

MÓDULO 5 • UNIDADE 3

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

ALIMENTAÇÃO, IMUNIZAÇÃO E
CUIDADOS COM A SAÚDE DO BEBÊ



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 5 • UNIDADE 3

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

ALIMENTAÇÃO, IMUNIZAÇÃO E
CUIDADOS COM A SAÚDE DO BEBÊ

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva.
CRB 13ª Região nº de Registro – 453

REVISÃO TÉCNICA:

Cláudio Vanucci Silva de Freitas, Edison José Corrêa, Estela Aparecida Oliveira Vieira, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Paola Trindade Garcia e Walquíria Lemos Soares

REVISÃO ORTOGRÁFICA:

Fábio Alex Matos Santos

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde da criança e a Saúde da Família: alimentação, imunização e cuidados com a saúde do bebê/Fabício Silva Pessoa; Mae Soares da Silva; Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2014.

69f. : il.

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Corrêa, Edson José. III. Vieira, Estela Aparecida Oliveira. IV. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. V. Garcia, Paola Trindade. VI. Soares, Walquíria Lemos. VII. Título.

CDU 613.9-053.2

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é conhecer as estratégias de abordagem e manejo do aleitamento materno e alimentação complementar adequada à criança, bem como os aspectos sobre agravos nutricionais, imunização da criança e cuidados da saúde do bebê

Você sabe quando o aleitamento materno deve ser suspenso? Você sabia que 80% das crianças obesas aos 5 anos de idade permanecerão obesas quando adultas? Você conhece bem o calendário vacinal da criança?

Vamos estudar as estratégias de estímulo e técnicas adequadas de aleitamento materno, suas contraindicações, e discutir a necessidade de alimentação complementar. Por fim, vamos relembrar as principais ações estratégicas de imunização dentro do campo de atuação da Atenção Básica e os principais cuidados com a saúde do bebê.

Bons estudos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Esquema para introdução dos alimentos complementares...	23
Quadro 2 -	Esquema alimentar para crianças amamentadas.....	26
Quadro 3 -	Esquema alimentar para crianças não amamentadas	27
Quadro 4 -	Grupos de alimentos.....	28
Figura 1 -	Mediadores comportamentais de semelhança familiar no hábito alimentar e no estado nutricional.....	29
Quadro 5 -	Administração da suplementação profilática de sulfato ferroso	34
Figura 2 -	Megadoses de Vitamina A em cápsulas.....	40
Figura 3 -	Orientações norteadoras para a prevenção da obesidade na infância	44
Figura 4 -	Calendário nacional de vacinação	50

SUMÁRIO

1	ALIMENTAÇÃO, IMUNIZAÇÃO E CUIDADOS COM A SAÚDE DO BEBÊ	8
1.1	Aleitamento Materno	8
1.1.1	Fisiologia da lactação	8
1.2	Tipos de Aleitamento Materno	9
1.2.1	Recomendações da Organização Mundial de Saúde	10
1.3	Aconselhamento em amamentação	11
1.3.1	Avaliação da Técnica de Amamentação	12
1.3.2	Ordenha ou expressão manual do leite	12
1.3.3	Benefícios do aleitamento materno	15
2	PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS QUE PROMOVEM PROTEGEM E APOIAM O ALEITAMENTO MATERNO	17
2.1	Contraindicações para a amamentação	18
2.2	Aleitamento artificial	21
2.2.1	Alimentação dos 6 meses até os 2 anos	22
2.2.2	Alimentação da criança dos 2 a 10 anos	28
2.3	Método Canguru	30
2.4	Agraves do Estado Nutricional	31
2.4.1	O que é estado nutricional?	32
2.4.2	Deficiência de Ferro	32
2.4.3	Deficiência de Iodo	35
2.4.4	Deficiência de Vitamina A (DVA)	37
2.4.5	Deficiência de Vitamina B1	40
2.4.6	Deficiência da Vitamina D	42
2.4.7	Distúrbio nutricional por excesso: obesidade	42
2.4.8	Distúrbio nutricional por escassez: desnutrição	45
3	IMUNIZAÇÕES	48
4	CUIDADOS COM A SAÚDE DO BEBÊ	61
	REFERÊNCIAS	64

UNIDADE 3

1 ALIMENTAÇÃO, IMUNIZAÇÃO E CUIDADOS COM A SAÚDE DO BEBÊ

1.1 Aleitamento Materno

O Ministério da Saúde afirma que o aleitamento materno deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, sendo necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças (BRASIL, 2012). Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, repercutindo no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, bem como em sua fisiologia. Além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (BRASIL, 2009a, p. 11). 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.

SAIBA MAIS!

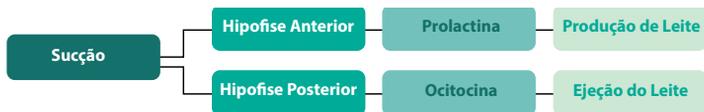
Assista ao vídeo: "Importância do Aleitamento Materno".

Acesse: <https://www.youtube.com/watch?v=JYGuX1Xmz38>

1.1.1 Fisiologia da lactação

A figura abaixo demonstra esquematicamente a fisiologia da lactação. Observe que a sucção é um importante estímulo na projeção e ejeção do leite. A sucção produz um estímulo na hipófise, que por sua vez produz a liberação de dois hormônios importantes para garantir o aleitamento materno. A hipófise anterior produz prolactina, que é responsável pela produção do leite, sendo liberada na corrente sanguínea, a qual seguirá aos alvéolos ativando suas células secretoras de leite. A hipófise posterior produz a ocitocina que é responsável pela ejeção do leite, que através da corrente sanguínea chegará às células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando sua contração

e a descida do leite (apojadura) pelos ductos até as ampolas lactíferas sob a aréola. Esses dois processos ocorrem por estímulos neuro-hormonais, ou seja, “quanto mais o bebê mama, mais leite é produzido”.



Durante a lactação dois estímulos são importantes na produção do leite:

Sucção

Esvaziamento

1.2 Tipos de Aleitamento Materno

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro. Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

Aleitamento Materno Exclusivo

Quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante

Quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento Materno

Quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento Materno Complementado

Quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento Materno Misto ou Parcial

Quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

1.2.1 Recomendações da Organização Mundial de Saúde

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (2001) relativas à amamentação 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.

Os dez passos para o sucesso da amamentação, segundo recomendações da OMS/UNICEF são:

1º Passo	Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2º Passo	Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3º Passo	Informar todas as grávidas atendidas sobre as vantagens e a prática da amamentação.
4º Passo	Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5º Passo	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas de seus filhos.

6º Passo	▶ Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica.
7º Passo	▶ Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8º Passo	▶ Encorajar a amamentação sob livre demanda (sempre que o bebê quiser).
9º Passo	▶ Não dar bicos artificiais (tetinas) ou chupetas a crianças amamentadas.
10º Passo	▶ Encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

SAIBA MAIS!

Acesse: <<http://goo.gl/S3k46H>>.

1.3 Aconselhamento em amamentação

O apoio à mãe e ao bebê durante o tempo que for necessário para iniciar e manter a amamentação é indispensável. Esse apoio deve contemplar atividades educativas e comportamentais, oferecendo suporte à prática do aleitamento, incentivo à livre demanda das mamadas, orientação sobre os sinais que indicam que o bebê está pronto para mamar (movimento dos olhos, da cabeça, sinais de procura com a língua para fora, agitação dos braços, mãos na boca etc.) (BRASIL, 2012b).

Tenha atenção aos sinais de depressão puerperal, pois essa alteração pode se tornar um fator de risco importante para o desmame precoce.

1.3.1 Avaliação da técnica de amamentação

Devem ser avaliados os seguintes itens:

Pega

Características da Pega Adequada:

- 1) Mais aréola visível acima da boca do bebê;
- 2) Boca bem aberta;
- 3) Lábio inferior virado para fora;
- 4) Queixo tocando a mama.

Posição

Características da Posição Adequada:

- 1) Rosto do bebê de frente para a mama (com nariz na altura do mamilo);
- 2) Corpo do bebê próximo ao da mãe;
- 3) Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
- 4) Bebê bem apoiado.

FIQUE ATENTO

São sinais de técnica incorreta de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas durante a sucção
- Ruídos da língua
- Mama muito esticada ou deformada durante a mamada
- Dor à amamentação

1.3.2 Ordenha ou expressão manual do leite

O processo manual é o método mais útil para a retirada do leite do peito. Está indicado para aliviar mamas muito cheias, manter a produção de leite quando o bebê não suga bem, aumentar o volume de leite, guardar leite para oferecer ao bebê mais tarde na ausência da mãe e, também, para doar a um banco de leite. Para realizar ordenha manual e guardar o leite, a mãe deve seguir os seguintes passos:

➤ **Preparo do frasco para guardar o leite**

- Escolha um frasco de vidro incolor com tampa plástica, de maionese ou café em pó, por exemplo.
- Retire o rótulo e o papel de dentro da tampa.
- Lave bem com água e sabão, e depois ferva a tampa e o frasco por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.
- Escorra o frasco e a tampa sobre um pano limpo até secar.
- Depois, feche bem o frasco sem tocar com a mão na parte interna da tampa.
- O ideal é deixar vários frascos secos preparados, mas, no momento da coleta, você precisa identificar o frasco com seu nome, data e hora da coleta.

➤ **Higiene pessoal antes de iniciar a coleta**

- Retire anéis, aliança, pulseiras e relógio.
- Coloque uma touca ou um lenço no cabelo e amarre uma toalha/lenço/pano/máscara na boca.
- Lave as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água limpa e sabão.
- Lave as mamas apenas com água limpa.
- Seque as mãos e as mamas com toalha/pano limpo ou papel-toalha, evitando deixar resíduo de papel (BRASIL, 2013a).

➤ **Local adequado para retirar o leite**

- Escolha um lugar confortável, limpo e tranquilo.
- Forre uma mesa com pano limpo para colocar o frasco e a tampa.
- Evite conversar durante a retirada do leite, para evitar contaminar o leite com a saliva.

➤ **Como fazer para retirar o leite (ordenha)**

- Massageie as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da parte escura (aréola) para o corpo.
- Coloque o polegar acima da linha em que acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo da aréola.
- Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo.
- Aperte o polegar contra os outros dedos até sair o leite. Não deslize os dedos sobre a pele.
- Pressione e solte, pressione e solte muitas vezes. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. No começo, o leite pode não fluir, mas, depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a sair com mais facilidade.
- Despreze os primeiros jatos ou gotas.
- Em seguida, abra o frasco e coloque a tampa sobre a mesa forrada com um pano limpo, com a abertura para cima.
- Colha o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola.
- Mude a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas.
- Alterne a mama quando o fluxo de leite diminuir e repita a massagem e o ciclo várias vezes.
- Lembre-se de que ordenhar leite do peito adequadamente leva mais ou menos de 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias. A retirada do leite pode ser feita ao mesmo tempo nas duas mamas.
- Após terminar a coleta, feche bem o frasco (BRASIL, 2013a).

➤ **Como conservar o leite ordenhado**

- Após a coleta, guarde imediatamente o frasco na geladeira, no congelador ou freezer, em posição vertical.
- Se o frasco não ficar cheio, você pode completá-lo em outra coleta (no mesmo dia), deixando sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite. No outro dia, comece com outro frasco.
- Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por até 12 horas, e no freezer ou congelador por até 15 dias.

➤ **Como oferecer o leite ordenhado à criança**

- O leite deve ser oferecido, de preferência, utilizando-se copo, xícara ou colher.
- Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, esse deve ser descongelado em banho-maria.
- Amorne o leite em banho-maria (água quente em fogo desligado) agitando o frasco lentamente para misturar bem o leite até que não reste nenhuma pedra de gelo.
- Para manter seus fatores de proteção, o leite materno não deve ser fervido nem aquecido em micro-ondas.
- Amorne apenas a quantidade de leite que o bebê for utilizar. O leite morno que sobrar deve ser desprezado. O restante de leite descongelado e não aquecido poderá ser guardado na primeira prateleira da geladeira e utilizado no prazo de até 12 horas após o descongelamento (BRASIL, 2013a).

1.3.1 Benefícios do aleitamento materno

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Além disso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os

alimentos complementares antes dos 6 meses (salvo em alguns casos individuais), o que pode, inclusive, trazer prejuízos à saúde da criança.

➤ **Benefícios para o bebê**

1) Diminuição de morbidade, especificamente relacionada a infecções como: meningite bacteriana, bacteremia, diarreia, infecção no trato respiratório, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário e sepsé de início tardio em recém-nascidos pré-termo.

2) Alguns estudos sugerem diminuição das taxas de morte súbita do lactente.

3) Redução de hospitalizações: o aleitamento materno reduz o risco de hospitalização por vírus sincicial respiratório.

4) Redução de alergias: o aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes; o aleitamento materno protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica; a exposição a pequenas doses de leite de vaca durante os primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca, mas não afeta a incidência de doenças atópicas no futuro. Os efeitos benéficos do aleitamento materno observados em todas as crianças são particularmente evidentes em crianças com história familiar de doenças atópicas.

5) Redução da obesidade.

6) Diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes.

7) Melhor nutrição.

8) Efeito positivo no desenvolvimento intelectual.

9) Melhor desenvolvimento da cavidade bucal.

10) O início precoce do aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento, promove uma “descida do leite” mais rápida, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário.

➤ **Benefícios para a mãe**

- 1) Involução uterina mais rápida e redução na hemorragia uterina pós-parto, devido à liberação de ocitocina.
- 2) Perda mais rápida do peso acumulado na gestação.
- 3) Auxílio no aumento do intervalo entre as gestações.
- 4) Maior interação mãe-bebê.
- 5) Benefício relativo aos aspectos econômicos, uma vez que o leite materno não tem custos.
- 6) Praticidade, pois o leite materno está sempre pronto para ser consumido.
- 7) Diminuição do risco de câncer de mama e ovário (BRASIL, 2009).

2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS QUE PROMOVEM PROTEGEM E APOIAM O ALEITAMENTO MATERNO

Vamos encontrar diretrizes e condutas que apoiam o aleitamento materno:

- Na Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru;
- Na Primeira Semana Saúde Integral;
- Nas recomendações da Convenção dos Direitos da Criança, de 1989;
- Nas orientações quanto à alimentação saudável que devem ser dadas aos pais, garantidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA;
- Na garantia dada pela constituição de licença maternidade às puérperas;
- Na iniciativa “Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação”;
- Na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância (Portaria MS 2.051/2001) – NBCAL;
- Nas iniciativas de promoção da Semana Mundial de Amamentação;
- No Banco de Leite Humano;
- Na Rede Cegonha.

2.1 Contraindicações para a amamentação

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

Apresentam-se a seguir, condições em que o aleitamento não é recomendado, em que a interrupção será temporária e situações sem necessidade de contraindicação:

➤ Aleitamento materno não recomendado

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Recomenda-se que previamente à prescrição de medicações as nutrizes consultem o manual "Amamentação e uso de drogas", disponível em: <http://goo.gl/DFCvnr>;
- Criança portadora de galactosemia (BRASIL, 2009).

➤ Interrupção temporária da amamentação

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível;
- Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
- Abscesso mamário, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;

- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado.

FIQUE ATENTO!

Em todos esses casos, deve-se estimular a produção do leite com ordenhas regulares e frequentes, até que a mãe possa amamentar o seu filho.

➤ **Aleitamento materno não contraindicado**

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG;
- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de Rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
- Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;

- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;
- Dengue: não há contraindicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança;
- Consumo de cigarros: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. O profissional de saúde deve realizar abordagem cognitiva comportamental básica, que dura em média de três a cinco minutos e que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a mãe fumante (BRASIL, 2009).

SAIBA MAIS!

Conheça os principais problemas com a amamentação, assim como a sua abordagem adequada. Leia: no Caderno de Atenção Básica nº 23, o tópico “prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação”, p. 37, e o item “como manejar o aleitamento materno em situações especiais”, p. 50. Acesse: <http://goo.gl/14cHaN>.

2.2 Aleitamento artificial

O aleitamento artificial deve ser empregado sempre que o aleitamento materno não for possível por alguma das condições citadas como contraindicações.

O Ministério da Saúde preconiza que a melhor opção de aleitamento artificial seja o de leite humano pasteurizado proveniente do Banco de Leite Humano, quando disponível. A utilização de leite de vaca e/ou fórmula infantil deve ser avaliada pelo profissional de saúde. Em geral, o leite de vaca não modificado deve ser evitado no primeiro ano de vida em razão do baixo teor e disponibilidade de ferro, que contribui para anemia, desenvolvimento de alergia alimentar, distúrbios hidroeletrolíticos e predisposição futura para excesso de peso e suas complicações (BRASIL, 2009).

Com relação ao leite de vaca e das fórmulas infantis, o profissional deve avaliar as condições financeiras da família e orientar o que for mais adequado para cada família, de acordo com cada realidade.

SAIBA MAIS!

Para as indicações de fórmulas infantis temos as recomendações da Anvisa - Regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes. Dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes. Resolução ANVISA/DC Nº 43, de 19 de setembro de 2011. Disponível em:

<http://goo.gl/pLs9Jc>

Para o preparo de Leite de Vaca recomenda-se a leitura do texto: "Saúde da Criança: protocolo". p. 48 e 49. Disponível em:

<http://goo.gl/HtUycN>

2.2.1 Alimentação dos 6 meses até os 2 anos

➤ **Alimentação complementar**

A introdução de alimentação complementar na dieta das crianças amamentadas deve considerar a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança, assim como suas necessidades nutricionais. O grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem um nível satisfatório por volta dos seis meses de vida, que é quando a criança vai se adaptando para uma alimentação mais variada quanto à consistência e textura.

As crianças que recebem com exclusividade o leite materno até o sexto mês de vida, logo cedo começam a desenvolver a capacidade de autocontrole da ingestão, aprendendo a distinguir as sensações de fome e de saciedade. Um aspecto relevante é a necessidade de sempre pesquisar a história familiar de reações alérgicas antes da introdução de novos alimentos.

Após os 6 meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia. Ao se aproximar do sétimo mês, de acordo com o desenvolvimento da criança, deverá ser introduzida maior variedade e quantidade de alimentos. Aos 6 meses de idade, o organismo da criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos diferentes do leite materno, ou seja, a chamada **alimentação complementar**.

A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual, pois a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas de alimento(s). Os preparados especialmente para a criança são chamados alimentos de transição, pois a partir dos 8 meses de idade a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família. Como o nome diz, essa alimentação deve complementar o leite materno e não substituí-lo.

O quadro abaixo mostra o esquema para introdução de alimentos complementares:

Quadro 1 - Esquema para introdução dos alimentos complementares.



Idade	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta*, papa salgada*
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada*
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da Família

Fonte: adaptação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006).

*Papa de Fruta: A expressão “papa de fruta” tem como objetivo salientar a consistência com que deve ser oferecido esse alimento, ou seja, amassado ou raspado.

* Papa Salgada: Embora a expressão “papa salgada” seja utilizada diversas vezes ao longo do texto, por ser conhecida e de fácil tradução para os pais na orientação de composição da dieta da criança e para diferenciá-la das papas de frutas, é importante salientar que o objeto do uso do termo “salgada” não é adjetivar a expressão, induzindo ao entendimento de que a papa tenha muito sal ou que seja uma preparação com utilização de leite acrescido de temperos/sal. Expressões como “papa de vegetais com carne” ou outra que dê ideia de consistência (de purê) e variedade também podem ser

empregadas como outras estratégias para uma boa comunicação em saúde.

A alimentação complementar deve ser recomendada de acordo com a faixa etária da criança.

➤ **Até 6 meses:**

- Amamentar ao peito tantas vezes quanto a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos oito vezes em cada 24 horas;
- Não oferecer nenhum outro alimento, comida ou líquidos (chás, água);
- Limpar a boca da criança com a ponta de uma fralda umedecida em água, uma vez ao dia, preferencialmente à noite.

➤ **6 a 7 meses:**

- Continuar oferecendo o leite materno sob livre demanda. A partir do sexto mês, introduzir de forma lenta e gradual os alimentos complementares;
- Aos 6 meses, oferecer alimentos, iniciando uma a duas vezes por dia até completar três vezes, se a criança receber leite materno, ou cinco vezes ao dia, se a criança não estiver mamando;
- Aos 7 meses, introduzir uma papa salgada ao esquema alimentar da criança;
- Oferecer os alimentos complementares: frutas, cereais, tubérculos, leguminosas, verduras, legumes, gema de ovo, carne e vísceras, sempre de forma variada e colorida. Dar esses alimentos, iniciando uma a duas vezes por dia até completar três vezes ou cinco vezes ao dia, se não estiver mamando;
- A alimentação da criança deve seguir os horários da família, em intervalos regulares e respeitando o seu apetite. No começo, oferecer os alimentos com consistência pastosa (papas/purês), utilizando colher, e gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
- Evitar alimentos industrializados, frituras, sal e açúcar. Cuidar

da higiene no preparo e oferta dos alimentos. Observar a qualidade dos alimentos. Oferecer água à criança nos intervalos das refeições;

- Limpar os dentes com a ponta de uma fralda umedecida em água, uma vez ao dia, preferencialmente à noite (BRASIL, 2009).

➤ **8 a 11 meses:**

- Continuar oferecendo o leite materno;
- A partir dos 8 meses a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que saudáveis. Dar da mesma comida servida à família, porém com consistência pastosa;
- Evite oferecer alimentos com temperos picantes, alimentos industrializados, sal e açúcar. Nesta fase a criança deve receber alimentos desfiados, ou picados em pequenos pedaços.
- Garantir que receba uma alimentação variada e colorida: cereais, tubérculos, leguminosas, carnes, ovos, frango, peixe, vísceras, frutas e verduras e legumes, três vezes ao dia, se estiver sendo alimentada ao peito e cinco vezes ao dia, se não estiver sendo alimentada ao peito;
- Limpar os dentes com a ponta de uma fralda umedecida em água, uma vez ao dia, preferencialmente à noite (BRASIL, 2009).

➤ **1 ano:**

- Dar cinco refeições ao dia, sendo três refeições da mesma comida servida à família e dois lanches nutritivos entre as refeições, tais como: frutas da estação, tubérculos cozidos, pães, leite ou derivados;
- Ofereça uma alimentação colorida e variada. Evite oferecer alimentos industrializados, açúcar, frituras e sal;
- Procure dar alimentos ricos em ferro e vitamina A: frutas e verduras amarelo alaranjadas, folhas verde-escuras, vísceras, pro-

duto regional;

- Crie ambientes favoráveis para uma boa alimentação da criança;
- Escovar os dentes após as refeições e antes de dormir.

Abaixo é possível verificar o esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas, de acordo com faixa etária:

Quadro 2 – Esquema alimentar para crianças amamentadas.

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo em livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	Papa Salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa salgada	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

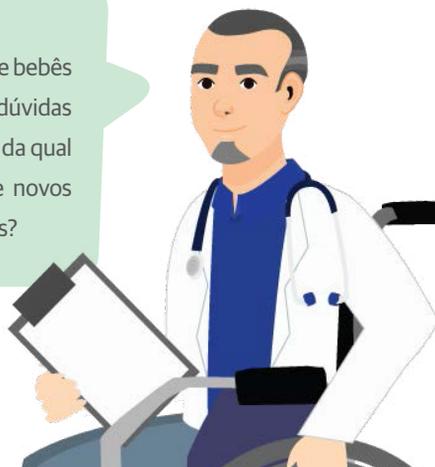
Quadro 3 - Esquema alimentar para crianças não amamentadas.

Do nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa Salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa Salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa Salgada	Refeição básica da família	
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

REFLITA COMIGO!

A inserção de novos alimentos na dieta de bebês sempre é assunto que gera muitas dúvidas entre as mães. Como a equipe de saúde, da qual você faz parte, promove a inclusão de novos alimentos na dieta das crianças assistidas?



O profissional deve levar em consideração a diversidade cultural das famílias atendidas. Deve respeitar e promover a identidade alimentar e cultural das diferentes regiões brasileiras pelo resgate e pela valorização dos alimentos regionais, como frutas, verduras e legumes produzidos nas respectivas regiões.



Quadro 4 - Grupos de alimentos

Cereais	Exemplos, arroz, mandioca/aipim/macaxeira, macarrão, batata, cará, inhame.
Hortaliças e frutas	Exemplos: folhas verdes, laranjas, abóbora, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate, manga.
Carnes e ovos	Exemplos: frango, codorna, peixes, pato, boi, vísceras, miúdos e ovos.
Grãos	Exemplos: feijões, lentilha, ervilha, soja e grão de bico.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <<http://goo.gl/7CuwH3>>.

3.5.2 Alimentação de crianças dos 2 a 10 anos

➤ **Alimentação de crianças de 2 a 6 anos**

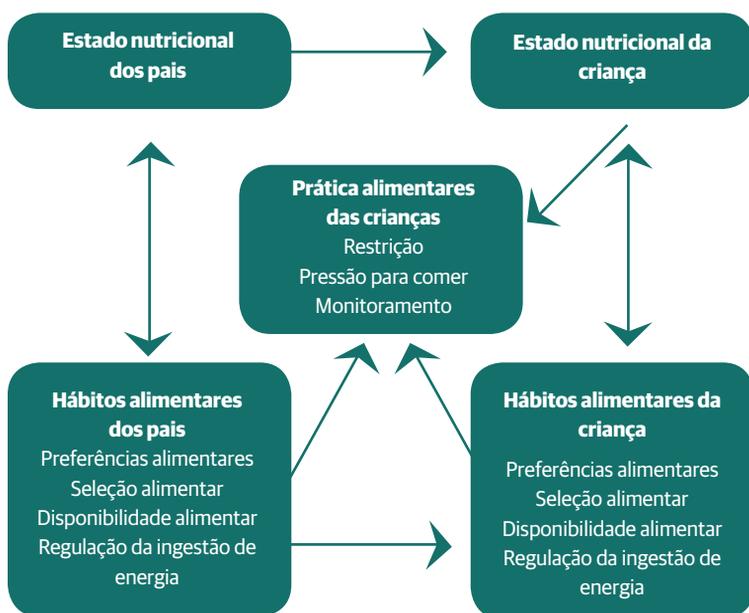
Este período caracteriza-se pela diminuição no ritmo de crescimento e, por consequência, pela diminuição das necessidades nutricionais e do apetite da criança.

O comportamento alimentar da criança nesta fase é imprevisível, variável e transitório, mas, se não for conduzido adequadamente, poderá se transformar em distúrbio alimentar e perdurar em fases posteriores.

A abordagem familiar é uma atividade inserida nas práticas de atenção básica e é fundamental para o entendimento da estrutura e da dinâmica familiares. Os bons hábitos alimentares devem ser transmitidos aos pais e demais familiares para estimular que todos possam adquiri-los.

A promoção da alimentação saudável é fundamental durante a infância, quando os hábitos alimentares estão sendo formados. É importante que a criança adquira o hábito de realizar as refeições com sua família, em horários regulares.

Figura 1 - Mediadores comportamentais de semelhança familiar no hábito alimentar e no estado nutricional.



➤ **Alimentação de crianças de 7 a 10 anos**

Nesta fase, o ritmo de crescimento é constante, com ganho mais acentuado de peso próximo ao estirão da adolescência. A maior independência e a crescente socialização da criança promovem melhor aceitação dos alimentos. As transformações, aliadas ao processo educacional, são determinantes para o aprendizado em todas as áreas e para o estabelecimento de novos hábitos. Além da grande importância da família, a escola passa a desempenhar papel de destaque na manutenção da saúde da criança.

A oferta alimentar modificou-se, causando mudança de hábitos. A mudança no padrão alimentar (tais como: aumento do consumo de alimentos processados e ricos em gordura e diminuição da ingestão de alimentos não industrializados), aliada à redução da atividade física, provocou a transição nutricional, caracterizada pela queda das taxas de desnutrição, pelo aumento da prevalência de obesidade e pelo incremento de casos de “fome oculta” – deficiências nutricionais específicas, pouco evidentes clinicamente, mas prejudiciais à saúde (BRASIL, 2012b).

SAIBA MAIS!

Mais orientações sobre a alimentação de crianças em Caderno Atenção Básica Nº 33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. p. 147-150. Acesse: <http://goo.gl/OJYGqX>

2.3 Método Canguru

(Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso)

O Método Canguru é definido como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato



pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

SAIBA MAIS!

Você encontra mais informações no Manual Técnico - Método Canguru: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Acesse: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf

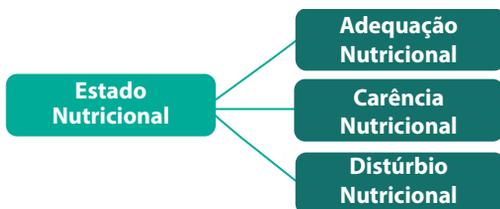
2.4 Agravos do estado nutricional

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2012, p. 10). O aleitamento materno é a forma ideal de iniciar a alimentação saudável na vida de uma criança. Assim, o desmame, momento de transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos, marca um momento crucial na infância, que deve ser acompanhado de perto a fim de evitar possíveis distúrbios nutricionais.

Segundo o Ministério da Saúde, as equipes da ESF devem seguir tais diretrizes em sua abordagem à criança e sua família, destacando a importância de hábitos alimentares saudáveis para a prevenção de diversas doenças, deficiências e distúrbios nutricionais, síndromes metabólicas e doenças crônicas (BRASIL, 2004).

2.4.1 O que é estado nutricional?

Para o Ministério da Saúde é o "resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais" (BRASIL, 2007). O estado nutricional pode ter três tipos de manifestação orgânica:



- » Adequação nutricional (eutrofia): manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais.
- » Carência nutricional: situação em que deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes resultam na instalação de processos orgânicos adversos à saúde. Cinco são os agravos relacionados a carências nutricionais de importância para a prática voltada à criança, dentre os quais estão a deficiência de ferro, iodo, vitamina A, vitamina B1 e vitamina D.
- » Distúrbio nutricional: problemas relacionados ao consumo inadequado de alimentos, tanto por escassez quanto por excesso, como a desnutrição e a obesidade (BRASIL, 2007).

2.4.2 Deficiência de ferro

- O que é o ferro?
 - » O ferro é um micronutriente essencial para a vida e atua principalmente na síntese de células vermelhas do sangue (hemácias) e no transporte do oxigênio no organismo (BRASIL, 2007).
 - » Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal,

sendo mais bem absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). São alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha.

- Por que o ferro é importante?
 - » Participa nos processos de crescimento e desenvolvimento do organismo, principalmente no período da infância e durante a gestação;
 - » Contribui para a saúde, mantendo em equilíbrio as funções do organismo;
 - » Contribui para melhoria da capacidade física e mental e, consequentemente, da aprendizagem e da capacidade produtiva.

- O que causa a anemia por deficiência de ferro?
 - » O desequilíbrio entre a absorção e as necessidades orgânicas deste mineral, decorrente da: baixa ingestão de alimentos-fonte de ferro ou de alimentos com fatores facilitadores da absorção do ferro; alta ingestão de alimentos com fatores inibidores da absorção do ferro dietético, ou seja, que prejudicam a biodisponibilidade do ferro; necessidades aumentadas em alguns grupos específicos; perdas crônicas de ferro; baixo consumo de alimentos fortificados com ferro (BRASIL, 2007).

- Quais são os grupos de risco para anemia por deficiência de ferro?
 - » Indivíduos que se encontram com as necessidades de ferro elevadas, em função da rápida expansão do volume plasmático e pelo crescimento acentuado dos tecidos, como: crianças menores de 2 anos e gestantes.

- Quais as consequências da anemia por deficiência de ferro?
 - » Comprometimento do desenvolvimento motor e da coordenação, prejuízo do desenvolvimento da linguagem e da aprendizagem, alterações de comportamento (fadiga, desatenção, insegurança) e diminuição da atividade física;
 - » Comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções, além de redução da produtividade, do apetite e da capacidade de concentração;
 - » Maior risco de mortalidade relacionada à gestação e ao parto, maior risco de morbidade e mortalidade fetal, prematuridade e baixo peso ao nascer.

- Qual estratégia para suplementação com ferro?
 - » A suplementação profilática com sulfato ferroso é uma medida com boa relação de custo efetividade para a prevenção da anemia. No Brasil, são desenvolvidas ações de suplementação profilática com sulfato ferroso desde 2005, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF). Acompanhe abaixo o quadro de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso (BRASIL, 2007).

Quadro 5 - Administração da suplementação profilática de sulfato ferroso.

Público	Conduta*	Periodicidade
Crianças de seis a 24 meses	1 mg de ferro elementar/Kg	Diariamente até completar 24 meses

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 24 p.

Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_ferro2013.pdf>.

- Como podemos realizar o diagnóstico?
 - » Podemos realizar o diagnóstico por meio da solicitação do hemograma. Acompanhe os pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir a anemia na criança (BRASIL, 2012b).

- Como podemos tratar a anemia por deficiência de ferro?
 - » O tratamento da anemia deve ser dirigido de acordo com a sua causa;
 - » Orientações alimentares;
 - » Tratando-se de anemia ferropriva, a preferência recai sobre os sais ferrosos como primeira escolha a amplamente dispensados pelo SUS. Em crianças a dose diária recomendada é de 3 – 5 mg de ferro elementar/kg/dia, não excedendo 60 mg/dia, com introdução de forma gradual, antes das refeições para facilitar a absorção. Alertar os pais que as fezes podem ficar escuras nas doses terapêuticas, informando-os acerca da reversibilidade. Uma vez atingidas às taxas normais de hemoglobina, o tratamento deve ser mantido por pelo menos seis semanas visando a reposição das reservas orgânicas de ferro;
 - » As crianças com anemia muito intensa (hemoglobina < 5 g/dl ou na presença de sinais de descompensação cardíaca) devem ser encaminhadas para o tratamento hospitalar (DUNCAN et al., 2013).

2.4.3 Deficiência de Iodo

- Por que o iodo é importante?
 - » Promove o crescimento e o desenvolvimento normal do organismo;
 - » Promove o crescimento e o desenvolvimento normal do cérebro;
 - » Contribui para a saúde, mantendo em equilíbrio as funções do organismo;
 - » Melhora a capacidade física e mental e, conseqüentemente, a aprendizagem e a produção no trabalho.

- O que causa a carência de iodo no organismo?
 - » Deficiência ou ausência de iodo na água e na terra onde são plantados os alimentos;
 - » A não utilização de sal iodado na preparação da comida.

- Qual é a população de maior risco?
 - » A população que reside em regiões distantes do mar e com solos pobres em iodo;
 - » A população que consome sal não iodado;
 - » A população que consome sal destinado à alimentação animal (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

- Quais são os grupos de risco para a deficiência de iodo?
 - » Gestantes;
 - » Recém-nascidos;
 - » Crianças de 0 a 5 anos.

- Quais as consequências da deficiência de iodo?
 - » Deficiência mental grave (cretinismo);
 - » Comprometimento do crescimento e do desenvolvimento (nanismo, dificuldades na aprendizagem);
 - » Desenvolvimento do bócio;
 - » Abortos espontâneos, aumento do risco de morbidade e mortalidade, principalmente nos grupos de risco;
 - » Em uma população, a longo prazo, representa comprometimento da capacidade para o trabalho e do desenvolvimento intelectual, reduzindo, portanto, a própria qualidade de vida destes indivíduos e das gerações futuras.

- Como se pode prevenir e tratar a deficiência por iodo?
 - » Orientando sobre a necessidade de consumo de sal iodado, prazo de validade, suas formas de conservação e armazenamento;
 - » Encaminhando pessoas com suspeita de bócio aos serviços de saúde;
 - » Informando as autoridades locais sobre as graves consequências da deficiência de iodo e a importância do uso do sal iodado (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

SAIBA MAIS!

Acesse: <<http://goo.gl/cfsidX>>.

2.4.4 Deficiência de Vitamina A (DVA)

- O que é a Vitamina A?
 - » A vitamina A é um micronutriente encontrado em fontes de origem animal (retinol) e vegetal (provitamina A);
 - » A vitamina A é de suma importância por possuir um papel fisiológico diversificado, atuando no bom funcionamento do processo visual, na integridade do tecido epitelial, sistema imunológico, entre outros.

- Por que a vitamina A é importante?
 - » Porque ela atua no bom funcionamento do sistema visual e sua ausência pode levar, inicialmente, à cegueira noturna, evoluindo até situações mais graves como a perda da visão; participa dos processos de defesa do organismo, contribuindo para a redução da mortalidade e da morbidade por doenças infecciosas (BRASIL, 2013b).

- O que causa à carência de vitamina A no organismo?
 - » A não amamentação;
 - » O consumo deficiente de alimentos fontes de vitamina A, que podem ser de origem animal (óleos de fígado de peixes, derivados do leite, como queijo e manteiga), ou de origem vegetal (folhas de cor verde-escuras, frutos amarelos, raízes de cor alaranjada e óleos vegetais);
 - » Em áreas de risco de deficiência de vitamina A, a não suplementação dos grupos de risco com as megadoses recomendadas.

- Quem é mais afetado pela deficiência de vitamina A?
 - » A população que reside em regiões de difícil produção ou acesso às fontes alimentares de vitamina A;
 - » Crianças de 0 a 5 anos, gestantes e lactantes (BRASIL, 2013b).

- Quais as consequências da deficiência de vitamina A?
 - » Baixa na reserva de vitamina A no organismo, pode aumentar o risco de morbidade por diarreia e infecções respiratórias e mortalidade, principalmente nos grupos de risco;
 - » Com relação aos problemas visuais, podem ocorrer: xeroftalmia (cegueira noturna, ressecamento da conjuntiva, ressecamento da córnea, lesão da córnea e cegueira irreversível).

- Como se pode prevenir e tratar a deficiência de vitamina A?
 - » Orientando a população sobre a necessidade de consumo de alimentos fonte de vitamina A que podem ser de origem animal (óleos de fígado de peixes, derivados do leite, como queijo e manteiga), ou de origem vegetal (folhas de cor verde-escuras, frutos amarelos, raízes de cor alaranjada e óleos vegetais);

- » Distribuindo, periodicamente, megadose de vitamina A as populações de risco;
- » Encaminhando pessoas com suspeita de deficiência aos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

SAIBA MAIS!

Para adquirir mais informações sobre o tratamento clínico da deficiência de vitamina A no “Manual de Atendimento da Criança com desnutrição grave em nível hospitalar”, publicado em 2005 pelo Ministério da Saúde, acesse: <http://goo.gl/8OIVgo>.

REFLITA COMIGO!

Qual estratégia para suplementação com megadose de Vitamina A?



A suplementação periódica da população de risco com doses maciças de vitamina A é uma das estratégias mais utilizadas para prevenir e controlar a DVA em curto prazo. Conheça a conduta de administração via oral da megadose de vitamina A, segundo o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.



Figura 2 - Megadoses de Vitamina A em cápsulas.



Frasco de Vitamina A em Cápsulas



Cápsulas de Vitamina A com 200.000 UI



Cápsulas de Vitamina A com 100.000 UI

Período	Dose	Frequência
Crianças de 6 meses a 11 meses de idade	1 megadose de vitamina A na concentração de 100.000 UI	Diariamente até completar 24 meses
Para crianças de 12 a 59 meses de idade	1 megadose de vitamina A na concentração de 200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

2.4.5 Deficiência de vitamina B1

- O que é a vitamina B1?
 - » A Vitamina B1 (tiamina) é uma vitamina hidrossolúvel que atua como coenzima no metabolismo dos carboidratos e aminoácidos, sendo essencial nas reações que produzem energia da glicose e que convertem a glicose em gordura para armazenamento nos tecidos. A tiamina também exerce um papel na condução dos impulsos elétricos dos nervos periféricos.

- Por que a Vitamina B1 é importante?
 - » A deficiência de vitamina B1 causa degeneração de nervos periféricos. Em algumas ocasiões, neurônios da medula espinhal, especialmente da coluna posterior, além de raízes nervosas anteriores e posteriores, podem degenerar-se;

- » No Brasil, desde 2006, têm sido notificados casos de beribéri nos estados do Maranhão e Tocantins. Em 2008, foram identificados casos suspeitos em indígenas das etnias Ingaricó e Macuxi, no município de Uiramutã/Roraima e, desde então, estão sendo empreendidas ações em parceria com o Estado e município na investigação, acompanhamento, prevenção e controle do beribéri (BRASIL, 2012c).
- O que causa a carência de vitamina B1 no organismo?
 - » O beribéri é uma doença de natureza carencial, causada pela deficiência de vitamina B1, que apesar de facilmente tratável, pode levar ao óbito.
 - » As manifestações clínicas da deficiência da tiamina incluem envolvimento dos sistemas nervoso, cardiovascular e gastrointestinal. Inicialmente são relatadas anorexia, mal estar geral, constipação intestinal, desconforto abdominal, plenitude pós-prandial (“empachamento”), irritabilidade, “fraqueza” nos membros inferiores (frequentemente associada a parestesias), podendo ocorrer discreto edema e palpitações.
 - » Algumas manifestações clínicas podem ser observadas especificamente em lactentes alimentados com leite materno, cujas mães têm deficiência de tiamina, mas não são necessariamente sintomáticas. Essas formas clínicas são descritas na literatura como beribéri infantil (até 12 meses de idade) e podem ser encontradas isoladamente ou associadas. São elas: beribéri infantil cardíaco agudo, beribéri infantil afônico e beribéri infantil encefálico (BRASIL, 2012c).

SAIBA MAIS!

Guia de Consulta para Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos Casos de Beribéri / Ministério da Saúde – 2012. Disponível em: <http://goo.gl/aOIOk7>.

2.4.6 Deficiência da vitamina D

Atualmente, não se dispõe de evidências científicas que avaliem a recomendação de suplementação universal de vitamina D no Brasil. O raquitismo atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e à restrição à exposição solar é uma condição prevenível, mas que continua ocorrendo, mesmo em países desenvolvidos. Os hábitos sedentários, a urbanização e o medo da violência fazem com que as crianças fiquem restritas em casa.

É importante lembrar que crianças com pele escura podem requerer de três a seis vezes mais exposição do que a indicada para bebês de pele clara para produzir a mesma quantidade de Vitamina D. Porém, o Centers for Disease Control And Prevention (2009) recomenda evitar a exposição solar direta dos bebês até 6 meses, pelo risco cumulativo de câncer de pele - o que o faz recomendar suplementação de 400 UI/dia de vitamina D a todas as crianças (mesmo aquelas amamentadas ao peito), a partir dos primeiros dias de vida até a adolescência.

Recomenda-se administrar de 200 a 400 UI/dia de vitamina D a crianças que apresentam os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar (por hábitos culturais ou por usar filtro solar em todos os passeios ao ar livre) e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados (ALONSO et al., 2002).

2.4.7 Distúrbio nutricional por excesso: obesidade

A obesidade infantil apresenta caráter epidêmico e prevalência crescente no mundo todo. É uma preocupação muito séria, pois é uma doença associada com muitas consequências negativas à saúde das crianças, como aumento de doenças cardiovasculares, diabetes melito, hipertensão arterial, problemas comportamentais, entre outros (FERNANDES et al., 2012).

O médico e os demais profissionais da atenção básica devem se atentar a realizar prevenção da obesidade na rotina do seu cuidado. Veja a definição, as principais causas e complicações do sobrepeso e obesidade na criança.

<p>Conceito</p> 	<p>A obesidade é definida como um estado no qual o peso corporal está grosseiramente acima do peso aceitável ou ideal, geralmente devido ao acúmulo excessivo de gorduras no corpo. Os padrões podem variar com a idade, sexo, fatores genéticos ou culturais. O diagnóstico da obesidade infantil é determinado através do índice de massa corporal, com um IMC > Escore-z +3. Destacamos que o diagnóstico de sobrepeso corresponde ao IMC > Escore-z +2 e Escore-z +3</p>
<p>Causas</p> 	<p>A obesidade é causada pela oferta alimentar inadequada e/ou mal balanceada, ingestão excessiva de alimentos, traços/constituição que favorece a formação de tecido adiposo, estilo de vida, fatores constitucionais que favorecem (membros da família com história de obesidade), condições psicológicas e sociais desfavoráveis, presença de outras condições/patologias como oligofrenias e paralisias, dentre outros.</p>
<p>Avaliação</p> 	<p>A avaliação laboratorial pode ser útil se houver suspeita de excesso de peso de causa endócrina (T4, TSH, raio X de sela túrcica) ou para diagnosticar complicações da obesidade: glicemia e insulina em jejum (diabetes ou resistência à insulina), triglicerídeos, colesterol total e HDL (dislipidemia), transaminases e ecografia abdominal (esteatose hepática) (DUNCAN et al, 2013).</p>
<p>Complicações</p> 	<p>Entre as complicações da obesidade podemos citar: alterações psicossociais (discriminação, isolamento), alterações no crescimento (idade óssea avançada, estatura aumentada, menarca precoce), alterações respiratórias, cardiovasculares, ortopédicas e metabólicas. Vale ressaltar que o excesso de peso nas crianças pode seguir para adolescência e vida adulta.</p>

O exame físico deve determinar o IMC (peso / (altura x altura)), medição da circunferência abdominal, avaliar a pressão arterial sistêmica e o estadiamento puberal. Observar ainda a distribuição do tecido adiposo, a presença de estrias, ginecomastias, malformações, bócio, acne e lesões articulares. O manejo da obesidade infantil envolve abordagem dietética, modificação do estilo de vida, ajustes na dinâmica familiar, incentivo à prática

de atividade física e apoio psicossocial. O envolvimento de toda a família é fundamental. Em crianças, independentemente da gravidade da obesidade, a meta deve ser a manutenção do peso, pois, com o crescimento, haverá mudança na composição corporal (FERNANDES et al., 2012).

Na figura abaixo é possível verificar orientações norteadoras para a prevenção da obesidade na infância.

Figura 3 - Orientações norteadoras para a prevenção da obesidade na infância.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <<http://goo.gl/miFc6>>.

2.4.8 Distúrbio nutricional por escassez: desnutrição

A desnutrição energético-proteica (DEP) é capaz de promover diversas alterações fisiológicas no organismo e pode ser definida como uma doença multifatorial de alta letalidade (SARNI; MUNEKATA, 2002).

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifatorial cujas raízes se encontram na pobreza. A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. Pode começar precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas (diarreias e respiratórias). Isso gera a desnutrição primária. Outros fatores de risco na gênese da desnutrição incluem problemas familiares relacionados com a situação socioeconômica, precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena (alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral) e o fraco vínculo mãe e filho (BRASIL, 2005).

As causas mais comuns da desnutrição energético-proteica (DEP) estão relacionadas a baixas condições socioeconômicas e fatores associados como: “más condições ambientais e baixo nível educacional que levam à negligência com as crianças, desmame precoce, privação afetiva e infecções de repetição” (SANTA CATARINA, 2013).

A elaboração de fluxos e procedimentos para o acolhimento adequado às demandas espontâneas e aos casos identificados por busca ativa, no âmbito da atenção básica e em articulação com os demais pontos de atenção é fundamental para o cuidado integral e resolutivo dessa população vulnerável. O estado nutricional por escassez pode se classificar em:

- Desnutrição: peso abaixo do percentil 3 ou desaceleração em 3 consultas sucessivas.

- Desnutrição grave: desnutrição associada a edema ou sinais de emagrecimento.
- Risco de desnutrição: peso para a idade entre os percentis 3 e 10 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

Quanto à sua origem, a Desnutrição pode ser classificada em:

- Desnutrição primária - é decorrente apenas da ingestão insuficiente ou inadequada de alimentos. Depende de fatores extrínsecos ao indivíduo, do ambiente em que vive. A correção da dieta é o fator que leva à remissão do agravo.
- Desnutrição secundária - é decorrente de fatores intrínsecos ao indivíduo. Fatores que interferem na utilização normal dos nutrientes, mesmo na vigência de dieta adequada. Doenças crônicas neurológicas, renais, cardiológicas, malformações congênitas, entre outras, podem ser fatores causais (SANTA CATARINA, 2013).

Obs.: Caso haja a presença de fatores extrínsecos e intrínsecos (forma mista de desnutrição) deve-se avaliar qual dos fatores foi o que, realmente, levou ao quadro de desnutrição grave. Se o fator ambiental (alimentação inadequada) for o responsável pelo quadro deve-se considerar como desnutrição primária para efeito de notificação. O diagnóstico da DEP grave deverá seguir os seguintes critérios antropométricos e/ou clínicos:

a) Relação peso para a idade abaixo do ponto de corte do percentil 0,1 que equivale ao terceiro desvio padrão negativo (escore $Z < -3$) de acordo com o padrão OMS/2006;

b) Sinais clínicos de DEP grave (marasmo, kwashiorkor ou forma mista) (SANTA CATARINA, 2013). Existem três formas de desnutrição energético-proteica grave, a saber:

- Marasmo: Incide mais em crianças que estão no primeiro ano de vida, caracterizando-se por fácies simiesca, ausência de edema, falta de pâncreo adiposo, redução da massa muscular (hipotrofia e hipotonia), ausência de hepatomegalia, ausência de esteatose hepática, pele queratótica, hiperocrômica com descamação

furfurácea, olhar vivo, choro que é contínuo, caracterizando um alto grau de irritabilidade, proteínas plasmáticas normais, níveis de glicemia podendo chegar a 20 mg/dl.

- Kwashiorkor: Ocorre, geralmente, em crianças na faixa etária de 18 a 36 meses, caracterizando-se por apatia, edema generalizado, hepatomegalia, esteatose hepática e lesões acentuadas de pele, que são do tipo queratótico, às vezes pelagroso e xerósica, podendo aparecer lesões purpúricas, distermia, fotofobia, e até mesmo autismo. Do ponto de vista bioquímico: hipocolesterolemia, hipoalbuminemia, diminuição de lipídios totais e das betalipoproteínas, e eletrólitos séricos.
- Kwashiorkor-marasmático (forma mista): Forma de desnutrição que engloba aspectos clínicos e bioquímicos das duas formas anteriores (SANTA CATARINA, 2013).

NOTA:

As crianças com edema (Kwashiorkor e Kwashiorkor-marasmático) serão classificadas como desnutridas graves independente do peso. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2006), entre os exames a serem solicitados no estudo da DEP, incluem-se:

- Sangue: hemoglobina, hematócrito, volume corpuscular médio, hemoglobina corpuscular média, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina;
- Urina: sedimento urinário quantitativo, urocultura;
- Fezes: protoparasitológico.

Entre as medidas a serem adotadas para o manejo do paciente com DEP, mencionam-se:

- Esclarecer a família sobre as causas e consequências da desnutrição;
- Avaliar o relacionamento da família com a criança, para conhecer seus laços afetivos, pois a atuação da família como elemento protetor da saúde e da vida da criança, habitualmente fraca nestes casos, precisa ser fortalecida e é uma das bases para o tratamento da desnutrição primária;
- Aumentar a participação do responsável em: cuidados de higiene corporal, oferta de alimentação para a criança, estímulo ao desenvolvimento;
- Acompanhar mensalmente até que ocorra a recuperação nutricional;
- Aumentar o aporte calórico, acrescentar farinhas ou óleo vegetal às refeições de sal;
- Tratar as doenças coexistentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

3 IMUNIZAÇÕES

Na Atenção Básica à Saúde, a imunização está entre as ações mais eficientes, fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde juntamente com o Programa Nacional de Imunização vem traçando estratégias permanentes para manter alta a cobertura vacinal no país. No primeiro ano de vida, as crianças recebem uma série de vacinas, sendo a maioria delas injetável. Com o intuito de diminuir o número de injeções em um mesmo momento, foram desenvolvidas as vacinas combinadas, produtos que, numa única apresentação, contêm um número maior de antígenos capazes de estimular a resposta imunológica contra mais de um agente infeccioso, vírus ou bactéria (BRASIL, 2012a). Essa forma de apresentação maximiza a eficiência e o custo-efetividade do Programa Nacional de Imunização (PNI), trazendo benefícios como:

Outro aspecto importante é a redução dos custos dos imunobiológi-



Facilidade de administração;



Redução da dor e do medo das crianças;



Diminuição do número de idas aos serviços de saúde, contribuindo para o alcance elevado das coberturas vacinais.

cos, bem como da logística operacional (armazenamento, transporte, seringas e agulhas) (BRASIL, 2012a). Em 2013 o Ministério da Saúde ampliou o Calendário Nacional de Vacinação incluindo a vacina Tetraviral que visa imunizar contra Caxumba, Rubéola e Sarampo (já contempladas pela Tríplice Viral) e Varicela. A Tetraviral estará disponível para todas as crianças de 15 meses. No ano de 2014, o calendário de vacinação terá duas novas vacinas incluídas. A primeira contra o vírus do papiloma humano (HPV) para meninas de 11 a 13 anos. A segunda contra a hepatite A para todas as crianças com mais de 12 meses e menos de 2 anos. A vacina contra o HPV será ministrada em três doses, a primeira nos primeiros meses de 2014, a segunda em setembro do mesmo ano e a última em março de 2019. Já a vacina contra a hepatite A será aplicada em dose única, a previsão inicial é que ela entre no calendário de vacinação do SUS ainda este ano.

Conheça o Calendário Nacional de Vacinação atual:

Figura 4 - Calendário nacional de vacinação.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO												
Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre amarela	Triplíce viral	Tetra viral	Dupla adulto
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer									
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose					
	3 meses							1ª dose				
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose					
	5 meses			3ª dose				2ª dose				
	6 meses				3ª dose (com VOP)							
	9 meses								Dose Inicial			
	12 meses					Reforço				Dose única		
	15 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço			Dose única	
	4 anos			2º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)							
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾					Dose a cada 10 anos	2 doses ⁽¹⁾		Reforço a cada 10 anos	

(1) Se não recebido o esquema completo na infância.

(2) Deverá ser avaliado o benefício/risco da vacinação para indivíduos com 60 anos ou mais que receberam a vacinação Febre Amarela pela primeira vez.

(3) Respeitar esquemas anteriores.

Fonte: portaria GM/MS nº 1.498, de 19 de julho de 2013.

- A vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), usada na prevenção de colo do útero, passar a ser ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 10 de março, para meninas de 11 a 13 anos. Com administração de três doses: 0, 6 meses e cinco anos.

Vacina BCG

Deverá ser administrada o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento:

1. Prematuros: para os prematuros com menos de 36 semanas, administre a vacina depois que eles completarem 1 mês de vida e atingirem 2 kg.

2. Crianças: administre uma dose em crianças menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal (BRASIL, 2012a).

- Contatos intradomiciliares de portadores de Hanseníase menores de 1 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Para os casos relativos a contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 ano de idade sem cicatriz, administre uma dose. Na eventualidade de contatos de indivíduos comprovadamente vacinados com a primeira dose, administre outra dose de BCG. Mantenha o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina.
- Para contatos com duas doses, não se deve administrar nenhuma dose adicional. Na ocasião do exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, caso haja incerteza sobre a existência de cicatriz vacinal, aplique uma dose, independentemente da idade.
- A vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível para o recém-nascido HIV positivo. Contudo, para os portadores de HIV positivo, a vacina está contraindicada em qualquer situação, ou seja, para as crianças HIV positivo, não vacinadas, que chegam aos serviços de saúde a vacina não deve ser administrada. Na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina (BRASIL, 2012a).

Vacina contra Hepatite B (recombinante)

- Deve ser administrada (preferencialmente) nas primeiras 12 horas de nascimento ou na primeira visita da criança ao serviço de saúde.
- Para a prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da Hepatite B, administre a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento.
- Recentemente, foi incluída no calendário vacinal a vacina pentavalente. Com isso, os recém-nascidos continuam a receber a primeira dose da vacina para hepatite B nas primeiras 12 horas e as doses subsequentes ocorrem através da vacina pentavalente, uma combinação entre a vacina tetravalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo b) e a vacina contra a hepatite B.
- Para os prematuros com menos semanas de gestação ou para recém-nascidos a termo de baixo peso (com menos de 2 kg), siga esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida.
- Para a prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administre a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento.
- Deve-se administrar a vacina e a HBIG em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina (BRASIL, 2012a).

Vacina pentavalente

- Características: a vacina pentavalente tem apresentação inteiramente líquida na forma de suspensão injetável apresentada em frasco ou ampola contendo 1 dose de 0,5 ml.
- Dose: o Ministério da Saúde recomenda administrar 0,5 ml da vacina DTP/HB/Hib por via intramuscular, no vasto lateral da coxa, em crianças menores de 2 anos de idade e na região deltoide nas crianças acima de 2 anos de idade (BRASIL, 2012b).
- Indicação: imunização ativa de crianças a partir de 2 meses de idade contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Contraindicação: existem poucas contraindicações para a administração da primeira dose da vacina DTP/HB/Hib, exceto se há relato de convulsões ou anormalidades neurológicas graves no período neonatal (contraindicações para o componente pertussis) (BRASIL, 2012b).

Atenção:

A vacina pentavalente é contraindicada para pessoas com 7 anos de idade ou mais.



Você sabe quando não administrar a vacina contra hepatite B?

1. Crianças com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina ou manifestação de sinais de hipersensibilidade após administração prévia das vacinas difteria, tétano, coqueluche, hepatite B ou Hib;

2. Crianças que tenham apresentado, após aplicação de dose anterior, alguma das seguintes manifestações:

- Febre elevada (temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$) dentro de 48 horas após a vacinação (sem outras causas identificáveis);
- Convulsões até 72 horas após administração da vacina;
- Colapso circulatório, com estado tipo choque ou com episódio hipotônico-hiporresponsivo (EHH), até 48 horas após a administração de vacina prévia;
- Encefalopatia nos primeiros sete dias após a administração da vacina prévia;
- Crianças com quadro neurológico em atividade;
- Púrpura trombocitopênica pós-vacinal.

Vacina inativada poliomielite (VIP)

▪ Aspectos Importantes

- » A VIP será implantada em conjunto com a pentavalente, uma vez que haverá a diminuição da aplicação da vacina hepatite B, no calendário básico da criança, o que permitirá a inclusão de uma nova vacina, no mesmo momento, sem que haja aumento no número de injeções já administradas na criança.

- » A Organização Pan-Americana da Saúde recomenda que os países da região das Américas continuem utilizando a VOP até a completa certificação mundial de erradicação da doença.
- » Assim, o Ministério da Saúde continuará realizando uma campanha nacional de vacinação contra poliomielite, utilizando a VOP para as crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

▪ Apresentação

A vacina VIP apresenta-se na forma farmacêutica solução injetável em frascos contendo 10 doses (BRASIL, 2012c).

- » Dose: cada dose de 0,5 ml da vacina contém:
- » Poliovírus inativados do tipo I - 40 unidades de antígeno UD (unidade de antígeno-D);
- » Poliovírus inativados do tipo II - 8 unidades de antígeno UD;
- » Poliovírus inativados do tipo III - 32 unidades de antígeno UD (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

▪ Indicação

Seu uso é indicado para a imunização ativa contra a poliomielite causada pelos três sorotipos (1, 2 e 3) a partir dos 2 meses idade. O esquema vacinal será sequencial (VIP/VOP) de quatro doses para crianças menores de 1 ano de idade que estiverem iniciando o esquema vacinal. A VIP deverá ser administrada aos 2 meses (1ª dose) e 4 meses (2ª dose) de idade, e a VOP aos 6 meses (3ª dose) e 15 meses de idade (reforço). A preferência para a administração da VIP aos 2 e 4 meses de idade tem a finalidade de evitar o risco, que é raríssimo, de evento adverso pós-vacinação. O intervalo entre as doses é de 60 dias, podendo ser de 30 dias, sendo que nos primeiros 6 meses de idade o intervalo mínimo de 30 dias só é recomendado se o indivíduo estiver sob risco iminente de exposição à circulação viral, como por exemplo, pessoas que se deslocarão a regiões endêmicas ou em situações de surto da doença.

▪ Esquema Vip-Vip-Vop-Vop



▪ Contraindicações

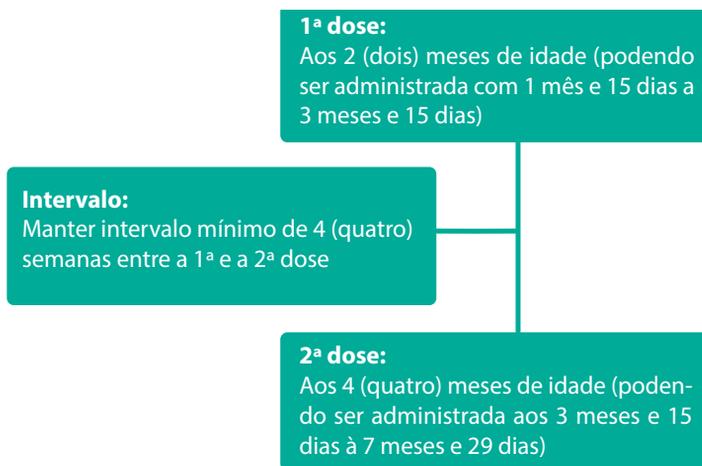
- » Qualquer indivíduo portador de alergia grave (anafilaxia) a qualquer componente da vacina. Como a VIP contém vestígios de estreptomicina, neomicina, e polimixina B, existe um risco teórico de reações alérgicas em pessoas sensíveis a estes antibióticos.
- » Qualquer pessoa que já apresentou quadro de reação alérgica grave a uma vacinação anterior com VIP (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

ATENÇÃO!

Pessoas com quadro clínico de doenças respiratórias superiores leve a moderada, com ou sem febre, reação local a uma dose prévia da vacina, terapia antimicrobiana atual e a fase de convalescença de doença aguda NÃO são contra-indicações para a vacinação com VIP. A amamentação também NÃO interfere com o sucesso da imunização com a VIP (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

Vacina oral contra rotavírus humano (VORH)

Para a vacina oral contra rotavírus humano G1PI [8] (atenuada) administre duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária:



Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repita a dose (BRASIL, 2012a).

Vacina pneumocócica 10 (conjugada)

No primeiro semestre de vida da criança, administre três doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade do bebê. O intervalo entre as doses é de 60 dias e mínimo de 30 dias. Faça um reforço, preferencialmente, entre os 12 e os 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de 6 meses após a 3ª dose.

Para crianças de 7 a 11 meses de idade, o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos um mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre os 12 e os 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses (BRASIL, 2012a).

Vacina meningocócica C (conjugada)

▪ Aspectos importantes

Administre duas doses, aos 3 e 5 meses de idade da criança, com intervalo de 60 dias e mínimo de 30 dias entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre os 12 e os 15 meses de idade (SÃO PAULO, 2010).

▪ Apresentação

Embalagem unidose, contendo dois frascos:

- Um com o pó liofilizado branco ou esbranquiçado (antígeno) e
- Outro com 0,8 ml de um líquido branco opaco (diluyente)

▪ Dose

Administrar 0,5 ml da vacina DTP/HB/Hib por via intramuscular, no vasto lateral da coxa, em crianças menores de 2 anos de idade e na região deltoide nas crianças acima de 2 anos de idade.

▪ Indicação

Crianças menores de 2 anos de idade. A vacina deve ser administrada exclusivamente pela via intramuscular profunda, de preferência na área anterolateral da coxa direita da criança. Atenção: administrar com cautela em indivíduos com trombocitopenia ou qualquer outro distúrbio de coagulação, uma vez que pode ocorrer sangramento após a administração intramuscular nesses pacientes.

▪ Contraindicação

A vacina não deve ser administrada em indivíduos com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina. Assim como ocorre para outras vacinas, a administração da vacina meningocócica C conjugada deve ser adiada em indivíduos apresentando estado febril grave e agudo, sobretudo para que sinais e sintomas da doença em curso não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos da vacina.

Vacina contra febre amarela (atenuada)

- Administre aos 9 meses de idade da criança. Durante surtos, antecipe a idade de vacinação para 6 meses.
- Tal vacina é indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação de vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais, além de alguns municípios dos Estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2012a).
- Para informações sobre os municípios dos referidos estados, busque as suas respectivas unidades de saúde. No momento da vacinação, considere a situação epidemiológica da doença.
- Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, busque informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na secretaria de vigilância em saúde do estado. Administre a vacina dez dias antes da data da viagem. Administre reforço a cada 10 anos após a data da última dose (BRASIL, 2012a).

Tríplice viral (vacina contra sarampo, caxumba e rubéola)

- Administre duas doses. A primeira dose deve ser administrada aos 12 meses de idade e a segunda dose aos 4 anos. Em situação de circulação viral, antecipe a administração de vacina para os 6 meses de idade; porém, devem ser mantidos o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considere o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses (BRASIL, 2012a).

Vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela - atenuada)

- O PNI amplia a oferta de vacinas na rotina de vacinação da criança com a introdução da vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela - atenuada), exclusivamente, para as crianças de 15 meses de idade, que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral (BRASIL, 2013b);
- Indicação da vacina: é indicada para a imunização ativa de crianças contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela. A introdução da vacina tetra viral no PNI ocorre com a administração de uma dose aos 15 meses de idade, para crianças que já receberam uma dose da vacina tríplice viral;
- Dose e via de administração: administrar dose de 0,5 ml, exclusivamente, por via subcutânea, preferencialmente na região deltoide superior do braço ou na região anterolateral superior da coxa;
- Contraindicações: A vacina tetra viral não deve ser administrada a crianças:
- Com hipersensibilidade conhecida à neomicina ou qualquer outro componente da vacina ou que tenham manifestado sinais de hipersensibilidade após administração das vacinas sarampo, caxumba, rubéola e ou varicela;
- Com imunodeficiências primárias ou secundárias.

SAIBA MAIS!

Referência: Ministério da Saúde – Informe técnico de introdução da vacina tetraviral – Disponível no link:

http://www.sopape.com.br/data/conteudo/arquivos/informe_tecnico_introducao_vacina_tetraviral.pdf.

4 CUIDADOS COM A SAÚDE DO BEBÊ

É importante ressaltar que os cuidados com a saúde do bebê e sua família devem ser sempre individualizados. Porém, algumas informações devem ser reforçadas ainda durante a primeira consulta:

- Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento, crescimento e desenvolvimento da criança, com início da Puericultura na Unidade de Saúde;
- Orientação sobre a vacinação, sobre a utilidade e manuseio da caderneta da criança, sobre a importância de evitar contato do RN com pessoas doentes e sobre a importância da estimulação da criança;
- Orientar a mãe sobre a consulta de puerpério.

Mesmo que no referido momento o foco principal seja a criança, é difícil avaliar o bem-estar do bebê sem prestar atenção no bem-estar da mãe. É importante que você esteja atento para o estado emocional das puérperas, identificando possível depressão pós-parto.

Em relação à higienização do bebê, reforce todos os cuidados para que o bebê não tenha infecções. Enfatize a importância da lavagem das mãos antes de manipular o RN. Ademais, considere:

- Limpeza da cavidade bucal: é normalmente iniciada antes da erupção dental. Usar um tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada ou soro para esfregar a gengiva. Orientar a mãe a procurar o dentista para realizar a consulta odontológica;
- Limpeza da região anal e perianal: deve ser feita a cada troca de fraldas com água morna e algodão para evitar lesões na pele. Nas meninas, a higiene da região anal e perianal deve ser feita no sentido da vulva para o ânus e que o banho de sol deverá ser de 15 minutos, antes das 9 h da manhã e\ou as 16 h;

- Higienização do coto umbilical: a mãe deve realizar higiene diária com álcool a 70% (é interessante a equipe disponibilizá-lo). Não utilizar faixas ou outros produtos no coto umbilical, mantendo-o sempre limpo e seco. Oriente a mãe em relação ao uso de receitas caseiras para curar o umbigo do RN, porém respeitando os hábitos e costumes culturais da mãe;
- Banho diário: usar sabonete neutro sem perfume e não usar talco; ferver a água do banho se essa não for tratada; evitar uso de perfumes e hidratantes, pois a pele da criança ainda é muito fina e sensível (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013b).

ATENÇÃO para mais algumas importantes orientações:

- Banho de sol: é importante para o crescimento do recém-nascido, porque ativa a produção de vitamina D, necessária para facilitar a absorção do cálcio presente na alimentação. Prefira o sol do começo da manhã, até as 9 h, ou o do fim da tarde, por volta das 16 h, que são mais fracos. O tempo de exposição deve ser de 15 a 30 minutos. Quanto maior a área do corpo do bebê exposta ao sol, melhor para a absorção de vitamina, por isso é recomendado que a criança fique despida ou somente de fralda. Não se recomenda o uso de protetor solar nos primeiros seis meses, pois a composição química pode irritar a pele ainda muito sensível (SÃO PAULO, 2010);
- Cólicas: na maior parte das vezes o bebê chora porque tem fome, porém, se após a mamada o choro persistir, ele pode estar com cólicas. As causas mais comuns são: "pega inadequada ou intervalos muito curtos de mamadas por insuficiência de esvaziamento adequado da mama". É importante que a mãe se mantenha calma. Deve ser corrigida a técnica de amamentação (pega) e o esvaziamento completo da mama, quando necessário. Chás e mel não devem ser oferecidos. Um banho ou bolsa de água morna ou massagens circulares suaves no abdômen acalmam o bebê e ajudam a eliminar os gases.

Orientar: colocar a criança em decúbito ventral apoiada nos braços; massagear o abdômen em movimentos circulares; compressas mornas no abdômen; dieta da nutriz (evitar café, chocolate, pimenta, doces, refrigerantes); não utilizar nenhum medicamento tipo antiespasmódico ou chás (SÃO PAULO, 2010);

- Sono: com relação à posição para dormir é importante manter a barreira para cima e não é necessário usar travesseiros. Vale ressaltar que o RN dorme em média 19 a 20 horas por dia;
- Roupas e fraldas: quanto à limpeza das roupas usar sabão neutro, não utilizar alvejante e amaciante. Orientar: lavar o local com água morna a cada troca de fralda; suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele); no caso do uso de fraldas descartáveis procurar não variar de marca, pois propiciam reações alérgicas (SÃO PAULO, 2010).

Considerações Finais

Nesta unidade você pode se aproximar ainda mais de conceitos que abordam questões nutricionais e da imunização de crianças. É importante que você perceba que todas as informações lhe fornecerão subsídios para a assistência integral à saúde da criança. O diálogo com equipe de saúde, com a família, reconhecer a realidade na qual essas crianças vivem são tão importantes quanto a fundamentação teórica, ambos indispensáveis para sua atuação na Atenção Básica em Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C. R. P. et al. Vitaminas y oligoelementos. **Previnfad**, Espanha, oct. 2002. Disponível em: <<http://www.aepap.org/previnfad/previnfad-inicio.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2014.
- BIRCH, L. L. Childhood overweight: family environmental factors. In: CHEN, C.; DIETZ, W. H. (Ed.). **Obesity in childhood and adolescence**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 161-176.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: menino: passaporte da cidadania**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p. Disponível em: <http://goo.gl/WMMfWQ>. Acesso em: 10 set. 2013.
- ____. _____. Nota Técnica Nº 193/2012/CGPNI/DEVEP/SVS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.
- ____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://goo.gl/cz9Uap>>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- ____. _____. _____. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/eTtlU9>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

____. _____. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/c7opss>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

____. _____. _____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <<http://goo.gl/KdOKOO>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

____. _____. _____. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 24 p. Disponível em: <<http://goo.gl/PGOJvG>>. Acesso em: 7 mar. 2014.

____. _____. _____. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 34 p. Disponível em: <<http://goo.gl/mRto7P>>. Acesso em: 7 mar. 2014.

____. _____. _____. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 144 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://goo.gl/MXoS6U>>. Acesso em: 7 mar. 2014.

____. _____. _____. Secretaria Especial de Saúde indígena. **Guia de consulta para vigilância epidemiológica, assistência e atenção nutricional dos casos de Beribéri**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 66 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://goo.gl/iAMrHH>. Acesso em: 5 mar. 2014.

____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico de introdução da Vacina Tetra Viral:** vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (atenuada). Brasília, DF: 2010. Disponível em: <http://goo.gl/RudBZw>. Acesso em: 6 mar. 2014.

____. _____. _____. **Informe Técnico da introdução da Vacina Inativada Poliomielite (VIP).** Brasília, DF: 2012d. 18 p. Disponível em: <http://goo.gl/BdqqN8>. Acesso em: 7 mar. 2014.

____. _____. SI-PIN. **Calendário Básico de Vacinação da Criança.** Rio de Janeiro: DATASUS, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/lrKzYl>. Acesso em: 6 mar. 2014.

____. _____. UNICEF. **Cadernos de Atenção Básica:** carências de micronutrientes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://goo.gl/IVplm7>. Acesso em: 6 mar. 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Vitamin D supplementation. Atlanta, USA, 2009. Disponível em: <http://goo.gl/cEUfTH>. Acesso em: 7 mar. 2014.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013. 1976 p.

FERNANDES, Simone Pereira; CONTERATO, Elisabete Viera; MELLO, Elza Daniel de. Manejo do paciente obeso pediátrico na atenção primária: proposta de uma abordagem terapêutica prática. **Rev HCPA**, v. 32, n. 4, p. 461-472, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/4uxt47>. Acesso em: 14 fev. 2014.

PORTAL DA SAÚDE. Prevenção e controle de agravos nutricionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/vyAyan>. Acesso em: 13 mar. 2014.

SANTA CATARINA. Sistema Único de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica Conjunta DIVE/GEABS Nº 05/2013. Orienta sobre a notificação/investigação de casos de desnutrição energético-proteica (DEP). Florianópolis, SC, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/g0iuiM>. Acesso em: 5 mar. 2014.

SÃO PAULO. Governo do Estado. **Informe técnico**: vacina conjugada contra o Meningococo C. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/HwME3Q>. Acesso em: 6 mar. 2014.

____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. **Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente**: protocolo de enfermagem. Ribeirão Preto, 2010. 45 p. Disponível em: < <http://goo.gl/dKBOCS>>. Acesso em: 6 mar. 2014.

SPECKER B. L. et al. Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentration in exclusively breast-fed infants. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 107, p. 372-376, 1985.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. SBP, 2006. 116 p. Disponível em: < <http://goo.gl/VONK9B>>. Acesso em: 7 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Environmental health indicators for Europe**: a pilot indicator-based report: background document. Budapeste, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/qmZg2h>>. Acesso em: 13 set. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The optimal duration of exclusive breastfeeding** - Report of an Expert Consultation - Geneva, Switzerland, March 2001.

Leitura complementar:

BRASIL. Presidência da República. Lei N° 9.795, de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 abr. 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/vPiDnI>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

CALIJURI, M. L. et al. Estudo de indicadores de saúde ambiental e de saneamento em cidade do Norte do Brasil. **Em Sanit Ambient.**, v. 14, n. 1, p. 19-28, jan. /mar. 2009.

LIMA, A. O. O Papel da família no ajustamento social e psicológico da criança. **Nova Fase**, ano. 3, n. esp. dez. 1999.

ONU. Comitê Social Humanitário e Cultural da Assembleia Geral. **Declaração dos Direitos da Criança**. UNICEF Brasil, 1959. Disponível em: <http://goo.gl/bMBSbr>. Acesso em: 13 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil**: uma análise através de indicadores. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 42 p. (Saúde Ambiental, 4). Disponível em: < <http://goo.gl/VNyw1W>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PEDRAZZANI, E. S. Aspectos educacionais da intervenção em helmintoses intestinais, no Subdistrito de Santa Eudóxia, município de São Carlos - SP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 74-85, jan./mar. 1990.

SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 749-757, out./dez. 1999.