

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**



Caso complexo
Danrley e Darlene

Fundamentação teórica
Puericultura



**MAIS MÉDICOS
PARA O BRASIL**

PROVAB

PUERICULTURA

Eliana Saporoli

O termo “puericultura” etimologicamente quer dizer: puer = criança e cultur/cultura = criação, cuidados dispensados a alguém.

Ele foi utilizado pela primeira vez por Ballexserd, ao publicar na Suíça, em 1762, seu livro *Tratado de Puericultura*, abordando questões gerais de higiene da criança.

Esta expressão ganhou força ao ser retomada pelo médico francês Caron, que, em 1865, publicou um manual intitulado *A puericultura ou a ciência de elevar higienicamente e fisiologicamente as crianças*. O interesse de Caron surgiu da constatação empírica de que grande parte das crianças internadas nos hospitais de Paris, na sua época, poderia ter doenças e conseqüentemente internações evitadas, se as mães tivessem recebido orientações sobre como amamentar e cuidar corretamente de seus filhos.

Este médico já evidenciava os dois pilares magnos da puericultura: a prevenção e a educação em saúde. Essas duas linhas sempre estarão interligadas, daí a assertiva de que a puericultura é fundamentalmente Pediatria preventiva.

Outro enfoque central da puericultura é a abordagem das doenças do adulto com raízes na infância e, portanto, preveníveis desde a infância. Um dos exemplos dessa abordagem é o baixo peso ao nascer como fator de risco para doenças circulatórias, diabetes e obesidade. Outro exemplo, porém positivo, é o aleitamento materno, que, entre tantas qualidades, é fator de proteção contra hipertensão arterial.

Fica claro, portanto, que a puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações aos pais e/ou cuidadores sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar no período do desmame, higiene individual e ambiental, assim como pela identificação precoce dos agravos, com vistas à intervenção efetiva e apropriada. Para isso, demanda a atuação de toda a equipe de saúde multiprofissional que assiste a criança e sua família por meio da consulta de enfermagem, consulta médica, consulta odontológica, grupos educativos e visitas domiciliares, no contexto da Atenção Básica.

O crescimento representa um dos sinais mais importantes de saúde da criança, sendo considerado o pré-requisito para qualquer estratégia de promoção da saúde infantil, recomendado e reconhecido como uma importante ação de saúde.

Com o intuito de garantir a extensão da cobertura do atendimento infantil na rede básica de saúde e assegurar simultaneamente o aumento da capacidade resolutive desses serviços, desde 1984 o Ministério de Saúde prioriza cinco ações básicas de saúde, com eficácia comprovada para a redução da morbimortalidade infantil: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; prevenção e controle das doenças diarreicas; prevenção e controle das infecções respiratórias agudas; e imunização.

O conjunto dessas cinco ações básicas visa assegurar a integralidade e a sistematização do atendimento prestado pelos profissionais de saúde inseridos nos diversos serviços de saúde, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em doenças para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento, que constitui o eixo central do atendimento prestado, uma vez que permite evidenciar, de maneira precoce, os transtornos que afetam a saúde, a nutrição e o desenvolvimento da criança.

Portanto, a avaliação do crescimento físico normal é uma forma importante de conhecer e vigiar o estado geral da saúde de uma criança e o desenvolvimento socioeconômico e de saúde da comunidade onde ela vive.

O crescimento e o desenvolvimento humano constituem-se em um modelo de interação do ser humano e do ambiente, sendo o resultado final de um conjunto de fatores que podem ser divididos em: intrínsecos, representados pelos fatores genéticos e neuroendócrinos; e extrínsecos, que são os fatores ambientais, podendo ser subdivididos em pré-natais e pós-natais. Entre os fatores extrínsecos essenciais para o crescimento encontram-se a ingestão de dieta balanceada, variada e fracionada, a atividade física, alterações climáticas e ambientais de ordem física e toda a estimulação biopsicossocial, incluindo o afeto e o impacto da urbanização.

De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. É considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de 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 linear que ocorram até os dois anos (principalmente no primeiro ano de vida) são passíveis de recuperação total, enquanto acima dessa idade a reversibilidade desse quadro se torna bem mais difícil.

Portanto, as atividades de recuperação nutricional devem priorizar crianças até dois anos de idade para permitir uma total recuperação e prevenção de problemas de saúde futuros. As causas que afetam o crescimento também podem influenciar o desenvolvimento infantil.

Essa grande vulnerabilidade biológica faz com que seja extremamente importante o acompanhamento sistemático do crescimento da criança até cinco anos de idade.

A avaliação periódica da saúde da 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. Esse monitoramento do crescimento também possibilita o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, a orientação adequada da introdução da alimentação complementar, prevenindo problemas comuns durante o primeiro ano de vida.

Cada atendimento realizado no serviço de saúde, independente da queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para uma ação resolutiva, de promoção da saúde, com forte caráter educativo.

Portanto, a vigilância desse crescimento no primeiro ano de vida deve ser realizada mensalmente, uma vez que permite localizar o início de qualquer desvio de normalidade. Na impossibilidade de avaliações mensais, o Ministério da Saúde (MS) propõe o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, conforme segue abaixo:

Quadro 1 – Calendário mínimo de consultas para assistência à criança

Número de Consultas	Dias	Meses								Anos				
		Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º ano – sete	X	X	X	X	X	X	X	X						
2º ano – duas								X	X					
3º ano – uma										X				
4º ano – uma											X			
5º ano – uma												X		
6º ano – uma													X	

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde da Criança, 2002.

Na avaliação do crescimento infantil, devem-se considerar algumas medidas antropométricas e a evolução de certas estruturas físicas conhecidas como indicadores do crescimento, sendo os mais comuns o peso, a estatura, os perímetros cefálico (PC), torácico e braquial, a erupção dentária, o fechamento das fontanelas e suturas e, eventualmente, a idade óssea da criança.

Para monitorar adequadamente esses indicadores, é importante conhecer: o que cada um deles avalia; os pontos de reparo ou pontos de referência preconizados para realizar as medidas; a técnica correta de medida, denominada somatometria; o material adequado para a realização de cada medida; e os instrumentos de avaliação preconizados para detectar a normalidade ou desvio do dado encontrado, tais como tabelas, gráficos, mapas e índices de avaliação nutricional.

O MS considera que o peso, a estatura e o PC são as medidas antropométricas básicas a serem utilizadas na avaliação do crescimento infantil.

Para uma boa avaliação do crescimento, são necessárias pesagens periódicas. Em geral, o peso do nascimento duplica dos quatro aos cinco meses, triplica aos 12 meses, quadruplica aos 24 meses e quintuplica entre os quatro e cinco anos de idade.

É importante salientar que a variação do peso em relação à idade é muito mais rápida do que a da estatura e reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos. Num prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no peso, cuja medição é mais fácil e mais precisa que a estatura.

O acompanhamento do perímetro cefálico deve ser feito principalmente nas crianças de zero a 24 meses de idade, período de maior crescimento pós-natal da cabeça e do cérebro.

Com a tomada do PC, deve ser realizada a evolução do fechamento das fontanelas e suturas cranianas. A fontanela anterior ou bregmática deve se fechar entre 9 e 18 meses. A fontanela posterior ou lambdoide costuma fechar entre

um e dois meses de idade. O fechamento precoce da fontanela (craniossinostose) pode ocasionar comprometimento do crescimento cerebral.

O MS recomenda como padrão para o acompanhamento do crescimento de crianças brasileiras as tabelas de peso/idade, altura/idade e perímetro cefálico/idade elaboradas pela OMS, com o sistema de percentil e de desvio padrão (escore Z) a partir da medição de um grande número de crianças saudáveis de diferentes grupos étnicos.

A construção e a utilização de um padrão nacional para o acompanhamento do crescimento de crianças menores de cinco anos não se justifica em razão da pouca variação genética entre os diversos grupos étnicos nessa faixa etária e da necessidade de comparações internacionais e de recursos humanos e financeiros que seriam despendidos para a construção de uma curva nacional que representasse a população brasileira em suas diversidades de raça e condições socioeconômicas.

A adoção desse padrão se justifica pela grande influência do ambiente no crescimento da criança, e o padrão ideal para a comparação é aquele obtido de populações que têm a maior probabilidade de estar crescendo plenamente, de acordo com seu potencial.

Em relação ao “desenvolvimento infantil”, especialistas consideram este termo mais abrangente que o crescimento, pois, além de incluí-lo, refere-se às alterações da composição e do funcionamento das células, à dimensão dos membros, à maturação dos órgãos e à aquisição de novas funções.

Portanto, o desenvolvimento caracteriza-se como um processo global e dinâmico de mudanças que ocorrem em uma pessoa, desde sua concepção, influenciado por diversos fatores físicos, entre eles os cuidados com a alimentação, a higiene e a prevenção de doenças, além da dimensão psicológica, ligada a fatores psíquicos que estão relacionados à forma como uma criança aprende e se relaciona com o ambiente em que vive. Dessa maneira, o desenvolvimento é compreendido como um processo mais amplo, envolvendo o crescimento e a aprendizagem da criança.

O conhecimento sobre o desenvolvimento infantil é essencial para todos os profissionais que lidam com crianças.

O acompanhamento do desenvolvimento deve fazer parte da consulta geral da criança. Para isso, não é necessário criar espaços específicos, momentos fora da consulta ou instrumental especializado, embora alguns pequenos brinquedos possam ser usados para desencadear alguma resposta reflexa ou marco do desenvolvimento.

Recomenda-se que a avaliação do desenvolvimento seja ampla, considerando-se fundamental a coleta de informações, durante a anamnese ou entrevista, das condições de vida, rotina diária, formas de relacionamento familiar e oportunidades de interação com outras crianças, pois, para uma criança desenvolver uma determinada habilidade, ela deve vivenciar situações que favoreçam a aquisição dessa habilidade.

A sequência do desenvolvimento pode ser identificada, em termos gerais, por meio dos marcos tradicionais do desenvolvimento, que constituem a base dos instrumentos de avaliação.

É fundamental escutar a queixa dos pais e/ou cuidadores e levar em consideração a história clínica e o exame físico da criança, no contexto de um programa contínuo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Assim, será possível formar-se um quadro completo do crescimento e desenvolvimento infantil e da real necessidade de intervenção.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil deve estruturar a Atenção à Saúde da criança nos serviços básicos de saúde, de forma a representar o eixo central do atendimento.

Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica; 11 – Série A Normas e Manuais Técnicos).

FUJIMORI, E.; BORGES, A. L. V. Avaliação do crescimento. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (Org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Manole: Barueri-SP, 2009, p.121-151.

KOBINGER, M. E. B. A.; PUCCINI, R. F.; STRUFALDI, M. W. L. Crescimento. In: SUCUPIRA, A. C. S. L et al (Org.). **Pediatria em consultório**. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 2010, p. 35-48.

MARCONDES, E.; SETIAN, N.; CARRAZZA, F. R. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: MARCONDES, E.; et al (Org.). **Pediatria Básica. Pediatria Geral e neonatal**. Tomo I. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002, p. 23-35.

RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. Crescimento e desenvolvimento da criança. In: SANTOS, L. E. S. (Org.). **Creche e Pré-Escola: uma abordagem da saúde**. São Paulo: Artes Médicas, 2004, p. 81-105.

RICCO, R. G. et al.. In: _____ (Org.). **Puericultura. Princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança**. São Paulo: Atheneu; 2000, p.1-4.