



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pablo Ramires Funghetto

Crescer saudável: programa de acompanhamento e desenvolvimento (puericultura) em menores de dois anos.

Florianópolis, Setembro de 2022

Pablo Ramires Funghetto

Crescer saudável: programa de acompanhamento e desenvolvimento (puericultura) em menores de dois anos.

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do Curso de Especialização Em Atenção Primária Em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Zeno Carlos Tesser Junior
Coordenadora do Curso: Profa Dra Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Setembro de 2022

Pablo Ramires Funghetto

Crescer saudável: programa de acompanhamento e desenvolvimento (puericultura) em menores de dois anos.

Esta monografia foi julgada adequada para a conclusão do Curso de Especialização Em Atenção Primária Em Saúde, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa Dra Marta Inez Machado Verdi
Coordenadora do Curso

Zeno Carlos Tesser Junior
Orientador do trabalho

Florianópolis, Setembro de 2022

Resumo

O crescer saudável é um programa de puericultura introduzido no município de Imbuia, localizado no alto vale do Itajai, no estado Santa Catarina, município este que tem três Equipes de Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O programa tem como objetivo realizar acompanhamento sistemático e continuado das crianças até dois anos de vida, promover saúde através de bons hábitos e crescimento e desenvolvimento adequado, dando ênfase aos preceitos da puericultura tradicional, crescimento e desenvolvimento, seguimento vacinal, identificação de crianças de risco e encaminhamentos pertinentes, suplementação alimentar, orientações em geral, prevenção e estimulação de saúde. Dentro do cronograma que foi instituído de consultas seguimos o seguinte padrão, consultas aos 15 dias, 1 mês, 2, meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses, com equipe da saúde da família, adicionadas uma consulta de apoio da nutricionista e uma da odontologia. Utilizaremos como forma de captação dos usuários algumas estratégias, entre elas o auxílio das agentes de saúde e seus grupos de trabalho em aplicativos de mensagens, reforço durante as consultas de pré Natal e grupos de gestantes, sala de esperas e na busca pelas vacinas e coleta de teste do pezinho sempre deixando agendada a próxima consulta e dando flexibilidade para remarcação quando necessária. A forma de avaliação do projeto será por revisões sistemáticas dos prontuários do ESUS, semestralmente, com o objetivo final de realizar mais de cinquenta por cento das crianças com a metade das consultas de acordo com a faixa etária. De forma qualitativa o objetivo é atingir mais de onze por cento de todas as crianças da área com a totalidade das consultas referentes à sua idade.

Palavras-chave: Bem, Crescimento e Desenvolvimento, Criança, Saúde da Criança

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	25
5	RESULTADOS ESPERADOS	27
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

A cidade que trabalho, Imbuia se localiza no estado de Santa Catarina (SC), região do Alto vale do Rio Itajaí, teve como início em 1930 através da colonização alemã, teve como origem o nome da árvore que abundava na região, Imbuia foi distrito de Ituporanga até 1962, quando se tornou município na data de 10 de setembro, com uma população estimada em 6241 habitantes segundo IBGE em 2019, com uma área total de 123 mil km quadrados aproximadamente, uma altitude de 718 metros do nível do mar, fazendo divisa com os municípios de Vidal Ramos, Alfredo Wagner, Ituporanga, Leoberto Leal.

O município tem por principais etnias colonizadoras os alemães, italianos e poloneses, as principais atividades econômicas são a agricultura, principalmente o cultivo de cebola e tabaco, além de milho e outras culturas de subsistência, a cidade tem por alcunha ser a “princesinha do alto vale”, tendo como título de capital do milho verde, tendo a festa do milho verde (FEMIVE) como sua principal festividade.

O município, tem como estrutura de saúde três equipes de ESF, uma unidade de Pronto atendimento, uma policlínica de especialidades. As equipes cobrem 100 % da área do município, temos hoje as equipes completas com médicos e enfermeiros, técnicos, entre os agentes de saúde são 14 divididos em três áreas estamos com 2 descobertas temporariamente por afastamento e ou pedido de demissão recente porem com data para retomada da cobertura total.

Dispomos de equipe multidisciplinar, que atendem no município, fisioterapia terceirizada, nutricionista e psicóloga própria, temos atendimento de outras especialidades na policlínica, ambulatórios de Pequenas cirurgias, pediatria, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, O pronto atendimento tem medico 24 horas ao dia, serve como ponte para encaminhamentos a hospitalização de referência no Hospital Bom Jesus no município vizinho de Ituporanga.

Sobre a unidade de saúde que trabalho, esta unidade e composta por três equipes de PSF, das quais todas se encontram ativas, a minha área esta composta por 5 micro áreas, estando uma descoberta de agente no atual momento, a população total da área é 2773 pessoas cadastradas, segundo o ESUS, totalizando 1003 domicílios, destes 896 urbanos e 107 rural, 911 domicílios tem coleta seletiva de lixo registrada, sobre o tratamento de agua, 306 domicílios não tem agua tratada por empresa especializada, utilizam meios próprios para tratamento, filtro, fervura, ou tratamento com cloro e outras substancias. Das características da população quanto ao sexo, 1330 são masculinos e 1443 feminino.

Por faixa etária:

0-1 ano 14 indivíduos

1-5 anos 106 indivíduos

5-10 anos 206 indivíduos

10-15 anos 162 indivíduos
15-25 anos 412 indivíduos
25-40 anos 658 indivíduos
40-60 anos 708 indivíduos
60-70 anos 283 indivíduos
70-80 anos 154 indivíduos
Mais de 80 70 indivíduos

A demanda de atendimentos na minha área gira entorno de 25-30 pacientes diários, sendo em agendamento 8 pacientes pela manhã e 8 pacientes pela tarde, o restante em demanda espontânea.

Os motivos de consulta mais comuns nesses últimos três meses segundo levantamento do ESUS são, dor aguda, dores crônicas e ou articulares, acompanhamento e ou renovação de receitas para hipertensão arterial, acompanhamento e ou renovação de receita de pacientes em uso de psicotrópicos (depressão, transtorno de ansiedade, bipolaridade, etc.), acompanhamento e ou renovação de receitas de pacientes diabéticos.

Devemos sempre levar em consideração, que os pacientes com sintomas respiratórios têm um destino alheio a unidade de saúde, passando por um centro de triagem que identifica, diagnostica trata essas enfermidades devido a pandemia.

Os problemas identificados por mim em relação ao andamento das atividades de saúde na unidade são.

Baixa procura para acompanhamento e falta de um cronograma de atendimento direcionado a hipertensos e diabéticos refletindo em baixos números no programa previne brasil.

Pouca educação em saúde em relação as doenças crônicas tratáveis, Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.

Baixa procura e adesão por parte dos homens e mulheres as consultas de rotina e prevenção de afecções mais comuns aos homens

Grande número de pessoas em uso de medicação controlada e pouco acompanhamento profissional em relação a saúde mental.

Ausência total de iniciativa e quase inexistência de avaliação e seguimentos de menores de 2 anos, puericultura, sem cronograma, datas e agendamentos específicos para isso.

Muitos desses problemas já estão com soluções em andamento que visam minimizar estas dificuldades

Temos um programa municipal, que se chama previne Mulher que está sendo executado há dois anos, com horário estendido e agendamentos especiais e captação através de mídia e orientação para prevenção do câncer de colo uterino e mama. Que vem melhorando os números em relação a prevenção das mulheres esse ano implantamos horários acessórios no mesmo programa mais designados aos homens companheiros das mulheres que procuram o programa.

Em se tratando aos acompanhamentos de hipertensos e diabéticos, e de saúde foi criado um programa multidisciplinar, com educador físico, nutricionista, psicólogo, que se chama saúde e bem-estar, com encontros voltados a auxiliar na mudança de hábitos.

Baseado nisso decidi escolher como projeto de intervenção a iniciativa de realizar um trabalho para implementar e conseguir a adesão direcionado a puericultura em menores de 2 anos. Já vinha discutindo há alguns meses com a equipe e por aval da secretaria de saúde a ideia será implantada nas três unidades de ESF.

A escolha do problema leva em consideração a ausência de política municipal, a dificuldade de acesso a pediatria que fica muito mais para os problemas agudos do que acompanhamentos, aos grandes números de crianças que surgem com problemas de desenvolvimento neuropsicomotor na atualidade, por termos uma iniciativa de todas as equipes no intuito de mobilizar a equipe multidisciplinar visando proteger e melhorar o cuidado a primeira infância.

Trazer novamente as crianças ao convívio da unidade, acostumar elas e introduzir o costume de cuidar da saúde desde pequenos, trabalhar todos os fatores da puericultura, nutricional, motor, mental, risco de acidentes, orientações em gerais.

A intervenção será no sentido de instituir um programa voltado a puericultura, visando abrir horários nas agendas, captar através do pré-natal para acompanhamento, incentivar as mães a procurar as consultas de acompanhamento, criar alternativas para esse acompanhamento, instituir acompanhamento odontológico e nutricional, durante os dois primeiros anos de vida, criar através das agentes de saúde vínculos que fortaleçam esse atendimento e que mostrem as dificuldades e por que motivos a adesão pode ser prejudicada através de questionário e trabalho de conscientização, com capacitação e treinamento de toda equipe para tal iniciativa, temos a sugestão de nome até o momento para que o programa tenha o nome de Crescer Saudável.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar o número de atendimentos para acompanhamento e prevenção em crianças menores de 2 anos na unidade básica de saúde.

2.2 Objetivos específicos

1. Realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 24 meses, na unidade de saúde;
2. Implantar novo calendário de atendimento à criança sadia, com atendimento de equipe multiprofissional;
3. Identificar e captar precocemente crianças de risco.

3 Revisão da Literatura

Puericultura

1. Conceito e definições.

O termo puericultura vem das palavras em latim puer que significa criança e cultur que significa criação, cuidado. Ele foi utilizado pela primeira vez por Ballexserd, em 1762 em seu livro Tratado de Puericultura, que abordava cuidados de higiene da criança.

A puericultura teria ganho força após um novo manual do médico francês Caron, que foi publicado em 1865, intitulado "A puericultura ou a ciência de elevar higienicamente e fisiologicamente as crianças". Caron observou empiricamente que grande parte das crianças internadas nos hospitais de Paris, na sua época, poderiam ter doenças e conseqüentemente internações evitadas se as mães tivessem recebido orientações sobre como amamentar e cuidar corretamente de seus filhos. Surgiu daí então a ideia de que prevenção e educação em saúde poderia diminuir drasticamente os agravos das crianças e de que a puericultura seria o principal pilar da pediatria preventiva.

Segundo a Sociedade brasileira de Pediatria, a puericultura é "o pilar, a pedra angular da pediatria, responsável pela promoção da saúde, pelo bom crescimento e desenvolvimento das crianças. É um importante acompanhamento médico realizado por pediatra, a puericultura é a ciência que visa proteger o paciente contra algum agravo que possa interferir em seu desenvolvimento físico e mental"(SBP, 2022)

"Puericultura consiste em um acompanhamento periódico visando a promoção e proteção da saúde das crianças e adolescentes, por meio dela acompanha-se integralmente o ser humano de 0 a 19 anos, sendo possível identificar precocemente qualquer distúrbio de crescimento, desenvolvimento físico e mental, nutricional, dentre outros, compreendendo a criança e o adolescente como um ser em desenvolvimento com suas particularidades" (BRASIL, 2012).

A puericultura é o acompanhamento integral da criança, que ocorre de forma multiprofissional e ampla, abordando todos os aspectos biopsicossociais voltados à família e a criança. A puericultura de forma coletiva é uma nova estratégia, que une todos os profissionais, buscando dinamizar o processo de cuidar e integrar as crianças (LACERDA et al., 2021).

Na minha visão a puericultura é uma subespecialidade da pediatria responsável pelo acompanhamento preconcepção até a puberdade realizada por equipe multidisciplinar, visando identificar problemas de saúde, e potenciais riscos que afetem desde o momento da concepção até a fase adulta dos agravos de crescimento e desenvolvimento, físico, social e mental das crianças, visando corrigir problemas, educar para evitar agravos futuros.

2. Objetivos da Puericultura (FUJIMORE; BORGES, 2009)(KOBINGER; PUCCINI; STRUFALDI, 2010)(MARCONDES; SETIAN; CARRAZA, 2002)(??):

Os objetivos gerais da puericultura são:

- Identificar e dar seguimento e encaminhamentos a pacientes com problemas neonatais relacionados ao parto, infecções neonatais e testes de triagens como do pezinho, orelhinha, coraçãozinho etc.

- Orientar na concepção quanto a medidas para ter uma gravidez onde diminua os riscos gestacionais e fetais.

- Acompanhar o desenvolvimento e crescimento das crianças através de uma sistemática com consultas em períodos estratégicos a fim de identificar possíveis riscos.

- Identificar e realizar orientação nutricional, quanto a suplementação alimentar e introdução alimentar, incentivar a amamentação com leite materno exclusivo.

- Acompanhar e orientar os pais quanto as vacinas e a sua importância, mantendo em dia o calendário vacinal.

- Identificar possíveis transtornos de desenvolvimento neuropsicomotor, dando continuidade a atenção integral a essas crianças com os encaminhamentos necessários.

- Proteger a criança e orientar os pais quanto a riscos de acidentes, violência em todas as esferas do cuidado.

- Incentivar atividade física, estimulação adequada da criança, orientar e educar quanto ao uso de telas e estímulos danosos ao desenvolvimento das crianças.

- Zelar pelo bem estar físico e mental da criança, respeitando o que diz o ECA (estatuto da criança e do adolescente).

- Estimular hábitos saudáveis visando que crianças não se tornem adultos enfermos.

3. Cronograma de atendimento

Existe muita discussão sobre qual o melhor cronograma de atendimento para uma adequada puericultura, modelos trabalham com consultas pré-concepção, até acompanhamentos na puberdade inclusive chegando até os 18 anos.

A sociedade brasileira de pediatria orienta ao seguinte cronograma:

- 0 a 6m: mensal - 6 a 12m: bimestral - 12 a 18 m: trimestral - 1 ½ a 5 anos: semestral
- 5 a 18 anos: anual

O ministério da saúde por sua vez tem um calendário muito mais enxuto, sendo o seguinte.

- No primeiro ano de vida: até 15 dias primeira consulta, 1, 2, 4, 6, 9, 12 meses de vida.

- No segundo ano: aos 18 e 24 meses - do terceiro ano de vida até o 6 ano 1 consulta anual.

4. Pontos a serem avaliados nas consultas

4.1- Antropometria

O crescimento físico normal é uma forma importante da avaliação do estado geral de uma criança do seu desenvolvimento socioeconômico e do ambiente onde vive. É considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, sendo possível identificar fatores

ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais com a criança e de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. Como consequência, as condições em que ocorre o crescimento, em cada momento da vida da criança, incluindo o período intrauterino, determinam suas possibilidades de atingir ou não seu potencial máximo de crescimento, dotado por sua carga genética.

A velocidade de crescimento pós-natal é particularmente elevada até os cinco primeiros anos de vida, principalmente nos dois primeiros anos. Este é, portanto, o período mais vulnerável aos distúrbios de crescimento.

Estudos mostram que déficits de crescimento que ocorram até os dois anos são passíveis de recuperação total, enquanto acima dessa idade se torna bem mais difícil a recuperação. A avaliação periódica da saúde criança permite o acompanhamento do progresso individual, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição e a obesidade, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil.

Principais índices de avaliação antropométricos:

4.1.1- Ganho de peso- esse marcador deve ser acompanhado através da medida de peso e colocação em gráfico de peso por idade e peso por estatura, levando sempre em considerações as particularidades de cada criança, prematuridade, deficiências e síndromes.

4.1.2- Ganho de altura- Medida básica para acompanhamento de crescimento, deve ser verificada e colocada em gráfico de estatura por idade e peso por estatura.

4.1.3- Perímetro cefálico- Outra medida considerada básica para acompanhamento de crescimento, capaz de avaliar risco de microcefalia e hidrocefalia, além do desenvolvimento pondero estatural adequado, também outras malformações do crânio.

4.1.4- Outros: Circunferência torácica, circunferência abdominal, perímetro da panturrilha, perímetro do braço, índice de massa corporal, podem ser utilizadas em algumas situações para acompanhamento.

4.2- Alimentação e suplementações vitamínicas de rotina. Neste item deve se avaliar se o aporte nutricional está adequado de acordo com a idade da criança, se a ingesta de alimentos saudáveis e de forma adequada, visando diminuir o risco nutricional de desnutrição e hipo e hipervitaminose além do risco de obesidade infantil e erro alimentar grave, além de controle de sintomas gastrointestinais como diarreia, constipação e meteorismo causados por alimentação equivocada.

4.3- Desenvolvimento: motor, cognitivo e emocional.

Neste tópico é importante levar em consideração aos marcos do desenvolvimento motor, cognitivo e social da criança, respeitando as particularidades e visando identificar possíveis atrasos e dando os encaminhamentos necessários para auxílio na correção dos agravos.

Existem muitas orientações e marcos, citarei dois exemplos aqui:

0 a 3 meses:

-Mantém o corpo todo fletido; -Mãos fecham ao contato (reflexo de preensão palmar);
 -Leva uma das mãos à boca; -Reage ao escutar sons altos (pisca os olhos, chora, se assusta, parando de realizar o que estava fazendo); -Chora quando quer algo; -Acalma-se com uma voz familiar;

-Virar a cabeça para o lado em direção ao som.

4 a 6 meses

-Sorri; -Vira a cabeça e os olhos à procura do som; - Reage quando chamado pelo nome; - Emite murmúrios e sons suaves – balbucio; - Brinca com a produção dos sons; - Segura objetos leves; - Controla a cabeça; - Permanece sentado com apoio; - De barriga para baixo apoia-se nos braços e levanta a cabeça; - Rola para os lados.

7 a 9 meses

-Reage a barulhos de brinquedos; -Reage quando chamado pelo nome, “não” imita a fala; -Vira a cabeça e os olhos ao mesmo tempo à procura do som; -Varia a entonação de voz, intensidade e altura; -Localiza para o lado e para baixo indiretamente; -Diz “mama” ou “papa”; -Senta-se sem apoio; -Pega objetos fora do alcance; -Arrasta-se para frente; -Brinca com os pés, podendo colocá-los na boca; -Permanece na posição de gato, podendo engatinhar.

10 meses a 1 ano

-Vira os olhos na diagonal à procura dos sons e vozes; -Localiza o som para o lado e para baixo diretamente; -Uso das primeiras palavras com significado; -Atende ordens simples; -Muda para todas as posições sozinha, incluindo de pé; -Pode engatinhar; -Fica de pé com apoio, anda para os lados, podendo dar alguns passos para frente; -Bate palmas, acena com a mão e imita os adultos com gestos.

1 ano e 1 mês a 1 ano e 4 meses

-A criança olha atentamente o rosto do falante; -Diferencia sons fortes e suaves; -Usa as primeiras palavras com significado; -Reage a sons familiares, como: telefone, campainha; -Imita palavras; -Entende “me dá” acompanhado de gesto; -Emite seis ou sete palavras claras; -Entende ordens simples; -Reconhece seu nome; -Anda sozinho; -Constrói torre de até 3 cubos; -Fica de cócoras e volta a cair de pé.

1 ano e 4 meses a 2 anos

-Discrimina sons diferentes, voz da mãe ou do pai; -Localiza diretamente todos os sinais; para os lados, para cima, para baixo e para trás; -Apresenta conversação balbuciada; -Gosta de canções infantis; -Aponta partes do corpo; -Escuta estórias; -Seleciona objetos pelo nome; -Apresenta localização completa dos sons; -Ao final desta fase utiliza frases de duas palavras com vocabulário de 20 ou mais palavras; -Apresenta maior coordenação motora para brincadeiras de encaixe; -Empurra e puxa objetos enquanto anda; -Segura lápis e rabisca com apoio do polegar.

2 anos e 1 mês a 3 anos

-Imita os adultos; -Reconhece objetos de seu uso diário; -Idêntica coisas, nomeia; -

Obedece a duas ordens simples seguidas; -Reconhece a função de certos objetos; -Relata pequenos acontecimentos; -Ao final dessa fase apresenta aumento do vocabulário de 500 a 1000 palavras; -Produz sentenças de 3 a 5 palavras; -Vira trincos e maçanetas de portas; -Desce escada com ajuda; -Vira páginas, uma de cada vez; -Desembrulha objetos pequenos; -Salta sobre dois pés; -Chuta bolas grandes; -Faz bola de argila; -Separa e junta brinquedos que se completam de forma simples.

Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos

Até o 15 dia de vida

Reflexos: • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6° mês.

- Preensão dos artelhos: desaparece até o 11° mês.

- Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13° mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica.

- Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3° mês e não deve existir a partir do 6° mês.

- Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3° mês.

1 mês

Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.

2 meses

Entre 2 e 3 meses: sorriso social.

Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros.

Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).

4 meses

Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos.

Entre 4 a 6 meses: o bebê virar a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.

Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.

6 meses

Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de “permanência do objeto”. * A partir do 7° mês: o bebê senta-se sem apoio.

Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha.

Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.

9 meses

Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio.

Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.

12 meses

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho.

Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.

15 meses

Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.

2 anos Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus.

Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais).

Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.

De 4 a 6 anos

Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio.

Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias.

O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes.

A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta.

Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam.

Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima.

Os amigos assumem importância fundamental.

A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa).

De 7 a 9 anos

A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua auto percepção, “fechando” algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc.

A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.

10 anos

A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

4.4- Imunizações Importante para a diminuição das doenças infectocontagiosas e muitos agravos responsáveis por um número importante de óbitos infantis no passado, é de suma importância na puericultura o controle vacinal e orientação visando estimulação da vacinação, tanto das vacinas que constam no PNI(programa nacional de vacinação)

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm CRIANÇA, Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2021/2022 (SBIM, 2022).

1. BCG ID: deverá ser aplicada o mais precocemente possível, de preferência ainda na maternidade, em recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.000 g. Em casos de histórico familiar, suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacinação poderá ser postergada ou contraindicada. A revacinação com BCG não é recomendada mesmo para crianças que não desenvolveram cicatriz vacinal, pela ausência de evidências de que a repetição traga benefício adicional.

2. Hepatite B:

a) Aplicar a primeira dose nas primeiras 12 horas de vida.

b) O esquema de quatro doses pode ser adotado quando é utilizada uma vacina combinada que inclua a vacina hepatite B, ou seja, a primeira dose ao nascer, com a vacina isolada, e aos 2, 4 e 6 meses de idade com DTPw- -HB-Hib ou DTPa-HB-VIP-Hib. c) Se mãe HBsAg+, administrar vacina nas primeiras 12 horas de vida e HBIG o mais precocemente possível (até sete dias após o parto).

3. Tríplice bacteriana: o uso de vacina acelular (DTPa) é preferível ao de células inteiras (DTPw), pois os eventos adversos associados com sua administração são menos frequentes e intensos. O reforço dos 4 a 5 anos pode ser feito com dTpa, DTPa ou DTPw. O reforço dos 9 a 10 anos de idade deve ser feito com a vacina tríplice acelular do tipo adulto (dTpa).

4. Hib: recomenda-se o reforço aos 15-18 meses, principalmente quando forem utilizadas, na série primária, vacinas Hib nas combinações com DTPa.

5. Poliomielite: recomenda-se que, idealmente, todas as doses sejam com a VIP. Não utilizar VOP em crianças hospitalizadas e imunodeficientes.

6. Vacina rotavírus monovalente: duas doses, idealmente aos 2 e 4 meses de idade. Vacina rotavírus pentavalente: três doses, idealmente aos 2, 4 e 6 meses de idade. Para ambas as vacinas, a primeira dose pode ser feita a partir de 6 semanas de vida e no máximo até 3 meses e 15 dias, e a última dose até 7 meses e 29 dias. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias. Se a criança cuspir, regurgitar ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose. Não utilizar em crianças hospitalizadas. Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacina pode estar contraindicada e seu uso deve ser avaliado pelo médico.

7. Pneumocócicas conjugadas: a SBIm recomenda o uso preferencial da VPC13 com o intuito de ampliar a proteção para os três sorotipos adicionais. Crianças menores de 6 anos com esquema completo ou incompleto de VPC10 podem se beneficiar com dose(s) adicional(is) de VPC13, respeitando se a recomendação de bula para cada idade de início e o intervalo mínimo de dois meses da dose anterior da VPC10. O PNI adotou, desde janeiro de 2016, o esquema de duas doses da VPC10 aos 2 e 4 meses de vida, com reforço aos 12 meses. A SBIm mantém a recomendação de três doses quando utilizada a VPC13:

aos 2, 4 e 6 meses de vida com reforço entre 12 e 15 meses.

8. Meningocócicas conjugadas ACWY/C: sempre que possível, preferir a vacina menACWY no primeiro ano de vida e reforços. No Brasil, quatro vacinas meningocócicas conjugadas estão licenciadas para crianças: menC, menACWY-CRM e menACWY-TT a partir de 2 meses de idade e menACWY-D a partir dos 9 meses de idade. Para todas elas são recomendados dois reforços: entre 5 e 6 e aos 11 anos de idade (ou cinco anos após a última dose), tendo em vista a queda dos títulos de anticorpos protetores. Não existem dados de estudos de intercambialidade entre as vacinas meningocócicas conjugadas. Crianças vacinadas com menC podem se beneficiar com o uso da vacina menACWY, a fim de ampliar a proteção, respeitando-se um intervalo mínimo de um mês da última menC.

9. Meningocócica B: crianças entre 3 e 11 meses devem receber duas doses com intervalo de dois meses entre elas, idealmente aos 3 e 5 meses de idade, e uma dose de reforço entre 12 e 15 meses de idade (esquema 2 + 1). Crianças de 12 a 23 meses devem receber duas doses com intervalo de dois meses entre elas com uma dose de reforço entre 12 e 23 meses após esquema primário.

A partir dos 24 meses de idade: duas doses com intervalo mínimo de um a dois meses entre elas – não foi estabelecida ainda a necessidade de dose de reforço. Em grupos de alto risco: portadores de asplenia anatômica ou funcional, deficiência de complemento ou pessoas em uso de biológicos que interferem na via do complemento é recomendada uma dose de reforço um ano após o fim do esquema de doses básico para cada faixa etária e revacinar a cada três anos.

10. Influenza: é recomendada para todas as crianças a partir dos 6 meses de idade. Quando administrada pela primeira vez em crianças menores de 9 anos, aplicar duas doses com intervalo de 30 dias. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.

11. Febre amarela: Duas doses: aos 9 meses de vida e aos 4 anos de idade. Recomenda-se que crianças menores de 2 anos de idade, sempre que possível, não recebam as vacinas febre amarela e tríplice viral no mesmo dia, respeitando-se um intervalo de 30 dias entre as doses. Contraindicada para imunodeprimidos, mas se o risco de adquirir a doença superar os riscos potenciais da vacinação, o médico deve avaliar seu uso. Essa vacina pode ser exigida para maiores de 9 meses de vida para emissão do CIVP, atendendo exigências sanitárias de alguns destinos internacionais. Neste caso, deve ser aplicada até dez dias antes de viajar.

12. Hepatite A: para crianças a partir de 12 meses de idade não vacinadas para hepatite B no primeiro ano de vida, a vacina combinada hepatites A e B na formulação adulto pode ser considerada para substituir a vacinação isolada (A ou B) com esquema de duas doses (0 - 6 meses).

13. Sarampo, caxumba e rubéola: para crianças com esquema completo, não há evidên-

cias que justifiquem uma terceira dose como rotina, podendo ser considerada em situações de risco epidemiológico, como surtos de caxumba e/ou sarampo. Em situação de risco para o sarampo – por exemplo, surto ou exposição domiciliar – a primeira dose pode ser aplicada a partir de 6 meses de idade. Nesses casos, a aplicação de mais duas doses após a idade de 1 ano ainda será necessária. Veja considerações sobre o uso da vacina tetraviral (SCRV) no item 15. O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico.

14. Varicela: é considerada adequadamente vacinada a criança que tenha recebido duas doses da vacina após 1 ano de idade. Em situação de risco – por exemplo, surto de varicela ou exposição domiciliar – a primeira dose pode ser aplicada a partir de 9 meses de idade. Nesses casos, a aplicação de mais duas doses após a idade de 1 ano ainda será necessária. Veja considerações sobre o uso da vacina tetraviral (SCRV) no item 15. O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico.

15. Tetraviral (SCRV): Aos 12 meses, na mesma visita, aplicar a primeira dose da tríplice viral e varicela em administrações separadas (SCR + V) ou com a vacina tetraviral (SCRV). A segunda dose de tríplice viral e varicela, preferencialmente com vacina tetraviral, pode ser administrada a partir dos 15 meses de idade, mantendo intervalo de três meses da dose anterior de SCR, V ou SCRV.

16. HPV: O esquema de vacinação para meninas e meninos menores de 15 anos é de duas doses com intervalo de 6 meses (0 - 6 meses).

17. Dengue: recomendada para crianças a partir de 9 anos de idade, soropositivas. Esquema de três doses com intervalo de seis meses entre elas (0 - 6 - 12 meses). Contraindicada para crianças soronegativas e imunodeprimidas.

4.5- Funcionamento gastrointestinal e gênito urinário

O bom funcionamento do trato gastrointestinal ajudam a identificar erros alimentares, problemas com certos alimentos e doenças gastrointestinais, além de uma avaliação para o controle de esfíncteres, em se tratando ao gênito urinário é de importante valia para auxiliar no acompanhamento de pacientes com possíveis problemas nesse sistema, além de identificar possíveis atrasos e difícil controle de esfíncteres.

4.6 Qualidade de sono

Uma boa qualidade de sono, forma, posição e orientação podem ter impacto na vida e no risco de morte prematura de RN além de outras doenças e agravos relacionados ao sono, apneia, sonambulismo, etc.

4.7 Atividade física x tempo de telas

Uma das dificuldades dos últimos anos após a implementação da era digital, o uso excessivo de telas e a falta de atividade física, contribui com déficits cognitivos, dificuldade de concentração e aprendizado, além de aumentar o risco de obesidade infantil e síndrome metabólicas infantil.

4.8- Contato com a natureza

A uma tendência cada vez mais de preservação de crianças em ambientes fechados

sem contato com a natureza, uma gama de estudiosos relaciona isso a um déficit de desenvolvimento do sistema imunológico das crianças por falta de contato com elementos naturais, deve-se estimular a criança a brincar em áreas externas sob supervisão dos pais.

4.9- Prevenção de acidentes

Com o avanço da medicina e as novas práticas de assistência médica e social os acidentes se tornaram uma grande fatia dos óbitos evitáveis em crianças menores de 5 anos, por isso é de grande valia orientar os pais sobre a proteção do entorno, os cuidados e experiências vividas, no sentido de evitar mutilações, traumas, queimaduras, acidentes com eletricidade, quedas e todo tipo de agravo capaz de produzir dano e sequelas.

5-Equipe Multidisciplinar Na unidade básica de saúde cabe ao médico e enfermeira realizar os acompanhamentos de puericultura, na realidade atual cada vez mais se põe necessário o acompanhamento multidisciplinar por vários profissionais, hoje com o desenvolvimento do cuidado e abrangência do SUS a outras áreas profissionais, devemos colocar no engajamento profissionais que são indispensáveis para auxílio, como psicóloga, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, odontologia, visando uma avaliação ampliada e integral do cuidado.

Nesse sentido muitas vertentes defendem uma consulta com nutricionista aos 6 meses e 1 ano, e depois sempre que necessário, também com odontólogo aos 6 meses e 1 ano e depois conforme necessidade de acompanhamento.

6- Considerações finais:

Lutar por uma puericultura de qualidade é uma das grandes esperanças de melhorar a vida dos futuros adultos, pois o trabalho de educação na infância surte mais efeito ensinar e orientar pais sobre como encorajar seus filhos a ter uma vida mais saudável do ponto de vista social, cultura, saúde física e emocional pode mudar muitas vidas e faz parte da equi[W1] pe multidisciplinar.

4 Metodologia

Metodologia

Serão avaliados todas as crianças menores de 2 anos registradas na área de atuação, mediante consulta de prontuário localizado no E.SUS.

Serão realizadas avaliações periódicas semestrais, visando identificar crianças em acompanhamento e checar também crianças com acompanhamento externo, através de busca ativa com auxílio da equipe multidisciplinar e agentes comunitários de saúde.

Será somado como atendimento em puericultura aqueles que adentrem e sejam preenchidos os campos respectivos que constam no sistema de prontuários ESUS, antropometria, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação, etc...

Para quantificação dos resultados será considerado os seguintes parâmetros:

Quantitativo: Avaliação total das crianças menores de dois anos cadastradas.

- Insatisfatório: até 50 % das crianças com no mínimo metade das consultas de puericultura realizadas para sua faixa etária.
- Satisfatório: mais de 50% das crianças com no mínimo metade das consultas de puericultura realizadas para sua faixa etária.

Qualitativo: Avaliação total das crianças menores de dois anos cadastradas.

- Regular, até 10% das crianças com todas as consultas de acordo com sua faixa etária completa além de uma avaliação nutricional (nutricionista) e odontológica.
- Bom, de 11% até 30 % das crianças com todas as consultas de acordo com sua faixa etária completa além de uma avaliação nutricional(nutricionista) e odontológica.
- Ótimo, de 31% ou mais das crianças com todas as consultas de acordo com sua faixa etária completa além de uma avaliação nutricional e odontológica.

5 Resultados Esperados

O programa está instituído desde junho de 2022, terá avaliação dos resultados no mês de janeiro de 2023, os resultados esperados são um aumento progressivo das crianças em acompanhamento tendo como objetivo primário atingir as metas quantitativa satisfatória, mais de 50 % das crianças da área de cobertura com 50 % das consultas de puericultura realizadas para sua faixa etária, com o índice qualitativo bom mais de 11% dos pacientes com todas as consultas realizadas para a faixa etária e no mínimo uma consulta odontológica e nutricional.

O programa tem por objetivo aumentar gradativamente já que não havia nos dois últimos anos nada instituído e uma falta de continuidade do processo de acompanhamento por puericultura, nesse sentido as metas serão reavaliadas a cada ano buscando otimizar de acordo com a realidade do momento. O foco é gradativamente atingir números maiores e melhores tendo em vista que a captação precoce e continuada otimiza os resultados.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012. Citado na página 15.
- FUJIMORE, E.; BORGES, A. L. V. Avaliação do crescimento. In: FUJIMORE, E.; OHARA, C. V. S. (Ed.). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri-SP: Manole, 2009. p. 121–121. Citado na página 15.
- KOBINGER, M. E. B. A.; PUCCINI, R. F.; STRUFALDI, M. W. L. Crescimento. In: SUCUPIRA, A. C. S. (Ed.). *Pediatria em consultório*. São Paulo: Sarvier, 2010. p. 35–48. Citado na página 15.
- LACERDA Érica Dionísia de et al. Puericultura coletiva: Revisão da literatura. *RESUMOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE*, v. 1, n. 1, p. 1–10, 2021. Citado na página 15.
- MARCONDES, E.; SETIAN, N.; CARRAZA, F. R. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: MARCONDES, E. (Ed.). *Pediatria Básica. Pediatria Geral e neonatal*. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 23–35. Citado na página 15.
- SBIM, S. B. de I. *CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm CRIANÇA - Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)*. 2022. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-crianca.pdf>>. Acesso em: 05 Jul. 2022. Citado na página 21.
- SBP, S. B. D. P. *Consulta de Puericultura*. 2022. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/consulta-de-puericultura/>>. Acesso em: 05 Jul. 2022. Citado na página 15.