não

ANEXOS

ANEXO A – Caderneta de Saúde Para Meninos

Fonte: < <http://images.google.com.br> >

ANEXO B – Caderneta de Saúde Para Meninas

Fonte: < <http://images.google.com.br> >

ANEXO C – Gráfico de Peso/Idade Meninos e/ou Meninas

