



Série: Metodologia Diferenciada

Assistência à Saúde da Mulher e da Criança

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
VOL. 3 - 2014.

Cetec
Capacitações



Série: Metodologia Diferenciada

Assistência à Saúde da Mulher e da Criança

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

1º módulo

São Paulo

VOLUME 3 - 2014

CENTRO PAULA SOUZA

 **GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO**

Ficha Catalográfica

Tatiane Silva Massucato Arias - CRB-8/7262

Assistência à saúde da mulher e da criança / Shirley da Rocha Afonso (organizadora e autora) ; Cláudia Palhano Castanho, Maria Rita Braga, Marisa Ramos Rodrigues da Silva, Zilda Lopes. -- 1.ed. -- São Paulo : Centro Paula Souza, 2014.

56 p. : il. (Série Metodologia diferenciada).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-99697-33-7

1. MEDICINA E SAÚDE. 2. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL. I. Afonso, Shirley da Rocha (org. e aut.). II. Castanho, Cláudia Palhano. III. Braga, Maria Rita. IV. Silva, Marisa Ramos Rodrigues da. V. Lopes, Zilda. VI. Série.

CDD 610.7

Organizadora

Shirley da Rocha Afonso

Colaboradoras

Alessandra Aparecida da Silva

Ana Elisa Ártico

Felipe Ramos

Regina Helena Rizzi Pinto

Sérgia Lúcia Borges Milanez

Autoras

Cláudia Palhano Castanho

Maria Rita Braga

Marisa Ramos Rodrigues da Silva

Shirley da Rocha Afonso

Zilda Lopes

Editora

Centro Paula Souza

Revisão de Texto

Rosângela Aparecida da Silva

Criação e Projeto Gráfico

Marcel Felício Copola

Diagramação

Priscila Freire

Desenvolvimento e Editoração Digital

Tiago Henrique Faccio Segato

Apresentação

Construir material didático que envolva professores e alunos, no processo ensino-aprendizagem, nos é para além dos ambientes escolares, é o que pretendem as professoras do curso Técnico em Enfermagem Shirley da Rocha Afonso, Claudia Palhano Castanho, Maria Rita Braga, Marisa Ramos Rodrigues da Silva e Zilda Lopes.

Vários componentes curriculares se beneficiarão desse material que, utilizando ambiente virtual de aprendizagem, apresentará, de forma atraente, conceitos e informações e sugerirá atividades práticas que permitirão o desenvolvimento de habilidades profissionais.

A proposta pedagógica também terá um formato impresso/ eletrônico, permitindo um uso mais amplo e diversificado e, no limite, estimulando uma maior autonomia do aluno no seu processo de construção de saberes e competências pessoais e profissionais.

Almério Melquíades de Araújo

Coordenador do Ensino Médio e Técnico

Palavras dos Professores

Caro aluno (a)

Seja bem vindo, este material foi desenvolvido exclusivamente para você, esperamos que aproveite ao máximo. Certamente será um material importante que só acrescentará a seus conhecimentos construídos até aqui em seu Curso de Técnico em Enfermagem. O objetivo deste material é levá-lo ao entendimento do processo gestacional, avaliação da vitalidade fetal, fatores de risco da mãe e do bebê, ações do Pré Natal, importância da amamentação e risco do desmame precoce, fases de crescimento e desenvolvimento infantil, alguns programas governamentais instituídos e anotações de enfermagem.

Nossa proposta é apenas uma diretriz para estudos e descobertas, cabe a você analisar e discutir as questões, na possibilidade de contribuir e ampliar seu conhecimento, transformando suas experiências e vivências pessoais, com os subsídios que aqui lhe são oferecidos, gerando assim o verdadeiro saber, pois foi construído e elaborado por você.

Sem sua participação não poderemos discutir e refletir sobre os assuntos tratados. Qualquer sugestão de melhoria será bem-vinda.

O Projeto

Desde o ano de 2007, o curso de Técnico em Enfermagem, em específico os dois primeiros módulos, teve um aumento da carga horária para atender os requisitos mínimos para a Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem. Com isso, houve um aumento das horas aulas semanais, chegando até 34 aulas a serem cumpridas.

Pensando na dificuldade dos alunos em estar na Unidade Escolar além das 30 horas aulas semanais, foi sugerido que as aulas teórico-práticas poderiam ser desenvolvidas por meio da utilização de metodologias diferenciadas em alguns componentes, sendo uma parte em sala de aula e outra através de diversas metodologias não presenciais ou presenciais, fora do horário normal das aulas.

Os componentes com essa estratégia de ensino e após a atualização do plano de curso em 2011, que podem ser trabalhados de forma diferenciada são:

1º módulo (noturno): Proteção e Prevenção em Enfermagem, Assistência a Saúde da Mulher e da Criança e Saúde Coletiva – 20 h.a cada componente;

2º módulo (diurno): Saúde Coletiva, Ética e Gestão em Saúde, Enfermagem Gerontológica – 20 h.a cada componente;

2º módulo (noturno): Saúde Coletiva, Ética e Gestão em Saúde, Enfermagem Gerontológica e Primeiros Socorros – 20 h.a cada componente.

Diante da possibilidade de utilizar uma metodologia que visa o processo de ensino à distância visando minimizar as dificuldades encontradas nas unidades escolares, o ambiente virtual foi adotado como estratégia de ensino no curso técnico em enfermagem, pois a plataforma Moodle é um ambiente aprimorador para o aprendizado.

Desde o segundo semestre de 2010 são oferecidas capacitações, sobre a utilização de recursos e atividades na plataforma Moodle, para professores de enfermagem de todas as Etecs, com o intuito de disponibilizar mais uma ferramenta que possa ser agregada ao trabalho docente para o desenvolvimento de componentes curriculares que utilizam a metodologia diferenciada. Estes componentes curriculares consistem em desenvolver competências de aprendizagem não presencial, contribuindo para a apreensão de conteúdos necessários para a formação do aluno.

Partindo deste pressuposto, foi necessário pensar no desenvolvimento de estratégias facilitadoras que possam ao mesmo tempo proporcionar maior familiaridade dos professores de enfermagem no manejo correto das ferramentas oferecidas pela plataforma Moodle e que os recursos produzidos por estes fossem adequados ao plano de curso resultando na necessidade de iniciar este projeto no ano de 2011.

Padronizou-se então, uma interface virtual nos componentes curriculares com Metodologia Diferenciada com o desenvolvimento de conhecimentos científicos e objetos de aprendizagem para o desenvolvimento das competências previstas no plano de curso proporcionando aos professores envolvidos no uso de tecnologias da educação a percepção do manejo de recursos da web e maior compreensão no ensino e avaliação por competências à distância.

A elaboração destes materiais instrucionais proporcionará a instrumentalização dos professores de enfermagem na utilização de novas práticas pedagógicas e, acima de tudo, oportunizar a reflexão antes, durante e depois da prática.

Com base no exposto acima, acredita-se no desenvolvimento de uma prática refletida tendo como base no estudo de conhecimentos teóricos em ambiente virtual, cuja, após a elaboração de uma sequência didática para construir um objeto de ensino e aprendizagem possa definir a delimitação de objetivos, conteúdos e atividades centralizadas nas competências de aprendizagens exigidas em plano de curso, ou seja, busca-se neste projeto criar situações de ensino e aprendizagem mais eficazes para os momentos de ensino à distância. e familiarizar os professores de enfermagem no uso da plataforma Moodle.

.....

Ícones e legendas utilizados



Saiba Mais

Saiba mais

Apontará para atividades complementares ou para informações importantes sobre o assunto. Tais informações ou textos complementares podem ser encontrados na fonte referenciada junto ao ícone.



Para Refletir

Para refletir

Toda vez que este ícone aparecer na coluna de indexação indicará um questionamento a ser respondido, uma atividade de aproximação ao contexto no qual você vive ou participa, resultando na apresentação de exemplos cotidianos ou links com seu campo de atuação.



Mídias Integradas

Mídias integradas

Quando este ícone for indicado em uma dada unidade significa que você está sendo convidado a fazer atividades que empreguem diferentes mídias, ou seja, participar do ambiente virtual de aprendizagem, assistir e comentar um filme, um videoclipe, ler um jornal, comentar uma reportagem, participar de um chat, de um fórum, enfim, trabalhar com diferentes meios de comunicação.



Atividades

Atividade

Este ícone indica uma atividade que será avaliada dentro de critérios específicos da unidade.



Lembre-se

Lembre-se

A presença deste ícone ao lado de um trecho do texto indicará que aquele conteúdo significa algo fundamental para a aprendizagem.



Leitura Complementar

Leitura complementar

Indicará textos que convidam para o aprofundamento de informações em outras publicações, além do que é apresentado neste material.

Visão Holística
da Saúde



Puericultura
=
Conceitos-chaves



Estatuto da Criança
e do Adolescente

Crescimento e desenvolvimento
do adolescente normal
=
Princípios



Nutrição aplicada

Anotação de enfermagem
em pediatria

=
Técnicas

Roteiro de estudo

Para que você, possa melhor aproveitar o conhecimento aqui focado, siga o que apontamos:

1. Faça a leitura do tema;
2. Em seguida pesquise mais sobre o tema em outros canais de mídia de acordo com as orientações em hipertexto, assim, terá maior aprofundamento;
3. Realize trabalhos em grupo reunindo-se com colegas de equipe, e participe dos fóruns;
4. Em relação aos trabalhos individuais, procure sempre praticar o que referenciamos nos itens “a” e “b”, em seguida, responda ao que lhe foi solicitado, lembrando, sempre, dos prazos estabelecidos, quando for o caso;
5. Sempre que necessário, recorra ao professor da disciplina;
6. Você pode também consultar o glossário que está na parte final deste material.

Assistência à Saúde da Mulher e da Criança

Competência

Compreender os aspectos biopsicossociais da saúde do neonato para assegurar atendimento integral e assistência de enfermagem humanizada.

Habilidade

Registrar ações que visem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

Bases Tecnológicas

1. Puericultura
 2. Estatuto da criança e do adolescente
 3. Aspectos do crescimento e desenvolvimento:
 - *Infância;*
 - *puberdade;*
 - *sexualidade;*
 - *gravidez na adolescência.*
 4. Nutrição aplicada
 5. Anotação de enfermagem em pediatria
-

Objetivos da Aprendizagem

Percebe as alterações comportamentais da criança e adolescente e desenvolve a capacidade crítica para exercer ações de enfermagem que possam subsidiar um crescimento e desenvolvimento sadio.

Evidência de aprendizado

1. Planeja e realiza orientações sobre pré-concepção, concepção e gestação, bem como os possíveis fatores de risco.
 2. Organiza planos de incentivo e orientação sobre o aleitamento materno.
 3. Acompanha junto ao enfermeiro à consulta do pré-natal.
 4. Registra os dados sobre o acompanhamento gestacional e encaminha as informações ao órgão competente.
 5. Detecta a deficiência do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.
 6. Interpreta a curva de crescimento da criança.
 7. Aponta os direitos e prevenção aos maus tratos da criança e do adolescente.
 8. Seleciona a criança de acordo com os critérios necessários para inclusão nos programas nutricionais.
 9. Registra com clareza todas as ações de enfermagem.
-

Sumário

1 Puericultura	13
1. 1 Planejamento da concepção	14
1. 2 Avaliação pré-concepcional	15
1. 3 Atenção ao pré-natal (concepção)	17
2 Desenvolvimento intra-uterino	19
2. 1 O ambiente fetal	20
2. 2 Alterações genéticas e ambientais	20
2. 3 Avaliação da vitalidade fetal	21
3. Ações no pré-natal	23
3. 1 Cálculo da idade gestacional (IG)	23
3. 2 Cálculo da data provável do parto (DPP)	24
3. 3 Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação	24
4 Crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente	25
4. 1 Crescimento Infantil	26
4. 2 Desenvolvimento Infantil	27
5 Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA	29
5. 1 Título II - dos direitos fundamentais	30
5. 2 Título III - Da Prevenção	33
6 AIDPI	34
6. 1 Alimentação Saudável	36
6. 2 Aleitamento materno	36
6. 3 Definições de aleitamento materno	38
6. 4 Tipos de leite	38
6. 5 Propriedades do leite materno	39
6. 6 Desmame precoce	39
6. 7 Alimentação complementar	40
6. 8 Programa Viva Leite	41
6. 8. 1 Importância Nutricional do Viva leite	41
7 Anotações ou registro de enfermagem na saúde da criança	44
7. 1 Normas para as anotações de enfermagem	45
Glossário	50
Créditos das imagens e tabelas	53

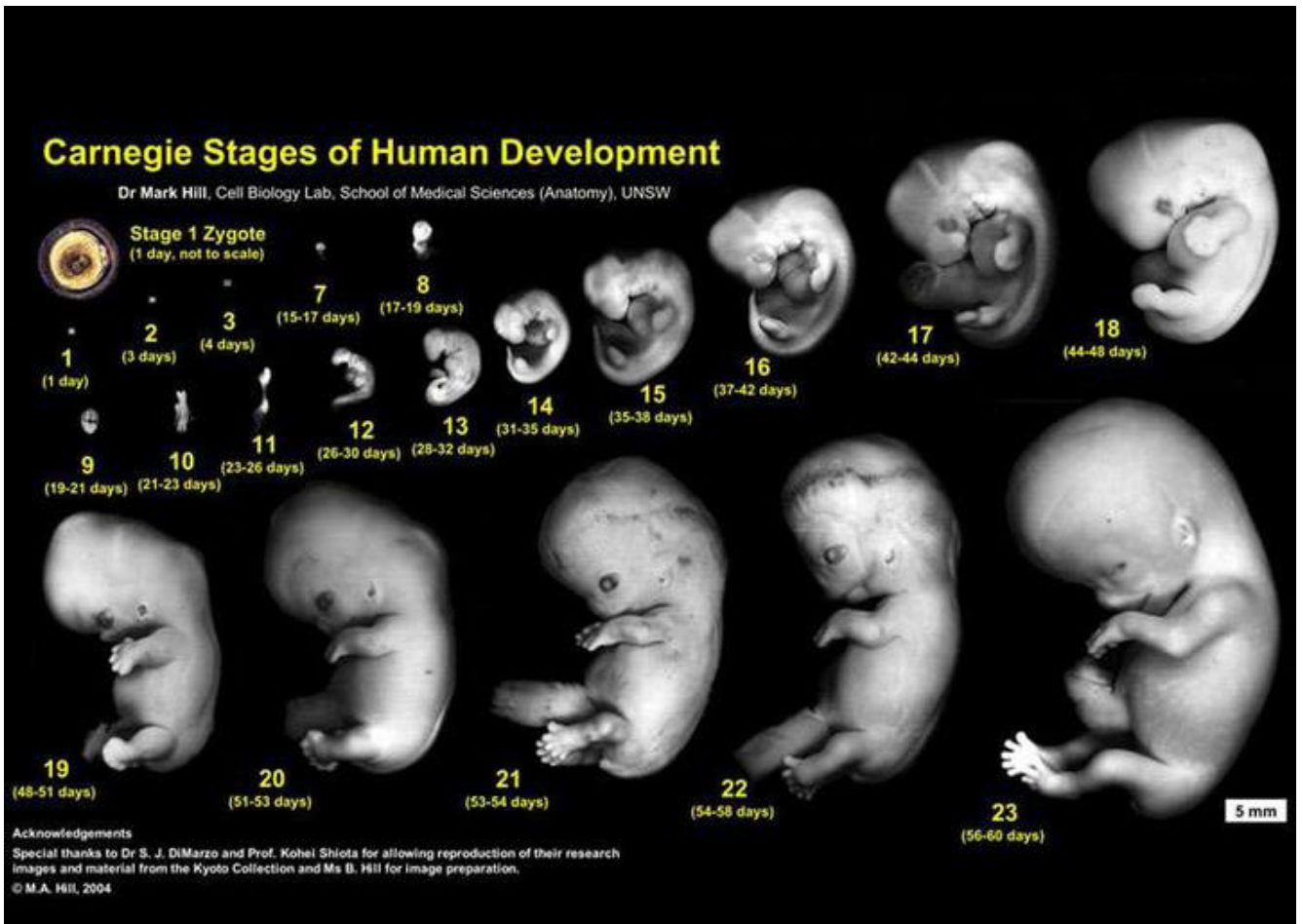
1. PUERICULTURA



1. História da Puericultura

O termo Puericultura, que etimologicamente significa criação – cultura – da criança – puer, surgiu em 1762, em um tratado do suíço Jacques Ballexserd, sendo definida como um conjunto de regras e noções sobre a arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças (ROCHA, 1987). Mais tarde, em 1865, o termo foi reafirmado chegando ao Brasil, a partir da França, por Moncorvo Filho, primeiro especialista em medicina pediátrica no país, funda, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, uma instituição filantrópica que busca amparar e proteger a infância necessitada.

A puericultura envolve um conjunto de habilidades clínicas e de educação em saúde usadas para favorecer o crescimento e o desenvolvimento do ser humano para que este atinja a plenitude de seu potencial, evitando doenças, protegendo-o de fatores ambientais e sociais dentro de uma sociedade injusta, agressiva, violenta, com muitas possibilidades de acidentes e intercorrências. Portanto, é a medicina preventiva da criança e do adolescente que caminha de mãos dadas com a pediatria, construindo todas as ações e instrumentos que propiciem seu pleno desenvolvimento biopsicossocial.



2. Os vários estágios do desenvolvimento embrionário humano

1. 1 Planejamento da concepção

Toda “mulher tem direito a ser preparada e acompanhada” adequadamente para a gravidez, entretanto para garantir a evolução normal de uma futura gestação o casal deve passar por avaliação pré-concepcional para identificar fatores de risco ou doenças (MS, 2010).



3. A origem do vínculo mãe-bebê

1. 2 Avaliação pré-concepcional

Os procedimentos a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese, exame físico geral e específico, além de alguns exames laboratoriais e aconselhamento genético se, o casal apresentar anormalidades reconhecidamente hereditárias e transmissíveis.

Fatores relevantes para pré-concepção:

- Idade Materna Avançada como fator de risco à malformação congênita, Síndrome de Down e aborto espontâneo;
- A Idade Materna Baixa como fator de risco a prematuridade e para algumas malformações específicas como Gastrosquise e outros defeitos;
- Ocupação alertando-se sobre exposições a agentes tóxicos ambientais, como solventes orgânicos: Exposição Materna e Paterna como fator de risco aborto, morte fetal, parto de pré-termo, baixo peso ao nascer e alguns defeitos congênitos;
- Etnia: risco de malformações congênitas polidactilia, fenda palatina e hipospádias, em crianças afro-americanas e uma maior incidência de cardiopatia em crianças de raça branca. Outros exemplos são as alterações das globinas, como a Anemia Falciforme, em afro americano e a Beta Talassemia mais freqüente em pessoas de origem mediterrânea.
- Índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico inferior a 20 kg/m têm como fator de risco maior o parto prematuro e baixo peso do recém-nascido.
- As gestantes com IMC acima de 25 kg/m têm como fator de risco as malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo. Deve-se realizar a profilaxia de defeitos abertos do tubo neural, administrando-se ácido fólico. A dose necessária é de 0,4 mg via oral diariamente, durante 60 a 90 dias antes da concepção e até 3 meses após. Recomenda-se que as pacientes com antecedentes de anencefalia ou meningomielocelo e em uso de antiepilépticos ingiram doses maiores.
- Tabaco ativo e passivo como fator de risco a aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal, risco de parto pré-termo, descolamento de placenta, morte fetal e perinatal, aumento do risco de infecções do trato respiratório do recém-nascido.
- Bebidas alcoólicas como fator de risco a morte intra-uterina, baixo peso ao nascer, alterações do sistema nervoso central e da conduta e a Síndrome de Fetal do Álcool.

• Dependência de drogas ilícitas como fator de risco as malformações cardíacas e urológicas, além de restrição de crescimento fetal e descolamento de placenta.

• Diabetes mellitus (DM): como fator de risco o aborto, malformação fetal, macrossomia, morte perinatal e agravos maternos. Todas as malformações que acontecem nos filhos de mães diabéticas afetam órgãos que se formam nas oito primeiras semanas de vida intra-uterina. Monitorização domiciliar da glicemia capilar é fundamental a média é de quatro testes por dia. Além disso, deve ser feito um exame de hemoglobina glicosilada a cada mês; microalbuminúria (para verificar o estado dos rins) e exame de fundo de olho a cada trimestre; eventualmente um mapa da pressão arterial; e as ultrasonografias (antes de 20 semanas, no segundo trimestre e no final da gravidez).

• Hipertensão arterial crônica (HAC) é um fator de risco considerável para o aparecimento de pré-eclâmpsia.

• Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): é um fator de risco materno e neonatal.

• Alterações genéticas: tanto em gestações prévias quanto na condição de pais portadores, deveria ser realizado aconselhamento genético, particularmente para casais com translocações balanceadas, antecedente de filho com cromossomopatias e aborto habitual. Especial atenção deveria ainda ser reservada aos casais consanguíneos, considerando-se consanguinidade quando dois indivíduos têm pelo menos um ancestral em comum, o que eleva o risco de doenças autossômicas recessivas ou multifatoriais.

Atividades

01. A incompatibilidade sanguínea perinatal pode ser diagnosticada na seguinte condição, em relação à mãe, ao feto e ao pai, respectivamente:

- A. Rh+, Rh-, Rh+
- B. Rh-, Rh+, Rh+
- C. Rh-, Rh +, Rh-
- D. Rh+, Rh+, Rh+

02. Uma gestante que desenvolve diabetes gestacional corre o risco de ter em recém-nascido com:

- A. Macrossomia
- B. Microcefalia
- C. Glicosúria
- D. Hiperglicemia

03. A rubéola é uma doença infectocontagiosa e pode ser teratogênica se a gestante for acometida no seguinte período gestacional:

- A. Após 6 meses de gestação
- B. Após 4 meses de gestação
- C. Durante os 4 primeiros meses
- D. Após 8 meses de gestação
- E. Em qualquer período gestacional

04. As gestantes tabagistas devem ser orientadas durante a consulta de enfermagem ou orientações da equipe para os malefícios que a nicotina pode causar ao conceito, tais como:

- A. Abortamento e toxemia
- B. Macropedia
- C. Atrofia cerebral e convulsões
- D. Prematuridade e baixo peso ao nascer

05. A futura gestante com hipertensão arterial crônica deve ser orientada e acompanhada pela equipe de saúde para prevenção a:

- A. Pré-eclâmpsia
- B. Derrame pleural
- C. Convulsões
- D. Parada cardíaca

1. 3 Atenção ao pré-natal (concepção)

A relação mãe e filho tem início tão logo ocorra o término da fecundação e permanece ligada por toda a existência.

Pré-natal é o acompanhamento de saúde da gestante desde os primeiros dias da gravidez até o momento do parto, para prevenir com qualidade as doenças e situações de risco que repercute o nascimento de uma criança saudável e o bem estar materno.

**Para
Refletir**

De forma sucinta há cinco hipóteses quanto ao início da vida humana. Em sua opinião, quando se inicia a vida humana?

- A. As que defendem que o início da vida começa com a fecundação;
- B. Quando o embrião chega ao útero;
- C. as que defendem que o início da vida começa com o início da atividade cerebral (de 6 a 24 semanas de gestação) e
- D. Quando feto pode sobreviver sozinho (de 25 a 27 semanas de gestação);
- E. Com o nascimento do bebê

A mãe e feto formam uma unidade fisiológica, por esse motivo o organismo materno sofre a uma série de transformações físicas, emocionais e psicológicas. As alterações são necessárias para que inicialmente o embrião e, depois o feto tenham um desenvolvimento dentro dos parâmetros de normalidade. Esta experiência é vivenciada de forma única por cada mulher.

**Para
Refletir**

A vida começa realmente na fecundação do óvulo, a partir da fecundação já há a vida? Qual é sua opinião em relação ao início da vida humana?

2. DESENVOLVIMENTO INTRA-UTERINO

A fase de crescimento e desenvolvimento no ambiente intra-uterino é de vital importância para o ser humano, onde habitamos dentro do útero das nossas mães e vivemos infinitas transformações em aproximadamente 280 dias, podendo variar de 38 a 42 semanas gestacionais até o nascimento.

Mídias
Integradas

Assista ao vídeo.

"O desenvolvimento se dá em 3 estágios"

<http://www.youtube.com/embed/iHz5qnt164U>

Saiba
Mais

- **Estágio germinal:** o período que vai da fecundação até completar 2 semanas, o óvulo fertilizado divide-se e torna-se mais complexo e o organismo em crescimento é implantado na parede do útero. É também nesta fase que algumas partes do blastocisto começam a desenvolver-se em órgãos que irão alimentar e proteger a futura criança: a placenta, o cordão umbilical e o saco amniótico.
- **Estágio embrionário:** o período que vai da 2 semana até a 8 semana, começa formar os sistemas internos e externos, órgãos e partes do corpo, embora seja de forma rudimentar, esse período é muito vulnerável às influências de fatores como doenças maternas, uso de medicamentos ou de drogas, em consequência deste rápido crescimento. É nessa fase que ocorre a maior parte dos defeitos congênitos como: fenda palatina, membros incompletos ou ausentes, cegueira, surdez entre outros.
- **Estágio fetal:** o período que vai da 8 semana até o nascimento, o desenvolvimento durante o período fetal envolve basicamente o rápido crescimento do corpo e a diferenciação dos tecidos, órgãos e sistemas. Durante este período, o feto cresce rapidamente para aproximadamente 20 vezes o seu comprimento prévio e os órgãos e sistemas corporais tornam-se mais complexos.

2. 1 O ambiente fetal



Figura 4: Ambiente Pré-natal.

Hoje já sabemos que a vida dentro do útero é mais agitada do que se pensava. O feto tem certas habilidades, como perceber luz e som e reagir a esses estímulos, escolher sua posição predileta, sugar, sonhar, sorrir, chorar, bocejar, esfregar os olhos, piscar, espreguiçar-se e chutar, que são observadas através de ultrassonografia e filmagem intrauterina.

A criança em desenvolvimento acha-se geralmente protegida no interior do útero materno, entretanto, existem substâncias capazes de atravessar a placenta e alterar o curso desse processo.

2. 2 Alterações genéticas e ambientais

É importante lembrar que a interação de dois fatores – hereditariedade e ambiente – é o que determina de que maneira a criança vai de desenvolver dentro do útero.

As substâncias químicas, liberadas pelos fatores genéticos ou ambientais, são capazes de afetar e produzir danos no embrião e no feto, causando anomalias tanto mentais quanto físicas



5. Meningocele (criança de dois meses com um meningocele de Arnold-Chiari. Nota-se retração esternal)



6. Hidrocefalia



7. Microcefalia



8. Malformação dos pés (Malformação congênita dos pés de uma criança causada pelo uso materno de talidomida durante a gestação)

Atividades

Pesquise sobre as alterações genéticas e ambientais que interferem no desenvolvimento fetal.

2. 3 Avaliação da vitalidade fetal

É identificar o desenvolvimento adequado e, conseqüentemente, a ausência de sofrimento fetal, quando em níveis normais, garantindo e mantendo a vitalidade do feto até o fim da gestação. Há vários métodos para se avaliar a vitalidade fetal durante a gestação: clínicos, biofísicos e bioquímicos.

Métodos clínicos:

- Movimentação fetal: a diminuição da MF é prova indireta de insuficiência placentária e adaptação fetal às condições de balanço negativo. Valores menores que 10 movimentos em 12h representam hipóxia fetal.
- Monitorização clínica da frequência Cardíaca fetal (FCF): É feito a ausculta do batimento cardíaco através de sonar Doppler.
- Considerar normal a frequência cardíaca entre 120 a 160 batimentos por minuto.
- É considerado sinal de alarme: FCF entre as contrações inferiores a 100bpm;
- Taquicardia (FCF>160bpm) durante três ou mais contrações.

Métodos biofísicos:

- **Cardiotocografia:** É a avaliação do bem estar fetal, mediante monitoração e registro de sua frequência cardíaca e dos seus movimentos, seja basal ou intraparto, em gestante acima de 30ª semana. Possibilita a avaliação da integridade dos mecanismos do SNC envolvidos no controle da FC e da cinética fetal.
- **Perfil biofísico fetal (PBF):** Consiste na avaliação integrada dos seguintes parâmetros: FCF (pela cardiotocografia), volume do líquido amniótico (ultrassonografia), tônus fetal, movimentação fetal e movimentos respiratórios.
- **Dopplervelocimetria:** consiste na medida da velocidade do fluxo sanguíneo.
- **Amnioscopia:** consiste na introdução por via vaginal de um tubo estreito de acrílico (transparente), com intuito de avaliar o líquido amniótico (sem risco de romper a bolsa) e verificar o grau de maturidade fetal e presença de anomalias. A avaliação da cor do líquido amniótico, sendo cor clara bom prognóstico e presença de líquido escasso, verde ou sanguinolento, um prognóstico não satisfatório. Este procedimento pode ser realizado no final do período de gestação ou início do parto.

Mídias Integradas

Assista aos vídeos.

“Ultrassom 3D e 4D - qual a diferença entre eles e o que agregam em um exame?”

http://www.youtube.com/watch?NR=1&v=U_p74UVb7pc

e “ O que é Doppler e qual sua função?”

<http://www.youtube.com/watch?NR=1&v=Z5sRRtTMCI4>

3. AÇÕES NO PRÉ-NATAL

3.1 Cálculo da idade gestacional (IG)

Quando se sabe a data da última menstruação (DUM)

- Uso do calendário: contar o número de semanas a partir do 1º dia da última menstruação até a data da consulta. A data provável do parto corresponderá ao final da 40ª semana, contada a partir do 1º dia da última menstruação;
- Uso de disco (*gestograma*): colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

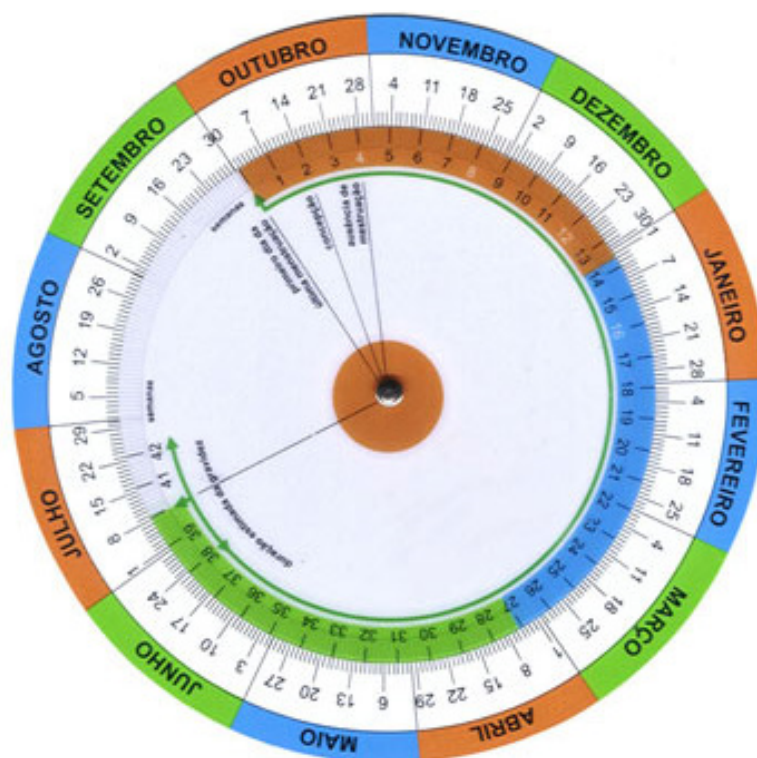


Figura 9: Gestograma ou Disco Gestacional.

- Outra forma de cálculo é somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ela ocorreu.

Exemplo: se a DUM for 06/10/2011, DPP (data provável do parto) será 13/07/2012

Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considerar como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceder, então, à utilização de um dos métodos acima descritos.

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos:

A idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e informação a data de início dos movimentos fetais.

3. 2 Cálculo da data provável do parto (DPP)

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas a partir da DUM), mediante a utilização de um calendário ou disco. Outra forma de cálculo é somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ela ocorreu.

Exemplo: se a DUM for 06/10/2011, DPP (data provável do parto) será 13/07/2012

Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

Exemplo: se a DUM for 27/09/2011, DPP será 04/07/2012.

3. 3 Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação

É o procedimento realizado que busca avaliar o estado nutricional e o ganho de peso ponderal. O peso deve ser aferido em todas as consultas do pré-natal. Já a estatura, apenas na primeira consulta.

Peso pré e/ou ganho de peso insuficiente: aumento do risco de: BPN, mortalidade perinatal, neonatal e infantil, retardo no crescimento intra-uterino.

Peso pré e/ou ganho de peso excessivo: aumento do risco de: diabetes gestacional, dificuldades no parto, risco ao feto no período perinatal, macrossomia, baixo índice de Apgar, obesidade infantil, defeito no tubo neural (independente do ácido fólico).

4. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A criança e o adolescentes estão em contante crescimento e desenvolvimento, e estes precisam de acompanhamento e estimulação (motivação) para garantir o aproveitamento integral de suas potencialidade.

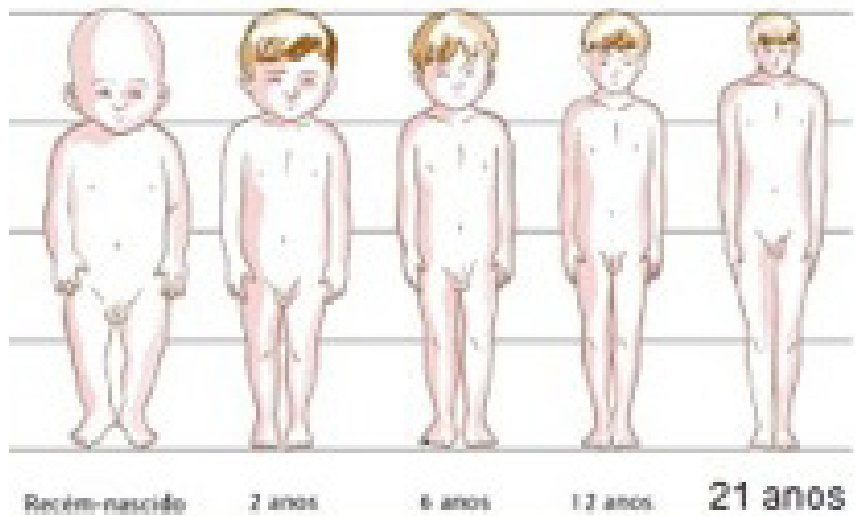
O crescimento e desenvolvimento são geralmente citados como sinônimos expressando um processo dinâmico de alterações que engloba várias dimensões da vida de um indivíduo sendo influenciado por fatores intrínsecos (relacionados à hereditariedade e fatores neuroendócrinos) e extrínsecos (relacionados ao ambiente, como condições sócio-econômicas e estimulação biopsicossocial).



Contudo, podemos definir o *crescimento* como um processo biológico de multiplicação e aumento do tamanho das células, já o *desenvolvimento* é o aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas através da maturação e aprendizado.

4.1 Crescimento Infantil

O crescimento refere-se ao aumento físico, resultando na evolução do tamanho e peso corporal, que pode ser mensurado em centímetros e quilos.



O recém nascido tem uma altura média de aproximadamente 50 cm e um peso médio de 3,250kg. As crianças normalmente crescem de 5 a 7,6 cm na primeira infância e ganham de 1,8 a 2,7 quilos anualmente, até o estirão do crescimento que ocorre na puberdade (TOMPSON; ASHWILL, 1996).

O crescimento deve ser avaliado através da verificação das medidas físicas da criança usando o método antropométrico (verificação das medidas corporais, tais como peso, comprimento, perímetros cefálico e braquial) e posterior comparação com curvas de referência nacionais e internacionais.

Atividades

Realize o levantamento do perfil antropométrico das crianças de uma pré escola de sua região.

A caderneta da saúde da criança traz as curvas de crescimento de meninos e meninas de 0 a 10 anos. As curvas dos gráficos mostram padrões de crescimento infantil estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os dados são separados por faixas etárias e sexo. Para comparar o desenvolvimento da criança com os modelos, encontre o ponto de intersecção entre a altura (eixo vertical, em centímetros) e a idade dele (eixo horizontal, em meses e anos).



Acesse o site.

“Portal da Saúde”.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29889&janela=1

4.2 Desenvolvimento Infantil

Desde a concepção até a morte, o ser humano passa por processos ordenados de mudanças que ocorrem em ciclos ou fases de desenvolvimento, correspondendo a uma sequência definida e previsível de alterações.

Entretanto, o profissional que avalia a criança deve levar em consideração, as diferenças individuais e a capacidade de adaptação do indivíduo (plasticidade), que pode ser aperfeiçoada com treinamento e prática, até mesmo em idades avançadas.

Tabela 1: Principais características e fases do desenvolvimento infantil

Faixa Etária	Desenvolvimento Físico	Desenvolvimento Cognitivo	Desenvolvimento Psicossocial
 <p>Período Pré-Natal (da concepção ao nascimento)</p>	Formam-se estruturas e órgãos corporais.	Capacidade de aprendizado, lembrança e respostas sensoriais.	Resposta e preferência à voz materna.
 <p>Primeira Infância (nascimento aos 3 anos)</p>	Funcionamento dos sentidos e sistemas corporais. Crescimento físico. Desenvolvimento de habilidades motoras e complexidade cerebral.	Desenvolvimento das capacidades de: aprendizado; lembrança; compreensão do uso de símbolos e linguagem; resolução de problemas.	Desenvolvimento de vínculos afetivos, autoconsciência, autonomia e interesse por outras crianças.
 <p>Segunda Infância (3 a 6 anos)</p>	Crescimento constante. Desenvolvimento de habilidades motoras finas e gerais.	Pensamento egocêntrico, desenvolvimento da memória e linguagem.	Desenvolve a independência, iniciativa, autocontrole, identidade de gênero, interesse pelo brincar imaginativo e social.
 <p>Terceira Infância (6 a 11 anos)</p>	Aumento de habilidades físicas.	Diminui o egocentrismo. Aumenta o pensamento lógico, concreto e as habilidades de memória e linguagem.	Deslocamento gradual do controle dos pais para a criança. Relacionamento interpessoal com outras crianças ganha importância.
 <p>Adolescência (11 a 21 anos)</p>	Mudanças rápidas no crescimento físico e maturidade reprodutiva.	Desenvolve a capacidade do pensamento abstrato e raciocínio científico.	Busca pela identidade com acentuada influência das amizades.

Conhecendo as fases acima, você pode acompanhá-las através de observação do comportamento, habilidades e aprendizado. Este acompanhamento permite promover e estimular o desenvolvimento típico além de reconhecer possíveis sinais de alterações.

Entre os instrumentos de triagem geral para o desenvolvimento, o mais conhecido é o teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II, que avalia crianças de zero a seis anos de idade nas áreas pessoal-social, motora adaptativa, linguagem e motora grosseira.

Mídias Integradas

Acesse o ambiente virtual de aprendizagem da sua Etec para conhecer mais sobre o “Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II”.

<http://www.cpscetec.com.br/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=26171>

O instrumento de triagem geral do desenvolvimento, elaborado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, apresenta marcos típicos do desenvolvimento maturativo, psicomotor, social e psíquico, sequencialmente e de acordo com a evolução da idade da criança.

Mídias Integradas

Acesse o site:

bvsms.saude.gov.br/bvs/.../crescimento_desenvolvimento.pdf

E saiba mais sobre a “triagem geral do desenvolvimento”

As atividades lúdico-educativas estimulam o desenvolvimento biopsicossocial infantil. Durante a brincadeira, a criança desenvolve a imaginação e a socialização, aprendendo a interagir e respeitar o outro. Portanto, os pais devem inserir estas atividades no dia a dia da criança, seja em situações individuais ou nas interações sociais.

Atividades

Realizar uma atividade lúdico-educativa relacionada à lavagem das mãos ou saúde bucal com crianças.

A caderneta da saúde da criança traz orientações sobre como avaliar e estimular o desenvolvimento infantil, segundo a idade cronológica da criança.

Mídias Integradas

Acesse o site:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29889&janela=1

5. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)

No que diz respeito à promoção e defesa dos Direitos da Criança, o Brasil foi o primeiro país da América Latina - e um dos primeiros do mundo – a criar uma legislação com o que há de melhor na normativa internacional. O Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069/1990, sendo reconhecido por ser dedicados à garantia dos direitos da população infanto-juvenil.

Então vamos entender o porquê de um estatuto para defender crianças e adolescentes em meio a tantas leis. Este conjunto de leis veio para cuidar, defender as crianças, porque foi necessário estabelecer regras de defesa para especificamente cuidar de nossos pequenos, tão abandonados à sua própria sorte.

Sempre desprotegidos sujeitos a maus tratos, trabalhos forçados, fora da escola sem direitos e sem leis para os defender. Sofrendo abusos, sendo violentados e explorados, descartados, enfim, tanto descaso.

No estatuto está regulamentado de quem é o dever de cuidar, proteger os menores adolescentes e crianças, sendo considerada *criança de 0 a 12 anos e adolescente entre 12 anos e 18 anos de idade*.

Nesta lei é lhes assegurado o pleno direito de oportunidade ao desenvolvimento físico, moral, espiritual, social em condições de liberdade e de dignidade.

E dever da família da comunidade e da sociedade em geral e do poder público assegurar lhes com absoluta prioridade o acesso ao bem estar, a vida, a saúde, a alimentação, a educação, esporte o lazer, a cultura, a escola a dignidade o respeito, a liberdade a convivência na família e na sociedade.

São leis completas e que lhes asseguram todos os direitos e proteção.

Este estatuto esta dividido em vários capítulos - títulos e seção e subseção.

Mídias Integradas

Acesse o site:

“Estatuto da Criança e do Adolescente”

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf

O Estatuto se divide em 2 livros:

- O primeiro trata da proteção dos direitos fundamentais a pessoa em desenvolvimento
- O segundo trata dos órgãos e procedimentos protetivos.

Dentre os tópicos principais, encontram-se os procedimentos de: *adoção* (Livro I, capítulo V) e a aplicação de medidas sócio-educativas (Livro II, capítulo II), do *Conselho Tutelar* (Livro II, capítulo V), e também dos *crimes* cometidos contra crianças e adolescentes.

Neste grande contexto e complexidade do estatuto da criança e adolescente, discutiremos as diretrizes na área da saúde:

5. 1 Título II - dos direitos fundamentais

Capítulo I - Do direito à vida e à saúde

O direito à vida e à saúde está previsto nos artigo 5º “caput” e 227 da Constituição Federal, sendo que dentro do contexto menorista da legislação (artigos 7º à 14 do ECA), revela-se como prioridade absoluta, que deve ser efetivado através de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência das crianças e adolescentes. Sendo através de políticas sociais públicas que se garante o direito à vida e à saúde, o Estatuto não se satisfaz apenas com a garantia do nascimento da criança, quer ele propiciar meios para que a criança cresça e se desenvolva. E que se oferecida a ela condições dignas de existência.

O Estatuto da Criança e do Adolescente apresenta, de forma separada e didática, as situações que implicam na garantia do nascimento da criança e as ações que devem ser executadas para o seu desenvolvimento.

Assim, as normas elencadas nos artigos 8º, 9º e 10º do Estatuto dão especial atenção ao nascimento, apresentando ações direcionadas à gestante, para possibilitar um parto com dignidade; regulamenta o atendimento pré e perinatal, apoio alimentar, aleitamento materno, registro dos prontuários e identificação do recém nascido, prevenção de anormalidades metabólicas e alojamento conjunta do neonato e da mãe.

Essas regras, apesar de aparentemente estampar direitos relativos à gestante, na verdade buscam garantir o direito do nascituro (nascimento sadio e harmonioso), daí porque foram inseridas no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Mídias Integradas

Acesse o site:

<http://www.significados.com.br/nascituro/>
e saiba mais sobre "nascituro".

Ao garantir a proteção à vida, procura afastar qualquer referência ao aborto ou experiências genéticas que venham a afetar o nascimento e a dignidade da criança. Garantindo a permanência do neonato junto à mãe (alojamento Conjunto), busca humanizar os ambientes dos hospitais e garantindo os exames visando ao diagnóstico de anormalidades no metabolismo, promove os direitos do paciente. Tais questões mostra a interface da bioética no ECA.

Mídias Integradas

Acesse o site:

<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/aloj2.html>
e saiba mais sobre "Alojamento Conjunto"

A seguir, após assegurar o nascimento, o referido estatuto tratou de garantir o desenvolvimento dessa criança. As regras dos artigos 11º, 12º, 13º e 14º referem-se ao atendimento médico da criança e do adolescente através do SUS; o atendimento especializado aos portadores de deficiência, inclusive com o fornecimento de próteses e medicamentos; garantia de condições para que, em caso de internação, permaneça na companhia integral de um dos pais ou responsáveis, e que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos sejam obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar. Por fim, traçou normas sobre a prevenção médica e odontológica e de vacinação obrigatória.

Conselhos Tutelares

Surgiram com a criação da Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Esta Lei é conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

No Brasil...

...os Conselhos Tutelares são órgãos municipais destinados a zelar pelos direitos das crianças e adolescentes. Sua competência e organização estão previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 131 a 140).

O Conselho Tutelar é composto por cinco membros, eleitos pela comunidade para acompanhamento as crianças e os adolescentes, e decidir em conjunto sobre qual medida de proteção para cada caso. Devido ao seu trabalho de fiscalização a todos os entes de proteção (Estado, comunidade e família), o Conselho goza de autonomia funcional, não tendo nenhuma relação de subordinação com qualquer outro órgão do Estado.

Importante Esclarecer...

... que a autonomia do Conselho funcional não é absoluta. As decisões devem ser tomadas após o consenso de no mínimo 3 conselheiros, não podendo ser decididas por apenas um ou dois membros. Em relação aos procedimentos administrativos, o Conselho tem o dever de emitir relatórios periódicos ao órgão administrativo superior imediato, assim como é dever do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) fiscalizar a permanência dos pré-requisitos exigidos pelo ECA aos Conselheiros Tutelares, em especial o da idoneidade moral e residência no município, podendo suspender ou mesmo, pelo voto de censura, demitir Conselheiro que comprovadamente está em processo jurídico que assegure direito de defesa e/ou contraditório, e pelo voto da maioria dos Conselheiros (sugerindo-se 2/3 dos membros para maior segurança da deliberação) perca os pré-requisitos.

Estas ações, em sua totalidade, estão voltadas para a proteção e qualidade da vida de crianças e adolescentes, que devem almejar condições dignas de existência.

A aplicabilidade da lei, no que diz respeito a estes direitos, requer a possibilidade de sancionar o infrator, no caso de descumprimento. Assim, para a efetividade de tais dispositivos, estabeleceu o Estatuto, a ocorrência de crime e infração administrativa para algumas situações.

Os crimes previstos, referem-se aos encarregados de serviço ou dirigente de Hospitais que não cumprirem as obrigações impostas no ECA. Quanto à manutenção de registro de suas atividades, fornecimento da declaração de nascimento (Art. 10), respondendo pela infração penal prevista no artigo 228 da citada lei.

O médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de atenção à gestante que não identificar corretamente o neonato e a parturiente na ocasião do parto ou não realizar os exames visando ao diagnóstico de anormalidades no metabolismo, também são responsabilizados criminalmente, por força da infração prevista no artigo 229 do ECA.

Como infração administrativa, a garantia do direito à saúde e à vida foi regulamentado no artigo 245 do Estatuto, que estabelece a obrigatoriedade do médico ou responsável por estabelecimento

de atenção à saúde, entre outros, de comunicar à Autoridade competente, os casos envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos.

Observa-se do citado dispositivo, que diante da preocupação com a integridade física da criança e do adolescente, até os casos de suspeita de maus tratos, obrigam a comunicação imediata as autoridades competentes.

5. 2 Título III - Da Prevenção

Capítulo I - Da Prevenção Especial

Seção II dos produtos e serviços

Art. 81. É proibida a venda à criança ou ao adolescente de:

I - armas, munições e explosivos;

II - bebidas alcoólicas;

III - produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida;

IV - fogos de estampido e de artifício, exceto aqueles que pelo seu reduzido potencial sejam incapazes de provocar qualquer dano físico em caso de utilização indevida;

V - revistas e publicações a que alude o art. 78;

VI - bilhetes lotéricos e equivalentes.

Art. 82. É proibida a hospedagem de criança ou adolescente em hotel, motel, pensão ou estabelecimento congênere, salvo se autorizado ou acompanhado pelos pais ou responsável.

6. AIDPI



Figura 11. AIDPI

No Brasil, assim como na maioria dos outros países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade está reduzindo a cada ano, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil segue em declínio. Em uma década (1998 – 2010) passou de 33,5 crianças mortas por mil nascidas vivas, para 22.



Figura 12: Logo da AIDPI

Esse declínio considerável se deu por estratégias a saúde infantil para melhorar a qualidade de vida no desenvolvimento da criança, sendo assim, preocupada com a prevalência de morbimortalidade infantil, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em 2007, cria a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que atende a criança doente em sua totalidade, padronizando assim normas internacionais que contribuísse, significativamente, para a redução dos elevados índices de mortalidade na infância encontrados em muitos países. Ao mesmo tempo, propõe uma melhor organização dos serviços de saúde, tomando mais resolutivo e eficiente o atendimento prestado

na atenção primária, prioritariamente, e secundária, bem como desenvolver um trabalho de educação em saúde entre os familiares de crianças assistidas e a comunidade onde residem.

De acordo com a organização mencionada acima, as condições de morbimortalidade atualmente contribuem para um controle difícil das doenças e, é preciso observar adequadamente as condições de vida desta criança, como exemplo o fornecimento de água, adesão a uma boa higienização e aglomeração familiar, que promovem a disseminação rápida de doenças.

Nesta estratégia criada, a OPAS, menciona as práticas alimentares deficientes e o uso de substitutos do leite materno que elevam o risco de infecção e de morte, especialmente para as crianças menores de um ano de idade.

Para isso, é preciso capacitar profissionais da área de saúde para realizar um somatório de ações preventivas e curativas que contemple o monitoramento do crescimento e a recuperação nutricional, incentivo ao aleitamento materno e a imunização, sendo fundamental para a melhoria das condições de saúde das crianças.

A aplicação da AIDPI tem importantes benefícios para a qualidade da atenção prestada às crianças tanto nos serviços de saúde como em casa e na comunidade. Entre eles, pode-se considerar como um dos mais importantes o fortalecimento de uma visão integrada da saúde infantil, que muda o foco de atenção das doenças específicas que podem afetá-la.

Segundo Nascimento, Mendes, Morais, et. al. (2004), o programa AIDPI tem como enfoque o atendimento à crianças de 1 semana a 5 anos, e seu objetivo fundamenta-se em promover a minimização dos riscos que desencadeiam a morte por desnutrição.

Os mesmos autores citados acima, afirmam que a avaliação é feita quando são identificados os sinais, por meio de avaliações e classificações, e por indicação da mãe ou responsável pela criança.

Quando é identificado o risco nutricional da criança inicia-se o tratamento em ambulatório, indicando preferencialmente, o tratamento dietético e orientações básicas para reestabelecer o equilíbrio nutricional e prevenir o agravamento do grau de desnutrição, neste último o tratamento é hospitalar.

13. Bucheli (1998) citado por Nascimento, Mendes, Morais, et. al. (2004)

A desnutrição é uma condição patológica que determina grande parte da morbimortalidade infantil nos países em desenvolvimento e no Brasil, notadamente, nas regiões Norte e Nordeste. Vários fatores podem interferir no sucesso do aconselhamento nutricional: a intensidade da intervenção; sua potencial capacidade de mudar

comportamentos; o tempo a ser gasto; a existência de fatores externos limitantes, como a disponibilidade de alimentos; e a possibilidade de substituição, ou seja, que os alimentos recomendados substituam a dieta habitual, incluindo a amamentação.

Atividades

Após analisar os dados*, explique o porquê do índice elevado de óbitos de crianças na região Nordeste.

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
ano 2010	23,5	33,2	16,6	15,1	18,8

*Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

6. 1 Alimentação Saudável

Ninguém duvida, depois da respiração, a alimentação é vital ao ser humano. A alimentação e nutrição adequada têm um papel fundamental para a prevenção de várias doenças na infância e na futura vida adulta, entre as quais, as deficiências nutricionais, doenças crônicas, sobrepeso e obesidade. Há milhares de anos, Hipócrates já afirmava: “que teu alimento seja teu remédio e que teu remédio seja teu alimento”. É isso mesmo. São direitos humanos fundamentais, pois representam a base da própria vida.

6. 2 Aleitamento materno



Figura 14: Alimentação Exclusiva

A amamentação favorece um contato mais íntimo entre a mãe e o bebê, confere segurança emocional, estreitando o vínculo entre mãe e o filho, construindo um momento insubstituível.

O leite humano é um alimento completo, natural e nutricional adequado para o recém-nascido, salvo raras exceções, adaptado ao metabolismo deste.

Atividades

Pesquisar sobre doença infectocontagiosa que são contra indicado para o aleitamento materno.

Devido a sua capacidade protetora contra doenças, o aleitamento materno é capaz de reduzir a mortalidade e morbidade no grupo de crianças amamentadas. Isso é de fundamental importância em populações subdesenvolvidas, como é o caso do Brasil, onde a mortalidade infantil é alta, causada principalmente pela desnutrição e pelas doenças infecciosas.

Além de diminuir a mortalidade, o leite materno diminui a incidência e a gravidade de doenças como diarreias, infecções respiratórias, otites médias, infecções urinárias e doenças alérgicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a amamentação exclusiva salva atualmente cerca de 6 milhões de crianças a cada ano por prevenir doenças infecciosas agudas e crônicas, principalmente respiratórias e intestinais.

Lembre-se

Um dos aspectos mais importantes do benefício do leite humano para o lactente é a presença de componentes imunológicos no leite materno. Entre estes destacam-se a lactoferrina, uma proteína ligadora de ferro que limita a disponibilidade deste elemento às bactérias entéricas potencialmente patogênicas, possuindo também forte efeito bacteriostático sobre a *Escherichia coli* e o estafilococos. As imunoglobulinas, entre as quais a IgA secretora, estão presentes em quantidades significativas durante o primeiro ano de vida, prevenindo a ligação de agentes infecciosos não só à mucosa entérica como também à do trato respiratório. A lisozima, um fator protetor inespecífico que influencia a flora do trato intestinal, elimina os patógenos através da lise da parede celular.

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. As recomendações da *Organização Mundial de Saúde* relativas à 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, frutas e sucos) e manter o aleitamento materno.

- As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade. A partir desta idade, as refeições podem ser semelhantes às dos adultos, evitando a utilização de alimentos artificiais e corantes, estimulando hábitos saudáveis.

Atividades

Promova um debate um “Fórum de Discussão”:

01 RN de 20 dias é trazido para consulta de puericultura. A criança nasceu a termo, com peso adequado para a idade gestacional. A mãe menciona que há 5 dias introduziu uma mamadeira de leite de vaca integral pois a criança chorava muito. O exame físico não demonstrava anormalidades e o ganho ponderal em relação ao peso de alta hospitalar foi de 15g/dia. Além do controle de peso em uma semana, qual seria a conduta alimentar em seu ponto de vista?

Deve ser...

6.3 Definições de aleitamento materno

- Aleitamento Materno Exclusivo: Quando a criança só recebe leite materno, seja diretamente do seio ou ordenhado da própria mãe, ou ainda, leite humano de banco de leite e não recebe nenhum outro líquido ou alimento sólido.

- Aleitamento Materno Predominante: principal fonte de alimento da criança é o leite materno, sendo permitido apenas receber água, chá, medicamentos ou soro de reidratação oral.

- Aleitamento Materno total: medida ou índice que reflete o período de aleitamento materno exclusivo e predominante.

- Aleitamento Materno parcial: quando a criança, além da amamentação ao peito, recebe, antes da época adequada, outros alimentos (leite, cereais, frutas, legumes, etc.)

6.4 Tipos de leite

- Colostro: 1º a 7º dia, produção de 100ml/dia.

- Leite de Transição: 8º a 15º dia, produção de 500 ml/dia.
- Leite Maduro: 16º dia em diante. Redução da produção no 6º mês.
- Leite Prematuro: maior teor de gordura, lipídeos e calorias, menor teor de lactose, maior quantidade de IgA e lactoferrina, menor quantidade de cálcio e fósforo.

6. 5 Propriedades do leite materno

• Nutricionais

Fornece todos os nutrientes que a criança precisa como: proteínas e gorduras, lactose, vitaminas, ferro, água, sais, cálcio, e fosfato, em quantidade suficiente para suprir todas as necessidades do bebê.

• Imunológicas

É a primeira vacina do bebê, pois fornece anticorpos, protegendo contra muitas doenças. A criança que está sendo amamentada tem menos diarreia, infecção respiratória e de ouvido. E se a criança estiver sendo amamentada durante uma infecção, ela deve ter uma recuperação mais rápida. O leite materno continua ajudando a evitar doenças e facilita a recuperação durante o 2o e 3o ano de vida. Protege também o bebê contra problemas alérgicos.

• Psicológicos

Fortalece o laço afetivo entre a mãe e o filho, que vêm sendo formados durante a gestação, fazendo com que o bebê se sinta mais seguro e amado, crescendo mais tranqüilo.

6. 6 Desmame precoce

No Brasil ainda são bastante elevados os índices de desmame precoce (introdução de qualquer outro tipo de alimento além do leite materno) e requer atenção por parte dos profissionais de saúde. Cabe ao profissional acompanhamento e envolvimento, voltado principalmente para o apoio, a orientação e o incentivo ao aleitamento materno, mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não

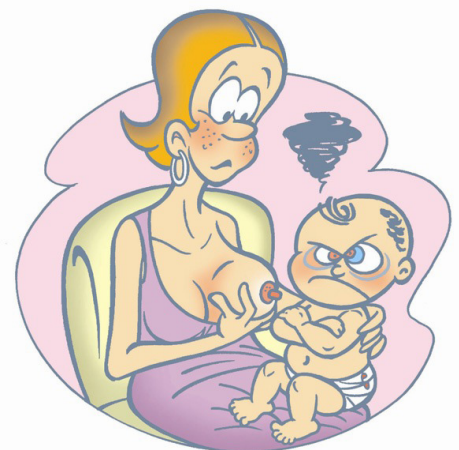


Figura 15: Casos reais de confusão de bicos.

será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Entretanto, para algumas mulheres, amamentar é muito difícil.

É importante deixar claro que o sucesso da amamentação depende da decisão da mulher, e pode ser facilitada por um trabalho de acompanhamento e envolvimento de toda a equipe, voltado principalmente para o apoio, a orientação, incentivo ao aleitamento materno e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças.

Saiba Mais

- A equipe de saúde deve incentivar e promover a amamentação ainda na sala de parto.
- Orientar à mãe sobre os reflexos do bebê que auxiliam a mamar: Reflexo de busca ou de procura; Reflexo de sucção; Reflexo de deglutição.
- Orientação sobre como colocar o bebê no peito, as posições que facilitam a mamada, sobre a importância da livre demanda das mamadas, do esvaziamento das mamas, evitando complicações.

6.7 Alimentação complementar



Figura 16:
Alimentação
Complementar

É definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, junto ao leite materno, para atender às habilidades e necessidades da criança. Uma alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação (isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar e com custo acessível as famílias.

6. 8 Programa Viva Leite



Figura 17 E 18: Logos do programa "Viva Leite"

A prioridade são crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, cujas famílias tenham "chefes" desempregados e mães sejam arrimos de família com prioridade para as crianças de 06 a 23 meses de idade. O leite oferecido gratuitamente pelo programa é enriquecido com vitaminas A e D e ferro e possui teor de gordura mínimo de 3% - o que oferece um complemento alimentar seguro e de alto valor nutricional as crianças e idosos que vivem em situações de risco nutricional, auxiliando na prevenção da anemia. O Viva Leite não é apenas uma ação social, é uma ação de saúde pública.

O Programa é coordenado numa parceria entre Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria de Agricultura e Secretaria da Saúde, por meio de convênio estabelecido com o Governo de Estado. Até o 6º mês de vida a criança deve ser amamentada de forma exclusiva, ou seja, somente com o leite materno, sem outros alimentos, nem mesmo água, chás e sucos. Assim, o Projeto viva leite não permite o cadastramento de crianças menores de 6 meses.

6. 8. 1 Importância Nutricional do Viva leite

Composição do Viva Leite Vitamina A, Vitamina D, Cálcio, Proteínas e Ferro

- **Cálcio:** é importante para a formação e manutenção de ossos e dentes, coagulação sanguínea e regulação dos batimentos cardíacos.
- **Vitamina A:** importante para uma boa visão, crescimento e desenvolvimento adequados, aumentando a resistência contra doenças infecciosas.
- **Vitamina D:** importante para absorção de cálcio pelo organismo. Ajuda na formação e conservação de ossos e dentes.

- **Ferro:** importante para a formação do sangue. A carência: provoca anemia ferropriva.

É importante ressaltar que apesar de todas as evidências comprovarem sobre a importância do aleitamento materno, que suas propriedades nutricionais são mais eficazes que outras formas de alimentar a criança, o Brasil, ainda, não alcançou as metas ideais para minimizar as consequências de desenvolvimento da criança por falta do leite materno.

Muitos são os esforços para ampliar as campanhas de promoção da saúde da criança em relação ao aleitamento materno, e o profissional de saúde deve perceber sua importância para empregar esforços na reversão dos casos de desnutrição infantil.

Abaixo segue uma citação direta longa:

Mas para isso ele precisa estar preparado [...] por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros.

19. BRASIL, 2009

Neste momento o profissional de saúde precisa interagir com a população, identificando as prioridades de orientação e compreendendo o contexto histórico da dupla mãe/bebê para prestar uma assistência integral e eficaz, só assim será possível obter um retorno das ações de saúde empregadas à população.

Atividades

01. Em relação ao leite materno é correto afirmar que:

- a) todas as vitaminas são encontradas em boas quantidades
- b) a maior digestibilidade se deve à grande concentração de caseína
- c) o conteúdo de ferro é baixo, mas é bem absorvido.
- d) a concentração de lactose é menor do que a do leite de vaca.

02. Quanto ao aleitamento materno é correto afirmar que:

- a) o aleitamento materno exclusivo deve ser mantido até quatro a seis meses de idade. Pois a partir desta data a criança necessita de aporte protéico só atingido completando-se a dieta com leite de vaca
- b) a partir dos quatro a seis meses de idade deve-se iniciar o processo de desmame lento e gradual das crianças em

aleitamento exclusivo, pois se torna necessário aporte calórico só alcançado oferecendo-se um alimento de maior aporte calórico.

c) as crianças em aleitamento materno exclusivo até seis meses devem sempre receber complemento de vitamina D e ferro a partir do segundo ou terceiro mês de vida, pois o leite materno não garante um aporte adequado desses nutrientes.

d) nas crianças em aleitamento materno exclusivo não se deve retardar o início do desmame após o sexto mês de vida, porque isto dificulta a introdução de alimentos salgados e/ou semi-sólidos.

e) crianças com baixo peso ao nascimento devem sempre receber complemento de leite de vaca, pois o leite materno exclusivo poderia impedir a recuperação de seu crescimento estatural.

03. O leite materno fornece proteção contra infecção por enterovírus e bactérias entéricas por:

a) promover crescimento de lactobacilos bífidos

b) ação da lactoferrina

c) presença de IgA secretora

d) presença de lisozimas

e) todas as alternativas anteriores estão corretas

04. Segundo o conceito atual, desmame é:

a) parada total e definitiva da amamentação

b) utilização de outros leites industrializados

c) introdução de papa de frutas e sopa de legumes

d) suspensão do uso de mamadeiras de leite de vaca

e) introdução de outro alimento além de leite materno

05. O aleitamento materno está sempre contra-indicado quando a mãe é portadora de:

a) HIV positivo

b) tuberculose

c) hepatite A

d) HIV positivo, tuberculose e hepatite B

e) não se justifica a contra indicação dele

7. ANOTAÇÕES OU REGISTRO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA

É a comunicação escrita que se refere à criança e ao seu cuidado registrado no prontuário pela equipe de enfermagem, sendo fonte inestimável de informações sobre os procedimentos executados, intercorrências a cada plantão, além das condições e observações do seu estado de saúde.

Esses dados são utilizados por todos os membros da equipe de saúde com a finalidade de assegurar a comunicação entre os profissionais e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global (COREN, 2009).

As informações devem ser organizadas de maneira que não dificultem a compreensão da leitura, ou seja, devem ser sucintas, completas, exatas, objetivas e livres de julgamentos, e redigir, com clareza, sem rasuras, datadas, assinadas e carimbadas ao término de cada anotação, é, e tem sido a principal peça de defesa da equipe de saúde nos casos de denúncia por mau atendimento com indícios de imprudência, negligência e imperícia. É considerado documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade, pois é testemunho escrito do cuidado prestado.

O registro de enfermagem para ser considerado autêntico e válido deverá estar legalmente constituído, ou seja:

- Possuir assinatura do autor do registro e número do Coren.
- Inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderá gerar desconsideração jurídica do documento.
- Todas as declarações escritas e assinadas no documento do paciente são consideradas verdadeiras em relação a quem o assinou, fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.



7. 1 Normas para as anotações de enfermagem

Acesse o site:

http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf

1. Deve ser precedidas de data e hora, conter assinatura e número do Coren ao final de cada registro. Não deixar espaços entre a anotação e a assinatura;
2. Anotar informações completas, de forma objetiva, para evitar a possibilidade de dupla interpretação: não usar termos que dêem conotação de valor (bem, mal, muito, bastante, entre outros);
3. Utilizar frases curtas e exprimir cada observação em uma frase;
4. Anotar imediatamente após a prestação do cuidado, recebimento de informação ou observação de intercorrências;
5. Nunca rasurar a anotação por ter essa, valor legal; no caso de engano, usar “digo”, entre vírgulas. Não deixar linhas em branco ou espaços;
6. Não utilizar termo “o paciente”, no início de cada frase, já que a folha de anotação é individual;
7. Deixar claro na anotação se a observação foi feita pela pessoa que anota ou se é informação transmitida pelo paciente, familiar ou outro membro da equipe de saúde;
8. Evitar o uso de abreviaturas que impeçam a compreensão do que foi anotado; Observação: As abreviaturas podem ser eventualmente utilizadas, desde que seu uso seja consagrado na instituição.

Segundo Decisão do COREN

Artigo 1º O registro deve ser claro, objetivo, preciso, com letra legível e sem rasuras.

Artigo 2º Após o registro deve constar a identificação do autor constando nome, COREN.

Artigo 3º O registro deve constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente, com data e hora.

Artigo 4º O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem

nas diferentes fases e para planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

Artigo 5º O registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para a auditoria em enfermagem.

Artigo 6º O registro deve fazer parte do prontuário do cliente ou paciente e servir de fonte de dados para processo administrativo, legal, de ensino e pesquisa.

Artigo 7º Os registros podem ser do tipo:- manual (escrito à tinta e nunca a lápis) e eletrônico (de acordo com a legislação vigente).

Atividades

01. As anotações de enfermagem são os registros realizados pelos integrantes da equipe de enfermagem sobre todas as ocorrências e todos os cuidados prestados ao paciente. Sobre este tema, assinale a afirmativa correta:

- a) Cada registro deve vir acompanhado da assinatura da pessoa que o realizou.
- b) As anotações ou registros de enfermagem devem ser escritos no prontuário do paciente de maneira completa, clara e precisa, abordando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais.
- c) Os profissionais de enfermagem são, na maioria das vezes, os primeiros a observar sinais e sintomas que podem ajudar no diagnóstico, ou colaborar no tratamento ou no planejamento de ações curativas em favor do paciente. Assim o mais importante não é “notar”, e sim anotar as observações.
- d) Todas as afirmativas estão corretas.

02. O Técnico de Enfermagem deve conscientizar-se do valor dos registros claros e concisos das:

- a) ordens de serviços e memorandos;
- b) condições, reações e tratamento do paciente;
- c) escalas funcionais de distribuição de serviços;
- d) relações de materiais e de funcionários da unidade.

03. Na Lei do Exercício Profissional 7.498/86 e no Decreto 94.406/86, estão determinadas as incumbências a todo o pessoal de Enfermagem, dentre elas, está a de anotar, no prontuário do paciente, as atividades da assistência de Enfermagem. Assim, assinale a opção INCORRETA.

- a. É proibido assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que outro profissional assine as que executou.

- b.** As Anotações de Enfermagem devem ser claras, objetivas e livres de julgamento.
- c)** As Anotações de Enfermagem, no prontuário do paciente, quando rasuradas, devem ser corrigidas com o uso de corretivo.
- d)** A utilização dos seguintes sinais gráficos, na anotação de enfermagem, significa: (/) – para checar quando a ação foi realizada e o circular (O) – para assinalar o horário em que a ação prescrita não foi realizada.

O que anotar

Informações subjetivas e objetivas, problemas/preocupações do cliente, sinais/sintomas, eventos ou mudanças significativas do estado de saúde, cuidados prestados, ação e efeito das intervenções de Enfermagem baseadas no plano de cuidados e respostas apresentadas.

Quando anotar

Sempre que ações de assistência forem executadas, mantendo o planejamento de enfermagem atualizado.

Onde anotar

Em impressos próprios, segundo modelo adotado pelo serviço de enfermagem da instituição.

Como anotar

O registro deve ser feito de forma clara e objetiva, com data e horário específico, com a identificação (nome, COREN) da pessoa que faz a anotação. Quando o registro for manual, deve ser feito com letra legível, sem rasuras. Na vigência de uma anotação errada, colocar entre vírgulas a palavra digo e anotar imediatamente após o texto correto.

Para que anotar

Para historiar e mapear o cuidado prestado; facilitar o rastreamento das ocorrências com o cliente a qualquer momento e reforçar a responsabilidade do profissional envolvido no processo de assistência de Enfermagem.

Quem deve anotar

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Exemplo de uma sequência de anotações

1. Sinais subjetivos (e o que o paciente relata o que ele fala para o profissional).
2. Sinais objetivos (e o que você vê. Ex, edema, feridas, mantendo acesso venoso, etc...).
3. O que foi feito (os cuidados prestados por você).
4. Dieta, alimentação (que tipo de dieta o paciente esta fazendo).
5. Eliminação (anote o volume urinário, aspecto das fezes).
6. Sinais vitais (Peso, PA, TAX, FC, FR).

Atividades

Promova um debate um "fórum de discussão" sobre anotação de enfermagem na pediatria, baseado no exemplo abaixo:

09/09/2011 – 9h. Criança deu entrada na unidade de pediatria, procedente do PS de cadeira de roda acompanhada pela enfermagem e mãe. Apresenta-se irritada, chorosa, descorada. Informa dor abdominal e diarreia a dois dias. Mantendo acesso periférico em MSE com tala para soroterapia e medicações. Sic da menor, diurese presente e fezes ausentes a 2 dias. Mãe orientada sobre as rotinas da unidade, uso dos sanitários, permissão para visita, PA 120x70 TAX36. 5 FR 20 FC 90 P 32Kg. Segue sob os cuidados da enfermagem. Às 11h apresentou temperatura de 39,2°C e foi medicada com antitérmico CPM e encaminhada para um banho morno. Às 12h aceitou 50 ml de suco e toda a gelatina, recusou a refeição. Às 13h apresentou vômito em média quantidade com coloração da gelatina, enfermeira Marisa foi comunicada. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE

Agora, responda:

O que o técnico em enfermagem precisa ressaltar na anotação de enfermagem em pediatria?

Analisar todas as falhas que se encontrar na anotação abaixo:

M- menor ativo, calmo, comunicativo, deambulando, normocárdico, normotenso, eupneico, afebril, informou que dormiu bem. Aceitou desjejum, tomou banho de aspersão com ajuda da mãe. Apresentou evacuação líquida de odor fétido, recebendo soroterapia em MSE. PA 120x70 mmHg T= 36, 5°C R= 20 rpm P= 90 Bpm. Segue sob os

cuidados da enfermagem. Ana Carolina

10h – realizado punção venoso em dorso da mão direita, com gelco nº 24, coleta de sangue para exame e instalada o item 2 da prescrição médica. As 10h30min foi encaminhada amostra de sangue para laboratório. Sonia Araujo – COREN-SP-8765-TE

11:30 Apresentou T= 39,5 °C e foi medicada com antitérmico CPM e encaminhada ao banho morno.

12:00 Mensurado T=37,2°C. Aceitou suco e toda gelatina, recusou a refeição. Bruna Lombarde

13:00 Apresentou vomito em média quantidade com coloração da gelatina, enfermeira Marisa foi comunicada. Bruna Lombarde – COREN- SP 7777- TE

13: 45 Medicada com o item 5 da prescrição médica.

18:00 Passado o plantão sem intercorrências.COREN- SP - TE

Glossário

1. Aborto habitual: ou recorrente é definido como a perda seguida de 3 ou mais gestações, antes da 20ª semana da gravidez. Disponível em: www.crh.com.br.

2. Alteração nas Globinas/Talassemia: a Talassemia (forma de anemia crônica) resulta de mutações genéticas nos genes das globinas (proteínas globulares). Disponível em: www.alert-online.com.

3. Anamnese: entrevista realizada por um médico que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente, a fim de ajudar no seu diagnóstico. Disponível em: pt.wiktionary.org.

4. Anemia Falciforme: é uma doença hereditária caracterizada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, tornando-os parecidos com uma foice, daí o nome falciforme. Disponível em: bvsms.saude.gov.br.

5. Anemia Ferropriva: é um tipo de anemia causada por deficiência de ferro no organismo. Ela causa sintomas como fraqueza, desânimo, palidez cutânea e nas mucosas, sensação de desmaio e nos casos mais graves irritabilidade e ansiedade. Disponível em: <http://www.tuasaude.com>.

6. Anencefalia: é a ausência de grande parte do cérebro e do crânio. Disponível em: saude.hsw.uol.com.br.

7. Antiepilépticos: Droga ou outra substância utilizada para prevenir ou impedir ataques ou convulsões. Também chamado de anticonvulsivante. Disponível em: <http://wikbio.com>.

8. Apgar: Este índice foi criado por uma anestesista inglesa, Dra. Virgínia Apgar, na década de 50. É o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, avaliando suas condições de vitalidade. Consiste na avaliação de 5 itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida. Disponível em: www.uff.br/dicamep/escala_de_apgar.htm.

9. Autossômicas: Doenças autossômicas são aquelas passadas de pais para filhos através dos genes. Disponível em: <http://br.answers.yahoo.com>.

10. Colostro: líquido segregado pelas glândulas mamárias, após o parto, rico em proteínas, e que contém importantes fatores imunológicos para o recém-nascido. Disponível em: www.infopedia.pt.

11. Consanguíneos: São pessoas ligadas pelo vínculo de sangue, ou seja, vínculo biológico, que dá origem ao parentesco natural. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br>.

12. Cromossomopatias: doença cromossômica (do cromossomo).

13. Fenda Palatina: A fissura labial e a fenda palatina, conhecidas popularmente como lábio leporino e goela de lobo, são malformações congênitas que ocorrem durante o desenvolvimento do embrião. É uma abertura que começa sempre na lateral do lábio superior, dividindo-o em dois segmentos. Essa falha no fechamento das estruturas pode restringir-se ao lábio ou estender-se até o sulco entre os dentes incisivo lateral e canino, atingir a gengiva, o maxilar superior e alcançar o nariz. Disponível em: drauziovarella.com.br.

14. Gastrosquise: é uma malformação fetal decorrente de um defeito na formação da parede abdominal. Disponível em: pt.wikipedia.org.

15. Gestação: A geração de uma vida dentro do útero é um processo fisiológico que ocorre com as fêmeas da classe de animais mamíferos, O período de gestação pode variar entre uma espécie e outra, a gravidez dura por volta de 40 semanas. Disponível em: <http://www.suapesquisa.com>.

16. Gestograma: ferramenta utilizada para auxiliar o cálculo da DPP (data provável do parto) durante o Pré-Natal.

17. Hemoglobina glicosilada (ou glicada): é uma forma de hemoglobina presente naturalmente nos eritrócitos humanos que é útil na identificação de altos níveis de glicemia durante períodos prolongados. Disponível em: pt.wikipedia.org.

18. Hipospádia: é uma malformação congênita caracterizada pela abertura em posição anormal, na face ventral do pênis ou mais raramente na bolsa escrotal. Geralmente o prepúcio passa a ter formato de capuz. Disponível em: pt.wikipedia.org.

19. Macrossomia fetal: é uma doença que se caracteriza, principalmente, pelo excesso de peso de recém-nascidos. Foi definida de várias formas, incluindo o peso de nascimento de 4 kg - 4,5 kg. Fatores associados à macrossomia fetal incluem genética; duração da gestação, presença de diabetes gestacional, etc. Disponível em: pt.wikipedia.org.

20. Meningocele: caracteriza-se por uma falha no fechamento do tubo neural que compromete a medula, os arcos vertebrais e o manto cutâneo, localizando-se na linha média, em qualquer nível da coluna vertebral, tendo, no entanto, predileção pela região lombo- sacra, onde ocorrem 75% dos casos. A lesão pode estar completamente coberta por pele ou apresentar uma área de tecido róseo, ricamente vascularizado. Disponível em: www.portaleducacao.com.br.

21. Perinatal: recém-nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional

(36 semanas e 6 dias ou menos - abaixo dos 9 meses).

Disponível em: <http://pt.wikipedia.org>.

22. Polidactilia: é uma anomalia genética(do grego, polys= muitos,daktylus=dedos) geralmente caracterizada pela presença de um dedo extranumerário próximo ao quinto dedo, seja no membro inferior ou superior.

Disponível em: www.brasilecola.com.

23. Pré Eclâmpsia: é um problema grave, marcado pela elevação da pressão arterial e presença de proteína na urina, que pode acontecer a qualquer momento da segunda metade da gravidez, ou seja, a partir de 20 semanas. Disponível em: brasil.babycenter.com.

24. Pré-termo: O período perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500g) e termina com sete dias. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br>.

25. Síndrome de Down: (Trissomia do Cromossomo 21) é a forma mais frequente de retardo mental causada por uma aberração cromossômica microscopicamente demonstrável. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br>.

26. Síndrome de Fetal do Álcool ou a Síndrome do Alcoolismo Fetal, SAF: termo usado para descrever o dano sofrido por alguns fetos quando a mãe ingere bebidas alcoólicas durante a gravidez, foi identificada pela primeira vez por volta de 1970. A ingestão de álcool pela mãe durante a gravidez atinge a corrente sanguínea dela, passando, em seguida, para o feto através das trocas de nutrientes na placenta. Não há quantidade segura de álcool que possa ser ingerido durante a gravidez. Mas a quantidade e a fase da gravidez podem aumentar o risco de surgimento da síndrome, o filho pode ser submetido a uma dose tóxica de álcool durante sua gestação. O álcool pode ocasionar defeitos que variam de leve a grave, causando gestos desajeitados, problemas de comportamento e falta de crescimento. Um dos reflexos mais graves da toxicidade do álcool na gravidez podem ocasionar rosto desfigurado e retardo mental. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org>.

27. Talassemias: são defeitos hereditários caracterizadas pela redução ou ausência da síntese de uma das cadeias de globinas, podem ser maior, menor ou intermediária. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.

28. Toxemia-gravidica: (vide pré-eclâmpsia).

29. Tromboembolismo: Na gravidez, a capacidade de coagulação (formar coágulos) aumenta conforme o avançar da gestação. Essa é a forma do corpo da gestante se preparar para hora do parto, para que possa controlar seu sangramento mais rapidamente. Porém, algumas mulheres podem ter uma facilidade natural de formar trombos (que são os coágulos dentro da veia), e acabar tendo quadro de trombose (formação de coágulo dentro da veia) durante a gravidez. Disponível em: mulher.saude.wordpress.com.

30. Tubo Neural: O tubo neural é a estrutura embrionária que dará origem ao cérebro e a medula espinal. A falta do ácido fólico durante a gestação pode causar má formação do tubo neural do feto. Disponível em: guiadobebe.uol.com.br e pt.wikipedia.org.

Créditos das Imagens e Tabelas

Capa

<http://www.morguefile.com/>

Capítulo 1

1. História da Puericultura: FARIAS, Fernando. Bem Estar – Saúde. Disponível em: <http://bemestar-saude.blogspot.com.br/2011/05/historia-da-puericultura.html>.

2. Os vários estágios do desenvolvimento embrionário humano: Desenvolvimento Embrionário. 8º semana. Disponível em: <http://desenvolvimentoembrionario.wikispaces.com/3.8+-+8%C2%AA+Semana>.

3. A origem do vínculo mãe-bebê: Guia do Bebe Uol. Disponível em: <http://www.blogagoraquesaoelas.com/2012/04/origem-do-vinculo-mae-bebe.html>.

Capítulo 2

4. Ambiente Pré-natal: Ambiente Pré-natal. Notícias e Informações. Disponível em: <http://www.bebeclick.com/tienda/catalog/ambiente-prenatal-n-147.html?newsPath=10&osCsid=37dbde274c4fe033be47de94>.

5. Meningocele (criança de dois meses com um meningocele de Arnold-Chiari. Nota-se retração esternal: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfaq-gAE/mielomeningocele-hidrocefalia?part=2>

6. Hidrocefalia: <http://hidrocefalia1220.blogspot.com.br/>

7. Microcefalia: <http://medtododia.blogspot.com.br/2010/06/respondendo.html>

8. Malformação dos pés (Malformação congênita dos pés de uma criança causada pelo uso materno de talidomida durante a gestação (foto: Otis Historical Archives National Museum of Health and Medicine)): <http://cienciahoje.uol.com.br/colunas/por-dentro-das-celulas/o-maior-desastre-da-historia-da-medicina/image>

Capítulo 3

9. Gestograma ou Disco Gestacional: Giverny. brindesgiverny.com.br.

10. Crescimento segundo a idade do indivíduo.

Capítulo 4

Tabela 1_Principais características e fases do desenvolvimento infantil: Adaptado de: Principais Desenvolvimentos Típicos em Oito Períodos do Desenvolvimento da Criança (PAPALIA, 2009).

Capítulo 6

11. Ilustração AIDPI: ebah.com.br.

12. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância:**
Universidade de São Paulo. AIDPI. Disponível em: ee.usp.br

13. NASCIMENTO, A.; MENDES, E. F. S.; MORAIS, K. A.; SILVA, M. B.; HOLANDA, M. A. T.; BALIEIRO, T. P.; BARBOSA, M. A. **AIDPI como estratégia na melhoria do estado nutricional de crianças de 1 semana a menores de 5 anos e outros enfoques. Revista da UFG. 2004. v. 6.** Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/J_aidpi.html. Acesso em: 17 jul.

14. **Alimentação Exclusiva**

15. **Casos reais de confusão de bicos:**
SANTOS, Adriana. Profissão Super Mãe. 12 Casos reais de confusão de bicos artificiais que resultou em desmame:
<http://profissaosupermae.blogspot.com.br/2012/06/12-casos-reais-de-confusao-de-bicos.html>.

16. **Alimentação Complementar:**
Fumira_ Disponível em: anutricionista.com.

17. **Logo do programa “Viva Leite”**
tuads.com.br

18. **Logo do programa “Viva Leite”**
FUSS faz cadastro para programa Viva Leite. jau.sp.gov.br.

19. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 14 jul. 2012.

Currículo das autoras



Claudia Palhano Castanho

- Enfermeira formada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCAMP, em Campinas, SP.
 - Especialização em Enfermagem do Trabalho, Fundação Atheneu, FUNDACENTRO, Campinas, SP.
 - Especialização em Enfermagem em Ginecologia e Planejamento Familiar, CAED, em Campinas, SP.
 - Pós Graduação “Lato sensu” em Administração Hoteleira- SENAC/ em Águas de São Pedro, SP.
 - Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem- UNIARARAS, Araras, SP.
- Docente da EEPSP”Comendador Emílio Romi” Santa Bárbara D Oeste- SP; SENAC, Piracicaba, SP; ETEC Cel Fernando Febeliano da Costa, Piracicaba, SP.



Maria Rita Braga

- Doutora em Ciências da Saúde pela FAMERP-SJRP.
 - Licenciada em Enfermagem pela UNESP-Araraquara.
 - Graduada em Enfermagem pela EE - USP - Ribeirão Preto.
- Docente das Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva.
Coordenadora de Projetos GSE - CETEC - SJRP.



Marisa Ramos Rodrigues da Silva

Professora e Coordenadora do Curso Técnico de Enfermagem na Etec Professor José Santana de Castro- Cruzeiro. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, com Licenciatura Plena em Enfermagem, Pós-Graduado em Educação Especial e Educação Inclusiva, cursando Pedagogia. Atuando como colaboradora do projeto de mídias digitais para o ensino da enfermagem do CETEC do Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza”.



Zilda Lopes

Possui graduação em enfermagem e obstetricia pela faculdade de enfermagem e obstetricia de adamantina (1989). Atualmente é professor da Escola Técnica Amim Jundi, clt enfermeiro - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE OSVALDO CRUZ e enfermeiro da Escola Técnica Amim Jundi. , atuando principalmente nos seguintes temas: qualidade de vida, acompanhamento, material apostilado, prevenção e programa saúde da criança.

