Danrley e Darlene

Erico Marcos de Vasconcelos e
Maristela Vilas Boas Fratucci

Sumário

Danrley e Darlene 2
Aleitamento materno 11
Depressão no puerpério 13
Icterícia neonatal 15
Puericultura 19

Danrley e Darlene

Faltam dez minutos para as 13 horas de uma quinta-feira, e os funcionários ansiosamente já se preparam para bater o ponto e iniciar o turno de trabalho vespertino. Enquanto isso, a auxiliar de enfermagem Cleonice, a agente comunitária de saúde Rosalina, a enfermeira Rita e o médico Felipe conversam.

– Ai, ai. Nem parece que teve uma hora de descanso. A gente nem consegue sair daqui. – comenta Cleonice, suspirando.

– Concordo contigo, Cleonice. É como se trabalhássemos nove horas seguidas, e não oito. Não dá tempo de ir ao banco, almoçar em casa, e só nos resta ver os filhos à noite. – comenta Rita, indignada.

– Por falar em filhos, hoje é dia de puericultura, Rita. Que saco ter que medir o perímetro cefálico, o peso e a altura de todas aquelas crianças! Isso quando elas não fazem xixi na gente quando tiramos a fralda. – suspira Rosalina.

– E eu que tenho que repetir a mesma coisa em todas as consultas? Se pudesse, ligava um gravador e deixava repetindo na sala. – sorri Rita.

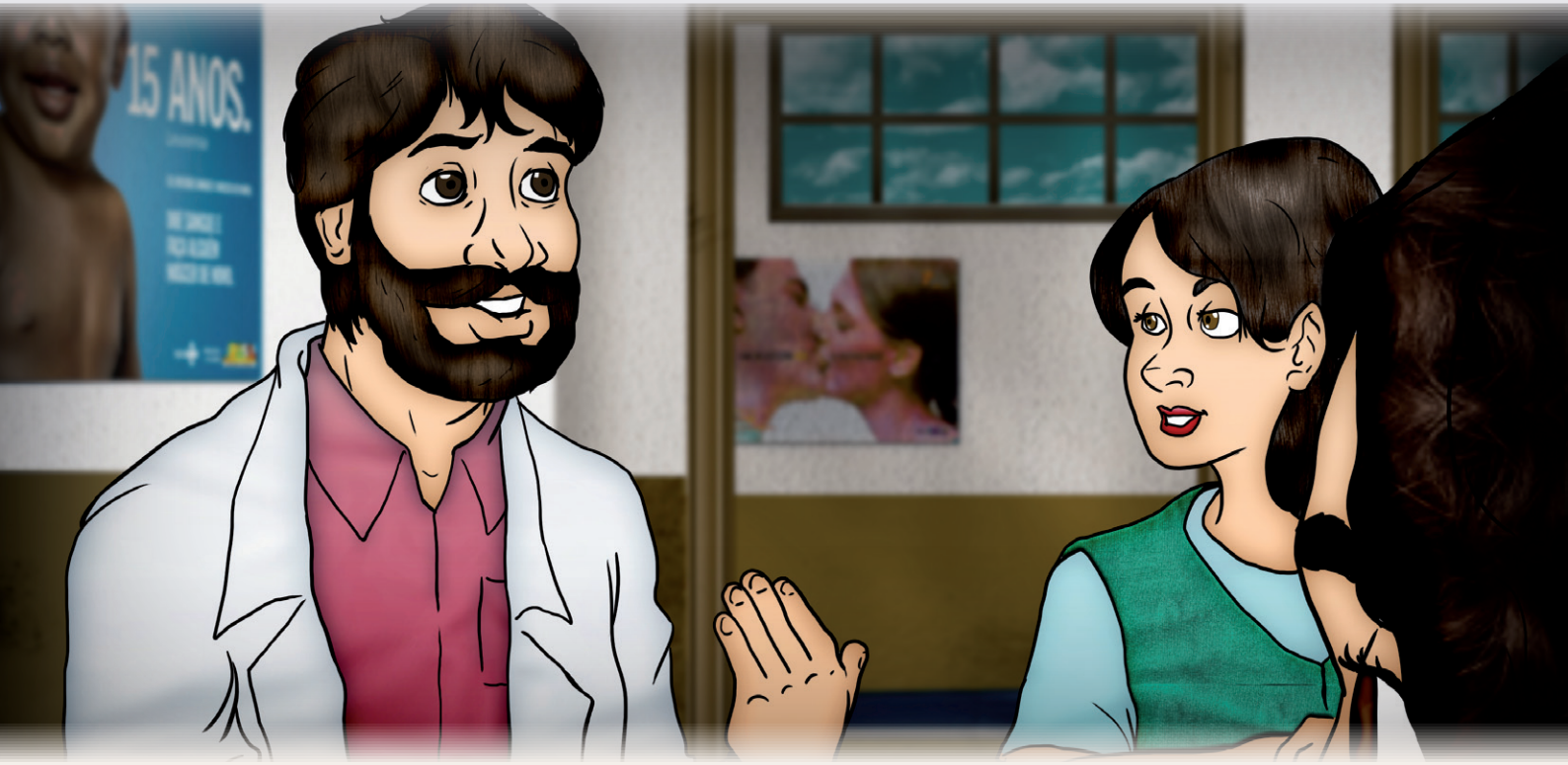
– Calma, amanhã já é sexta e vocês vão poder aliviar um pouco desse estresse no fim de semana. – comenta Felipe, em tom malicioso. – Além disso, vocês reclamam, reclamam, mas quando chegam os bebês, só falta babarem em cima deles. – complementa, tentando animá-las.

Todos riem.

– Rita, sabe o que eu pensei agora? – pergunta Cleonice, enquanto Rita balança a cabeça, respondendo que não. – Para você não ter que ficar repetindo a mesma coisa, por que não fazemos um grupo de bebês? Poderia se chamar "Bebê a bordo" – propõe Cleonice, sorrindo. – E temos o Dr. Julio e sua ajudante, Ana Cristina. Eles estão loucos para sair do consultório de dentista para fazer grupo. Eles foram cobrados pela gerente para fazer mais atividades preventivas. Eles são ótimos e podem nos ajudar a orientar as mães e as gestantes sobre a importância da amamentação…

– Se quiserem fazer, eu até me proponho a ajudar. Um grupo com certeza vai diminuir nossa carga de trabalho com as crianças. Acho ótima a participação do Dr. Julio e da Ana Cristina. Eu mesmo raramente tenho tempo nas consultas para explicar sobre limpeza da boca e dos dentes – acrescenta Rita.

– Mas acho importante priorizarmos as crianças que estiverem em maior risco. – comenta Felipe em tom sério, entrando em um tema de discordância entre ele e Rita.



– Não sei não, Felipe. Você sabe que essas suas evidências não funcionam muito bem com essas mulheres daqui. Se a gente deixa um mês sem elas virem, aí mesmo que o programa não funciona, e adeus aleitamento! – responde Rita, em atitude defensiva, relembrando o trabalho que deu conscientizar as mulheres da comunidade sobre a importância da puericultura e do aleitamento materno exclusivo.

– Mas elas não vão ficar sem vir. Por isso vai existir o grupo. E não é qualquer criança que vai poder seguir o calendário alternado. Só as de menor risco, e isso inclui os riscos sociais. E para isso temos que estar atentos ao risco das crianças, usando tabelas de estratificação, por exemplo. – retruca Felipe, em tom moderado, tentando parar a discussão.

– Não sei, não sei. Mesmo assim fico com medo de perder tudo o que fizemos. Elas já estão tão "adestradas" a vir todo mês… – sorri com o comentário preconceituoso para provocar Felipe. – Amanhã a gente discute isso melhor na reunião de equipe. – responde Rita, em tom pensativo.

– Lá vem você com seus preconceitos… – responde Felipe, sendo interrompido no meio da frase por Cleonice, que já sabia que aquela conversa ia longe.

– Fim de *round*! – diz Cleonice e todos riem. – Hora de bater o ponto. Então não vamos esquecer de montar o grupo e chamar o pessoal da Saúde Bucal para a próxima reunião. Guardem suas energias para a grande luta de amanhã na reunião. – dizendo isso, Cleonice levanta para bater o ponto, mas, antes de sair, pisca para Felipe, já fazendo uma aliança para o debate do dia seguinte.

Com isso, todos levantam para bater o ponto e seguem para suas salas, enquanto Cleonice abre o posto para a entrada dos ACS e dos pacientes.

Após alguns minutos, Felipe vai à porta da sala de Rita e a provoca:

– Tchau, Rita. Já que você gosta tanto dos bebês, vou deixá-la sozinha com eles enquanto vou fazer algumas visitas domiciliares com a Lucimar. – e sorri ironicamente.

– Nem pense nisso, meu amiguinho. – responde Rita em tom malicioso. – Ou esqueceu que você marcou um horário para atendermos juntos a Darlene e o bebê dela? – e, dizendo isso, solta uma gargalhada. – Desde a consulta do Samuel que estamos aguardando esse momento, lembra-se?

– Tá, tá, lembrei. Eu e essa minha mania de marcar pacientes complicados no meu dia de VD. Espero que ela não venha… – suspira Felipe.

– Passei lá pela manhã, como o senhor pediu, e ela me disse que viria, doutor. – comenta a ACS Lucimar, sorrindo e já participando da conversa.

– Viria não, veio! Ela acabou de chegar. – comenta Rosalina, voltando da recepção. – Já vou passar o prontuário para a Cleonice triar. – diz, sorrindo.

– Vocês venceram por hoje, mas me aguardem amanhã. – sorri Felipe, sentindo que perdeu a batalha e, virando-se para Rita:

– Rita, você faz a avaliação do bebê e, quando for para conversar com a Darlene, me chama que eu entro, ok? Enquanto isso, vou renovando algumas receitas de psicofármacos para não deixar acumular.

Ele se dirige à sua sala, após o aceno positivo de Rita para aproveitar aquele tempo. Todo tempo vago era importante para a renovação de receitas, afinal era dado um prazo de dez dias desde a solicitação até a retirada da receita.

Passados alguns minutos, Rita vai à portaria e chama Darlene. Mal a reconhece. Antes da morte do filho mais velho, Danrley, há cerca de um ano, Darlene era uma mulher bonita, no auge dos seus 32 anos. Estava sempre maquiada, com a pele morena, bronzeada e bem cuidada, com o cabelo sempre exibindo um penteado novo e o corpo cheio de curvas e bem delineado por suas roupas justas, capaz de fazer inveja às meninas mais novas.

Mas quem se levanta é uma senhora abatida e com aparência envelhecida, como se tivesse uns 45 anos, descuidada, cabelos crespos e assanhados, olhos fundos e com olheiras das noites maldormidas, sem nenhuma maquiagem e um pouco mais gorda, sendo difícil precisar o quanto pelas roupas largas que vestia. Parecia bem mais baixa fora do sapato alto e usando aquelas sandálias de borracha um pouco sem cor pela sujeira acumulada.

Rita olha de novo para ela de cima a baixo e pergunta de novo, assustada, como se estivesse ainda sem acreditar:

– Darlene?

– Sim, doutora, sou eu. – responde Darlene, em tom baixo e incomodada com o olhar de Rita.

Ao chegar mais perto, Rita pôde ver melhor Danrley Anderson (o bebê de 15 dias) e constatar o que haviam dito Cleonice e Lucimar. Era uma criança linda. Pele clara, olhos azuis e uma face rosada e sorridente. Era realmente encantador. Tinha tanta vida que Darlene, já tão apagada, tornava-se quase imperceptível diante do brilho e da leveza do sorriso do filho.

– Que lindo teu filho, Darlene! Entre aqui. Vamos à minha sala para conversarmos um pouco. – fala Rita, ainda encantada com a beleza de Danrley Anderson.

Já na sala, Rita pergunta:

– Como está o Danrley, Darlene?

– Danrley Anderson, doutora. Meu Danrley Deus já levou. – retruca Darlene, irritada com a vivacidade da criança, que por onde passava chamava atenção.

– Desculpa, Darlene. Sei que ainda deve estar muito triste com a morte do Danrley. Mas agora tem que reagir e poder cuidar desta criança linda. Como ele está? – pergunta Rita, sem notar que os elogios a Danrley Anderson só aumentam a angústia e a irritação de Darlene.

– Está bem, doutora, não faz nada mais do que comer, dormir e ficar rindo o tempo todo. O problema é que ele está amarelinho, não vê? Saiu da maternidade assim, mas estava menos, só nos olhinhos. Mas agora parece que piorou... Ele é muito quieto. – responde Darlene, irritada e lembrando-se do quanto seu filho Danrley era agitado desde pequeno.

– Que bom, então. Um filho quieto é o sonho de toda mãe. – comenta Rita, tentando melhorar o vínculo de Darlene com o novo filho. – Mas e a rotina dele, como tem sido? Tem tomado banho de sol? Tem feito xixi e cocô normalmente? – pergunta Rita, percebendo o incômodo de Darlene e tentando entrar nas questões mais objetivas.

– Como já disse, ele está muito bem. Não precisa se preocupar, que tudo o que vocês disseram está sendo feito. Toma banho todos os dias com água "quebrada a frieza", toma banho de sol, arrota depois de comer. Faz xixi e cocô várias vezes ao dia e não fica com a fralda suja nem um minuto. O xixi e o cocô não estão com cores diferentes, acho. Mais alguma coisa? – pergunta Darlene, já impaciente com a consulta.

– E o que ele tem comido, Darlene? – pergunta Rita, um pouco chateada com a rispidez de Darlene, mas tentando se controlar.

– Até semana passada era só o leite do peito, doutora. Mas ele é muito esfomeado, e daí eu comecei a dar uma mamadeira à noite para ver se consigo dormir uma noite inteira. – responde Darlene, suspirando e com ar de cansada.

– Hummm…– suspira Rita, preocupada em como poder falar para Darlene da importância de seguir com leite materno exclusivo sem culpabilizá-la.

– Já sei o que a senhora vai dizer, doutora. Que o leite do peito é que é bom, que esse outro leite é pra bezerro e não pra bebês, que no estômago dele é como se fosse uma feijoada de tão pesado para digerir e que ele dorme a noite toda não por estar bem alimentado, e sim por estar pesado. – responde Darlene, irritada. – Mas, se for pra me dizer isso, nem precisa continuar. Eu é que sei o que eu estou passando… – e começa a chorar.

– Calma, Darlene. Nós estamos aqui para te ajudar e não para te cobrar nada. Até porque o Danrley Anderson está muito bem. Perdeu um pouco de peso, mas isso é normal. Quanto ao amarelado, isso chama icterícia e nós vamos observar. Vi também que você já fez o exame do olhinho e do pezinho. Do olhinho está tudo bem e do pezinho vamos esperar o resultado… – Parabéns! – complementou, tentando acalmar Darlene. – Mas você tem que ter um pouco mais de paciência para dar o peito. Já conversamos sobre o quanto isso é importante

– Desculpa, doutora. Tenho feito o possível para cuidar bem dele. Mas ainda está muito difícil… – comenta Darlene, ainda soluçando.

– O que você acha de chamarmos o Dr. Felipe para conversarmos juntos? – pergunta Rita, enquanto oferece um lenço a Darlene.

– Pode ser, doutora. Estou mesmo precisando escutar os conselhos do doutor pra me acalmar. – responde Darlene, secando as lágrimas.

Rita sai e vai à sala de Felipe e o chama. Antes de voltarem, conta um pouco o que se passou na consulta e sua percepção de que Darlene ainda está muito mal com a morte de Danrley e muito confusa em relação ao novo filho. Apesar disso, refere sua constatação de que a criança está muito bem desenvolvida. Em seguida, passados alguns minutos, voltam juntos à sala de Rita.

– Oi, Darlene, tudo bem? – pergunta Felipe. – Como estão os pontos do parto, já caíram?

–Tá tudo mais ou menos, doutor. As coisas não estão muito bem, não, mas é que minha saúde não tem andado bem mesmo... Mas hoje vim para trazer o Danrley Anderson, como a enfermeira Laís pediu quando foi lá em casa, com o agente Tiago. Ele continua amarelinho, e isso está piorando.

– Mas, pelo que a Rita estava me contando, você só não veio à consulta, mas está cuidando dele muito bem e descuidou do aleitamento materno, não é? Olha como ele está bem. – comenta Felipe, tentando aliviar o sentimento de culpa de Darlene.

– O senhor acha mesmo, doutor? A Rita também achou que ele está muito bem! – pergunta Darlene, esboçando um sorriso discreto.

– Claro, Darlene. E eu sou lá homem de mentir, oras! – brinca Felipe. – Mas eu já sei o que está acontecendo com você. – comenta Felipe em tom misterioso.

– Lá vem o senhor com as suas adivinhações, doutor. Até parece que é bruxo. Só não venha me fazer chorar, que eu não aguento mais. – fala Darlene, já com os olhos cheios de lágrimas.

– Isso não é adivinhação, Darlene. São apenas situações já esperadas que acontecem no ciclo de vida da maioria das pessoas. Não acontece só com você. – comenta Rita, abrindo espaço para que Felipe pudesse falar sobre a crise vital por que Darlene passa no momento, de famílias com filhos pequenos, e ainda agravada por um luto mal resolvido. – Não é mesmo, Felipe?

– Isso mesmo, Rita. – responde Felipe e, virando-se para Darlene: – Por exemplo, neste momento, acho que você deve estar muito cansada e sozinha e deve ter vários pensamentos ruins em relação ao Danrley Anderson. Mas isso acontece com praticamente todas as mães com crianças pequenas. Afinal, bebês precisam de muita atenção e mudam a vida de todos em casa. – comenta Felipe, enquanto toca a mão de Darlene

– É assim mesmo que me sinto, doutor. Estou muito cansada e ainda tenho que ficar dando atenção para ele. Não aguento mais. E o Samuel anda meio desmiolado... – comenta Darlene, já com os olhos cheios de lágrimas novamente.

– Às vezes dá vontade até de jogá-lo na parede, não é mesmo? – exagera Felipe, tentando normalizar os pensamentos de Darlene, enquanto olha para Rita, pedindo apoio. – Quanto ao Samuel, falamos daqui a pouco.

Darlene arregala os olhos, enquanto Rita continua falando de sua própria experiência:

– No meu primeiro filho, eu tinha vontade de amordaçá-lo quando ele começava a chorar de madrugada. Mas não é isso que define ser uma boa mãe, Darlene. Nossas atitudes é que contam. Os pensamentos podem até ser ruins, mas o que fazemos por eles é que faz a diferença. E olhe para seu filho, como está lindo! Isso é o resultado dos seus cuidados. – e aponta para Danrley Anderson, sorrindo para Darlene.

Darlene olha para o filho e começa a chorar, abraçando-o apertado, enquanto comenta: – Às vezes, não aguento nem dar de mamar muito tempo para ele, doutor. Começa a me dar uma coisa por dentro, que é melhor botar ele no berço logo antes que eu faça uma besteira. – comenta, envergonhada.

– E qual o problema disso, Darlene? Qual o problema de ficar com raiva? Esse é um sentimento humano que todos temos e não dá para escolher a hora nem a pessoa. Precisamos é entender o que está acontecendo com você para ficar tão brava. Só assim vamos poder te ajudar. – conclui o médico e olha para Darlene, aguardando uma resposta.

– Eu não sei o que acontece, doutor. Começo a dar de mamar e, quando vejo, ele já está cochilando ou sorrindo para mim. Ele é muito calmo. Bem diferente.

E, dizendo isso, Darlene cai no choro. Felipe passa a mão no ombro dela e complementa:

– Bem diferente do outro Danrley. Não é isso, Darlene?

– Isso mesmo, doutor. Não me conformo que tenham matado o meu menino. – continua Darlene, em prantos. Rita e Felipe ficam em silêncio, em apoio à dor de Darlene por algum tempo.

Depois de chorar um pouco, Darlene segue: – Ainda me sinto culpada e muito sozinha. Desde que o 'Dan' morreu, o Samuel só chega bêbado em casa. Chega e vai direto para o quarto do 'Dan'. Fica lá deitado na cama e, quando vejo, já está jogando as coisas na parede. Quando chego para acalmá-lo, ele começa a gritar comigo e manda eu ir cuidar do 'Dan' para ver se dessa vez a gente acerta. Não gosto quando ele chama o Danrley Anderson de 'Dan'. Às vezes tento corrigir o Samuel e ele desconta em mim. Até já me… – fica em silêncio.

– E você também não imagina nele o próprio 'Dan'?

– No começo sim, doutor. Mas depois fui vendo o quanto ele foi ficando diferente. O 'Dan' era mais agitado desde bebê. Acho que foi isso que foi me deixando brava. Ele é muito diferente e, no fundo, todos ficamos imaginando que a gravidez podia trazer o meu 'Dan' de volta.

– É, mas infelizmente você está vendo que não trouxe, né, Darlene? O Danrley Anderson é uma pessoa diferente do Danrley, mesmo tendo o mesmo nome. E ele é especial só por ser ele mesmo, não precisa ser outra pessoa. Olha esse sorriso lindo! – e aponta a criança sorrindo. – É sorriso de são-paulino!

– Ai, doutor, só o senhor mesmo para me fazer rir numa hora dessas. Mas, falando nisso, o Samuel já comprou um uniforme de corintiano para ele. – brinca Darlene.

– Ah, é? Então avisa para ele que daqui não sai mais um ibuprofeno para aquele pé dele. Mas, falando sério agora, Darlene. – Felipe muda o semblante e fita Darlene nos olhos.

– Então Darlene, você já falou duas vezes hoje dos problemas com Samuel… Quer falar um pouco mais? Você acha que podemos te ajudar? – encoraja Rita

– Sabe, doutora, desde que o Dan morreu ele tá diferente. Nunca tinha sido agressivo. Mas agora… – chora de novo.

– Darlene, você acha que ele pode te fazer mal? Já pensou em procurar ajuda? Aqui no posto ou em outro lugar? – diz Rita num tom acolhedor.

– Acho que não precisa, pois desde que ele começou a tratar aqui com vocês e está cuidando dos problemas de homem com o doutor, tá mais calmo. Disse que vai tomar os medicamentos e está se controlando. Me pediu desculpa também. Obrigado por ajudar com ele. – diz Darlene, enxugando as lágrimas.

– Imagino o quanto todos vocês estão sofrendo, inclusive o seu marido, com aquele jeito durão dele, mas ele resolveu se cuidar. E é importante que vocês possam conversar sobre isso em casa para se apoiar. Se você achar necessário, podemos fazer uma reunião aqui! Mas não vai ficar se arriscando sozinha, hein? Você é forte, mas não dá conta dum homem daquele tamanho! Mas aposto que nem na mesma cama estão dormindo. E, falando nisso, sexo só se tirar as teias de aranhas, não é? – brinca Felipe, aliviando o momento de tensão.

– Lá vem o senhor com suas adivinhações.

– Não é adivinhação, Darlene – diz Rita. Logo após o nascimento de uma criança, é normal que o casal se afaste um pouco, por vários motivos que podemos conversar depois. Mas é importante que não fiquem longe tempo demais a ponto de perderem a intimidade. Ser mãe não a impede de ser mulher. E uma mulher muito bonita, por sinal!

– Obrigado, doutora. É muito bom escutar isso. – sorri, discretamente.

– A Rita tem razão, Darlene. Daqui a pouco você e o Samuel vão estar felizes de novo… Você é uma mulher muito bonita e elegante. É até estranho não a ver arrumada como estávamos acostumados. O que tem acontecido? Nos últimos tempos, você perdeu o prazer e o interesse de se arrumar e de fazer suas coisas? Tem se sentido mais deprimida ou sem esperança?

– Isso mesmo, doutor. Depois da morte do 'Dan', comecei a ficar assim, mas logo em seguida engravidei e não deu tempo mais para pensar nessas coisas. Só que, depois que o Danrley Anderson nasceu, eu tenho ficado muito em casa e aí voltou toda a tristeza. Choro muito e vivo irritada. O Samuel, como vocês já sabem… Além disso, não tenho mais interesse em nada, nem em me arrumar. Me sinto feia e gorda.

– E o sono e o apetite, como estão?

– Normalmente eu durmo bem, feito uma pedra. Desde que o Danrley Anderson deixe. E o apetite está normal, até um pouco a mais eu diria, tanto que tenho engordado.

– E a memória, como está? Tem deixado a comida queimar ou esquecido a casa aberta?

– Não me lembro disso ter acontecido. Até porque lá em casa tudo gira ao redor de mim e, se eu me esquecer das coisas, a casa para.

– E tem pensado em se matar, Darlene?

– Deus me livre, doutor! Tenho ainda um filho para criar. Quero é ficar boa logo para voltar a trabalhar.

– É muito bom ver a força que tem para reagir, Darlene – diz Rita. Nos faz até repensar nossos próprios problemas.

– Com certeza, Rita. A Darlene é uma mulher muito forte e vai superar tudo isso. – e, virando para Darlene, Felipe continua. – Pois é, Darlene, acho que você está realmente com uma depressão, e esses sintomas condizem com o quadro. Só fico na dúvida se é necessário usarmos uma medicação para te ajudar. O que você acha?

– Se tiver algum outro jeito, eu prefiro, doutor. O senhor sabe que não gosto de tomar remédio e, além disso, fico com medo de passar no leite. – e espera apreensiva a resposta.

– Que bom, Darlene. Estava realmente pensando que você responde muito bem a nossas conversas e queria reservar a medicação só para o caso de você não melhorar.

– Além disso, a psicóloga do NASF vai poder nos ajudar nisso, se for preciso, Felipe – diz Rita. Eles se colocaram à nossa disposição quando os contatei por telefone.

– Ótimo, Rita. É bom que a Darlene saiba que tem toda uma rede de profissionais com quem pode contar na sua recuperação. Então, vamos fazer umas combinações para encerrar. Quando foi a última vez que você foi ao cemitério ver o 'Dan'?

– No enterro dele, doutor. Depois não tive mais coragem.

– Hummm... como eu imaginei. Então, vamos fazer o seguinte: tenho duas tarefas para você. A primeira é escrever uma carta de despedida com tudo o que você gostaria de dizer ao 'Dan' e ir ao cemitério no domingo ler para ele.

– Ai, doutor, não sei se consigo, não. – Darlene faz cara de assustada.

– Sei que vai ser difícil, mas vai ser muito importante para você e toda a sua família poder separar os vivos dos mortos. – fala de forma dura Felipe, tentando enfatizar que 'Dan' já está morto e que ela precisa agora cuidar dos que estão vivos. Se não conseguir ir agora, não tem problema, mas pelo menos vá começando a escrever a carta. – ameniza um pouco Felipe, vendo que Darlene ficou muito ansiosa.

– Assim é mais fácil, doutor. Acho que a carta até consigo fazer nesta semana. – fica mais aliviada Darlene.

– É um grande começo, Darlene. A segunda combinação é poder conversar com Samuel sobre a possibilidade de vocês virem aqui juntos em uma semana para falarmos mais sobre o 'Dan' e essas brigas de vocês. Quem sabe aqui fica mais fácil de vocês poderem conversar sobre isso, sem brigar? O que acha?

– É uma ótima ideia, doutor. Até porque ele confia muito no senhor. Obrigada por toda esta ajuda. Não sei o que seria da gente se não fossem vocês. – sorri, olhando para Felipe e Rita.

– Eu vou indo, então, Darlene. Vou deixar a Rita terminar de passar as informações da puericultura porque já tomei muito o tempo das duas. Tchau!

– Felipe, só mais uma coisa. Como ela suspendeu o aleitamento exclusivo, o que você acha de iniciarmos um método contraceptivo? – pergunta Rita.

– Bem lembrado, Rita. Mas podemos esperar mais algumas semanas, e quem sabe ela volta a dar o peito, não é, Darlene? Mas se tivermos que dar, em qual anticoncepcional você pensou?

– Estou vendo aqui que ela usou durante muito tempo o acetato de medroxiprogesterona injetável trimestral. O que você acha de voltar a usar esse método, Darlene?

– Eu prefiro mesmo injeção, doutora. O comprimido eu sempre esquecia de tomar. Mas vou voltar a dar o peito o tempo todo.

– Mas então quero te ver semana que vem e, conforme for, te dou a injeção para evitar filho, tá bom? – diz Rita.

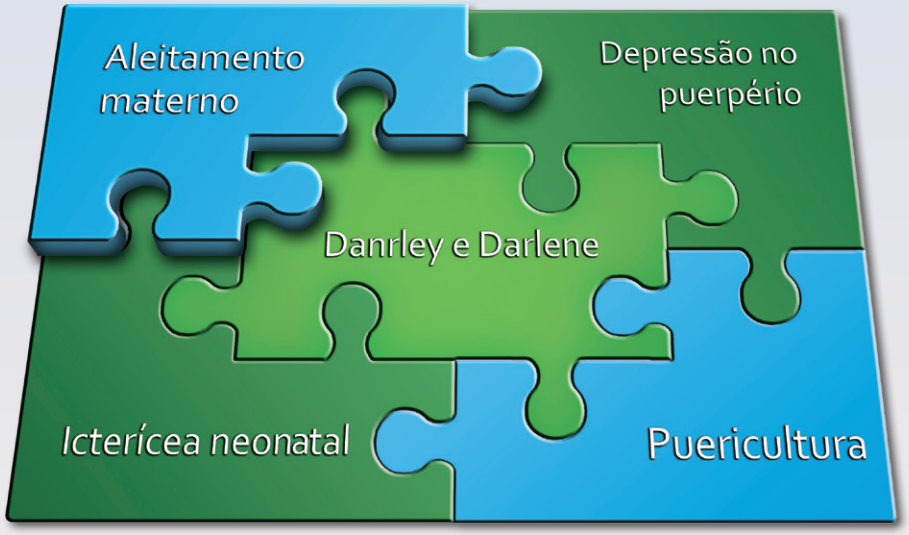
– Ótimo, então. – responde Felipe, enquanto prepara a receita e entrega para Rita. Agora vou indo, mas te espero na próxima semana, Darlene.

Dizendo isso, Felipe deixa a sala. Rita examina Danrley Anderson e conversa mais alguns minutos com Darlene. Orienta-a sobre a icterícia neonatal, que eles deverão colher exame de sangue para ver como está o nível, os sinais de alerta de piora do quadro, o aleitamento materno e o uso do anticoncepcional injetável e a importância do uso concomitante de preservativos para aumentar a segurança e se proteger de doenças. Reforça ainda a importância de Darlene tentar seguir só com aleitamento materno exclusivo, orientando sobre os ganhos para os dois, ressaltando, entretanto, o quanto, mesmo assim, ele está bem e com desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Alerta sobre o risco de ele se afogar com as mamadas e a temperatura da água nos banhos.

Com isso, termina a consulta, satisfeita de ver a nova forma como Darlene parecia olhar para o filho. Pareciam encantados um pelo outro. Marcam retorno em cinco dias Nesse encontro de mãe e filho, Rita também se reencontra com seus próprios filhos, com quem havia discutido pela manhã, e agora ansiava chegar em casa para poder abraçá-los.

Aleitamento materno

Cristina Giovanetti Del Conte



A amamentação é um assunto fascinante, pois envolve várias especialidades, como a enfermagem, a medicina, a fonoaudiologia e a psicologia. E, muitas vezes, por ela ser um "ato natural", considera-se que toda mulher sabe amamentar. A experiência clínica e muitas evidências científicas têm mostrado justamente outro lado, ou seja, mães muito decididas a amamentar seu filho, porém, quando ele nasce, ficam perdidas, desoladas e não conseguem amamentar. A amamentação é um ato natural, sim, mas com inúmeros fatores associados, sendo que os psicológicos muitas vezes superam os físicos, tornando-se os dificultadores para o aleitamento materno.

No caso de Darlene, mãe de Danrley Anderson, os fatores psicológicos claramente estão dificultando o aleitamento exclusivo. Ela teve outro filho, ou seja, já teve experiência passada com amamentação e o período de adaptação dos primeiros meses com o recém-nascido. A equipe da Estratégia Saúde da Família motivou e orientou a mãe a realizar o aleitamento – não faltou informação. Mesmo com esse cenário positivo, Darlene está com dificuldade em amamentar seu filho. O caso de Darlene é comum e, uma vez identificado que o fator dificultador do aleitamento materno é o aspecto psicológico da paciente, deve-se entender o que realmente está preocupando mais essa mãe: quais são as dificuldades, dúvidas ou anseios em relação ao aleitamento; como ela está se sentindo. Mostrar à paciente que você, profissional, se preocupa com o bem-estar total dela abre um canal de comunicação, permitindo que ela confie em você. A partir desse canal de comunicação aberto, você conseguirá orientar e guiar melhor a mãe para retomar o aleitamento.

Apresentar de maneira clara e simples todos os benefícios do aleitamento materno para ela e para seu filho é um método para motivá-la a continuar amamentando. Essa motivação deve abranger também o pai e outros membros da família que convivam diariamente com a puérpera, como as avós das crianças, tias ou outros familiares. O apoio da família, principalmente do marido, facilita a manutenção da amamentação. Ele também deve ser educado em relação à importância e aos benefícios do leite materno. Não podemos esquecer também que, durante o período de puerpério, a mãe pode apresentar quadros emocionais exacerbados devido à diminuição dos níveis hormonais. Esses aspectos também devem ser abordados junto aos familiares próximos da puérpera.

A amamentação é, sem dúvida, o melhor meio para nutrir o recém-nascido. Mas os benefícios da amamentação não são exclusivos para a criança, pois a mãe também se beneficiará com a prática do aleitamento. Cito a seguir algumas das vantagens do aleitamento materno para a mãe:

1) Previne as complicações hemorrágicas do pós-parto e favorece a regressão uterina ao seu tamanho normal;
2) Favorece o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional;
3) Reduz o risco de câncer de ovário e de mama;
4) Permite a recuperação dos estoques de ferro;
5) Já vem pronto e está na temperatura certa;
6) Não tem custo adicional;
7) Favorece o espaçamento entre as gestações;
8) Pode prevenir a osteoporose.

Para a criança, a amamentação traz vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas, e de desenvolvimento geral e da face:

1) O leite materno é o alimento completo para o lactente menor de seis meses, pois tem tudo o que o bebê precisa;
2) Protege contra infecções;
3) Promove mais segurança para o bebê;
4) Colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição proteico-calórica e os índices de mortalidade infantil;
5) Diminui a probabilidade do desencadeamento de processos alérgicos;
6) Melhora a resposta às vacinações e a capacidade de combater doenças mais rapidamente;
7) Favorece o desenvolvimento cerebral;
8) Favorece o desenvolvimento dos sistemas enzimáticos e a mielinização do sistema nervoso central;
9) Leva a um menor risco de anemia ferropriva no segundo semestre de vida;
10) Potencializa o desenvolvimento da boca e da face, além de permitir a respiração nasal e prevenir distúrbios da fala e algumas maloclusões dentárias.

Destaque

A amamentação também favorece o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, pois o aleitamento materno é um dos momentos mais ricos e propícios para a interação saudável entre mãe e bebê.

Além disso, a amamentação exercita a musculatura facial, possibilita a estimulação funcional necessária para a maturação neuromuscular e permite que a criança receba diferentes estímulos, como térmicos, olfativos, visuais, auditivos, motores e cinestésicos, o que proporciona o desenvolvimento de outras funções orais, como a mastigação, a deglutição, a respiração nasal e a fala. Em outras palavras, a sucção é um treino da musculatura e de conexões nervosas para futuramente a criança conseguir mastigar, falar e deglutir.

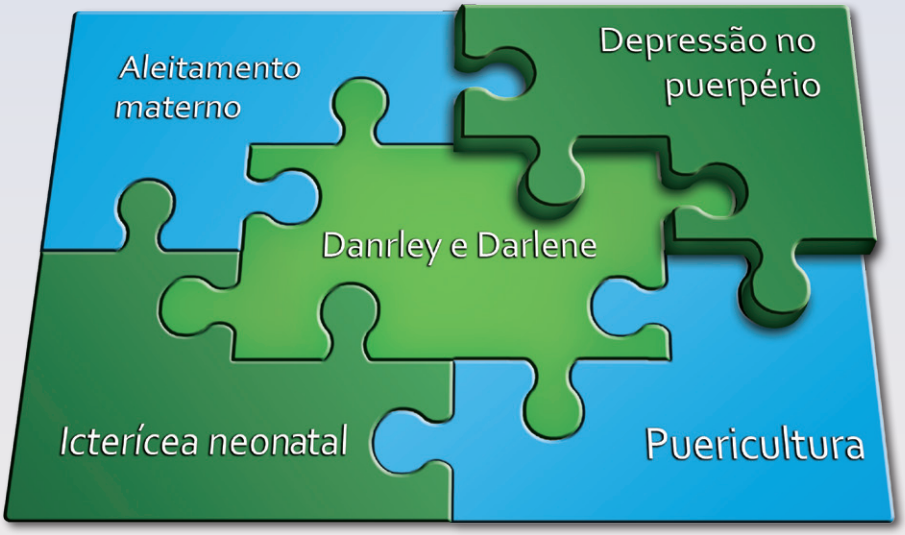
Assim, todo o esforço que o bebê faz no momento da mamada é extremamente benéfico e importante para o correto desenvolvimento da face e das suas estruturas orais, sendo considerado importante fator inicial do bom desenvolvimento dentofacial, por estimular constantemente a articulação temporomandibular.

A respiração nasal é fundamental, pois através dela o ar que o bebê inspira é filtrado, aquecido e umedecido, além de ser mais um estímulo para o desenvolvimento das suas estruturas orais.

Após termos visto a importância do leite materno e da amamentação, é fundamental reconhecer até quando ela deve ser seguida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério de Saúde do Brasil recomendam que as crianças sejam aleitadas exclusivamente com leite materno até o sexto mês de vida. Lembrando que o aleitamento materno exclusivo refere-se ao período em que a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, sem nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos. A partir desse período, ocorre a introdução dos alimentos de transição. A recomendação da OMS e do Ministério da Saúde do Brasil é a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de vida.

Depressão no puerpério

José Cássio do Nascimento Pitta



A hipótese diagnóstica com base nos dados relatados é de episódio depressivo no puerpério. A Depressão no Pós-Parto (DPP), transtorno do humor que pode ocorrer até um ano após o parto, foi agravada neste caso pelo falecimento precoce de seu outro filho.

Cabe indagar se os sintomas que são manifestados na consulta a que Darlene leva seu filho Danrley Anderson, "o bebê de 15 dias", se iniciaram após o parto atual, ou permaneceram durante o período da gravidez, desencadeados pelo parto anterior e subsequente falecimento. As manifestações psicopatológicas relatadas direcionam para o diagnóstico diferencial de Depressão no Pós-Parto (DPP) e blues puerperal ("*baby blues*"). O *blues* puerperal é o quadro mais comum e mais leve encontrado no puerpério, com início ao redor de dois a quatro dias após o parto e remissão no máximo em duas semanas. O quadro inclui choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, ansiedade, cansaço, inquietação e comportamento hostil para com familiares, ou seja, sintomas depressivos com menor intensidade e repercussão, não requerendo intervenções específicas, necessitando de suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê. As pacientes devem ser acompanhadas para avaliar uma eventual evolução para um quadro depressivo puerperal. A depressão no pós-parto ou puerperal inclui redução da qualidade de vida, isolamento social, ataques de ansiedade, choro fácil, perda de interesse na vida, insegurança excessiva, pensamentos obsessivos inapropriados, irritabilidade, fadiga, sentimentos de culpa e inutilidade, sobretudo por se sentir incapaz de cuidar do bebê, medo de machucar o bebê e relutância em amamentá-lo, desligamento emocional do bebê e de outros familiares; podem ocorrer também queixas somáticas, como dor na incisão cirúrgica, cefaleia e dor lombar, além de ideias de autoagressão e planos suicidas.

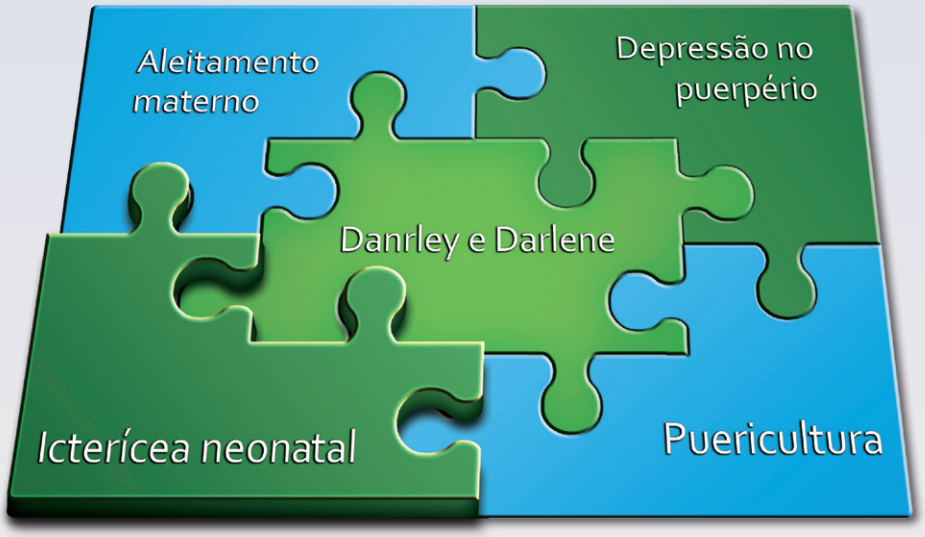
O diagnóstico atual de Darlene, portanto, direciona-se para Depressão no Pós-Parto, perante a intensidade e a variedade dos sintomas, e com duração que já excede duas semanas, sem indícios de redução. A paciente deve ser submetida ao plano terapêutico que inclui uma intervenção psicossocial, incluindo orientação familiar, se possível reduzindo suas responsabilidades e garantindo as necessidades básicas para o bebê. O suporte psicoterápico ao marido também tem demonstrado bons resultados na evolução dessas pacientes. Deve-se avaliar o suporte familiar de outros membros principalmente do sexo feminino, tais como mãe, irmãs, cunhadas e tias, com quem a paciente mantenha um relacionamento afetivo e nas quais tenha confiança para receber ajuda necessária, sobretudo para dividir os cuidados com o bebê. Estimular a prática de exercícios físicos, ajustados às suas condições psicossociais, também pode auxiliar o tratamento. O uso de antidepressivos tricíclicos (ADTs) ou Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRSs) está indicado para pacientes nessas condições, com os devidos cuidados em relação à lactação.

A sertralina (ISRS) e a nortriptilina (ADT) seriam escolhas favoráveis por apresentarem níveis séricos baixos em crianças amamentadas com leite materno. O benefício da amamentação com leite materno é inquestionável. No entanto, o possível impacto negativo de um transtorno do humor materno não tratado na relação mãe-bebê e no desenvolvimento do bebê também deve ser considerado. As decisões em relação à lactação envolvem a análise cuidadosa do risco-benefício e devem ser avaliadas individualmente pela paciente e pelo médico, incluindo também outros membros da família. A convocação do marido é imprescindível para avaliar o grau de continência ao

sofrimento da paciente e esclarecer o quadro clínico, principalmente a sua percepção em relação a esse transtorno mental, incluindo os "mitos" quanto à depressão. Além disso, o diagnóstico de depressão nesse período se encontra prejudicado devido à sobreposição de mudanças fisiológicas da gestação, como alteração de sono, energia e peso. Anemia, hipotireoidismo e diabetes gestacional também podem produzir sintomas semelhantes a um quadro depressivo, portanto um exame físico e exames laboratoriais devem ser avaliados para investigar possíveis associações de condições clínicas com o estado depressivo.

Icterícea neonatal

Cecilia Maria Draque



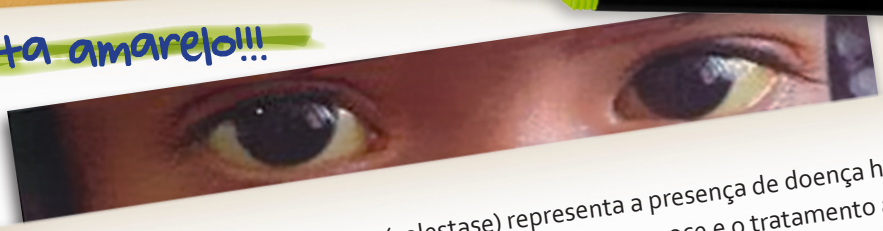
Danrley é um recém-nascido (RN) de 15 dias de vida que já saiu ictérico da maternidade e vem piorando, segundo a mãe. Diurese e evacuação presentes e de coloração normal. Há uma semana, a mãe introduziu leite artificial durante a noite. Segundo a enfermeira Rita, Danrley perdeu um pouco de peso e a icterícia dava para só observar.

A icterícia constitui-se em um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia, que é definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,3 a 1,5 mg/dL ou de bilirrubina direta (BD) superior a 1,5 mg/dL, desde que esta represente mais do que 10% do valor de bilirrubina total (BT).

Destaque

Em casos de BD acima de 1,5 mg/dl, trata-se de colestase neonatal.

Alerta amarelo!!!



O aumento da bilirrubina direta (colestase) representa a presença de doença hepatocelular ou biliar e necessita exploração clínica urgente. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado influem decisivamente na sobrevida e na qualidade de vida de muitos pacientes, como nos portadores de atresia biliar e alguns erros inatos do metabolismo.

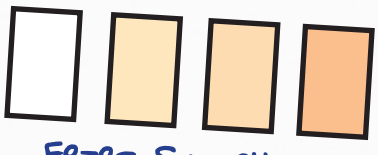
A atresia biliar é a principal causa de transplante hepático em crianças e, se não tratada, é fatal em 100% dos casos. A cirurgia de Kasai (portoenterostomia) é a única alternativa para evitar o transplante hepático, tendo melhores resultados se realizada precocemente.

No Brasil, o encaminhamento tardio destes pacientes é um importante problema. Medidas simples, como as descritas a seguir podem facilitar o diagnóstico precoce e melhorar o prognóstico destas crianças:

- O recém-nascido que persistir com icterícia com idade igual ou maior que 14 dias deve ser avaliado do ponto de vista clínico (global e coloração das fezes e urina) e laboratorial (bilirrubinas).
- Se as fezes foram "suspeitas" ou a criança apresentar aumento de bilirrubina direta, encaminhar o paciente para serviços especializados.

A colestase neonatal é uma urgência em Pediatria!

Fezes Normais



Fezes Suspeitas

No período neonatal, na maioria das vezes, a icterícia decorre de um aumento da fração indireta da bilirrubina e apresenta uma evolução benigna, com início após 24 horas de vida, pico entre terceiro e quarto dias de vida e fim no final da primeira semana. No entanto, um pequeno número de pacientes com níveis "críticos" elevados de BI pode desenvolver a encefalopatia bilirrubínica, que ao exame anátomo-patológico caracteriza-se pela coloração amarelada dos núcleos da base, sendo denominado "kernicterus".

No caso em questão, Danrley já está com 15 dias e ainda continua ictérico, exigindo assim uma investigação etiológica. Primeiro é importante sabermos se a icterícia é decorrente de um aumento de bilirrubina indireta ou direta. O fato de diurese e evacuações estarem de cor normal fala a favor de ser um aumento de bilirrubina indireta, porém vale a pena dosar bilirrubina total (BT) e frações para confirmar antes de investigar a causa dessa icterícia mais prolongada.

Pensando no caso de Danrley, por se tratar de uma icterícia prolongada com perda de peso e dificuldade no aleitamento materno, deveríamos afastar as seguintes causas:

1. Icterícias hemolíticas, sendo mais comuns a doença por incompatibilidade de Rh e ABO e a deficiência de G-6-PD.
   - Doença hemolítica por incompatibilidade de Rh (antígeno D) – ocorre quando a mãe é Rh negativa e o RN é Rh positivo. A hemólise perinatal é devida à destruição das hemácias fetais e/ou neonatais, portadoras do antígeno D ou Du, pelos anticorpos maternos IgG anti-D. Em 25% dos RN afetados ocorre hemólise leve, com hiperbilirrubinemia mínima e anemia acentuada aos dois a três meses de idade. Em 50% dos casos desenvolvem-se anemia, hepatoesplenomegalia e hiperbilirrubinemia precoce, com grande possibilidade do desenvolvimento de encefalopatia bilirrubínica entre o segundo e o terceiro dias de vida. A forma grave é caracterizada pela presença de hidropsia fetal. O diagnóstico laboratorial materno compreende a ausência do antígeno D eritrocitário e a presença de anticorpos séricos anti-D detectados no teste de Coombs indireto. Recomenda-se a coleta de sangue de cordão de todos os RN de mãe Rh negativo para a realização da tipagem sanguínea (ABO, D e Du) e do Coombs direto. Este, quando positivo, permite afirmar que as hemácias estão recobertas com anticorpos maternos.
   - Doença hemolítica por incompatibilidade ABO é limitada a RN tipo A ou B de mães tipo O e pode ocorrer na primeira gestação. O quadro clínico é variável. A principal manifestação é a icterícia precoce, que aparece nas primeiras 24 horas de vida. A icterícia apresenta uma evolução errática e pode persistir por duas semanas. Eventualmente, o valor sérico de BT pode ser superior a 20 mg/dL. A anemia grave é rara. A comprovação da doença é difícil. A suspeita é realizada com base na evolução do quadro clínico. Os níveis de hemoglobina e hematócrito podem ser discretamente diminuídos com a presença de esferócitos e reticulócitos entre 10% e 30% no sangue periférico, acompanhada de policromasia. O Coombs direto pode ser positivo em 20% a 40% dos casos, porém a sua positividade não tem associação com quadros graves de hemólise. A pesquisa de anticorpos anti-A ou anti-B no soro materno é desnecessária, pois estes são naturalmente adquiridos. A detecção de anticorpos anti-A ou anti-B no sangue de cordão ou do RN (teste do eluato) apenas denota que existem anticorpos acoplados às hemácias, não tendo associação com a gravidade da doença. Porém a negatividade do teste do eluato significa que não existem anticorpos anti-A ou anti-B ligados ao eritrócito do recém-nascido.
   - Deficiência de G-6-PD (glicose-6-fosfatodesidrogenase): esta enzima eritrocitária atua na defesa antioxidante intracelular. Os RN com deficiência, quando expostos a estresse oxidante, acidose, hipoglicemia, infecção ou algumas drogas, podem desenvolver hemólise e hiperbilirrubinemia. As principais substâncias presentes durante a gestação no leite materno ou se administradas ao RN, que podem desencadear hemólise, incluem: quemicetina, sulfas, anti-inflamatórios, antimaláricos, sulfonamidas, sulfonas, analgésicos, anti-helmínticos, vitamina K sintética, pós-mentolados, além de fava e naftalina. A icterícia ocorre após as 24 horas de vida e pode intensificar-se no decorrer da primeira e segunda semanas de vida, desencadeando o quadro clínico de encefalopatia bilirrubínica. O diagnóstico é realizado por meio da triagem neonatal realizada em papel de filtro ou da dosagem sanguínea de G-6-PD. Formas jovens de hemácias G-6-PD deficientes podem apresentar atividade adequada e acompanhar-se de reticulocitose, resultando em dosagem falsamente normal da G-6-PD eritrocitária. Além disso, a grande frequência de icterícia sem anemia ou reticulocitose importante e a ausência de desencadeantes em RN ictéricos com deficiência de G-6-PD indicam que outros mecanismos estão envolvidos na fisiopatologia. Provavelmente, há a interação de dois genes: o que impede uma função normal da enzima eritrocitária e o que impedindo a conjugação hepática adequada através da glicuronil-transferase – variante UGT1A1(TA)7 (Síndrome de Gilbert).
2. Icterícia pela "falta" do aleitamento materno: um dos principais fatores associados ao desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significante na primeira semana de vida é atribuído à dificuldade na amamentação e à pouca oferta láctea com consequente perda de peso > 7% em relação ao peso de nascimento, às vezes acompanhada de desidratação. Essa condição propicia o aumento da circulação êntero-hepática da bilirrubina e a sobrecarga

de bilirrubina ao hepatócito. Muitas vezes, esse aumento da bilirrubina é associado à alta hospitalar antes de 48 horas de vida e da falta do retorno ambulatorial em um a dois dias após a alta hospitalar. Esses pacientes têm contribuído para reinternações em leitos de hospitais pediátricos, elevando os custos no âmbito da saúde pública. No caso em questão, o bebê ainda estava perdendo peso e a mãe estava com dificuldade na amamentação.

3. Icterícia pelo leite materno, que é mais aparente após a primeira semana de vida e persiste por duas a três semanas, podendo durar até três meses: tem sido descrita em 20% a 30% de todos os RN em aleitamento materno, sendo que 2% a 4% deles apresentam valores acima de 10 mg/dL com três semanas de vida, podendo chegar a 20-30 mg/dL por volta da segunda semana de vida. A partir daí, observa-se um declínio lento e gradual do nível de bilirrubina que pode permanecer elevado por dois a três meses. Esses neonatos são saudáveis e evoluem com ganho de peso adequado e eliminações gastrintestinais normais. Além disso, não apresentam doença que justifique a presença de hiperbilirrubinemia indireta. Parece existir um fator no leite humano, ainda não identificado, que aumenta a absorção intestinal de bilirrubina, e a icterícia teria um início tardio, pois esse fator só aparece após a transição do colostro para o leite mais maduro.
4. Hipotiroidismo congênito: estes pacientes apresentam diminuição da atividade da glicuronil-transferase (enzima que conjuga a bilirrubina no fígado), podendo assim permanecer por semanas ou meses. A icterícia prolongada pode ser o único sinal do hipotiroidismo congênito. O diagnóstico é confirmado através da dosagem sanguínea diminuída de tiroxina (T4) e elevada de hormônio estimulante da tireoide (TSH), que é realizada no exame rotineiro de triagem neonatal em papel de filtro (exame do pezinho).
5. Coleções sanguíneas, sendo a mais comum o céfalo-hematoma: diagnosticado através do exame clínico do segmento cefálico do RN. Trata-se de uma tumoração de consistência elástica que respeita as suturas cranianas e se localiza na região parietal.
6. Outras: existem algumas condições que aumentam a circulação êntero-hepática de bilirrubina e sobrecarregam o hepatócito, por exemplo, malformações do trato gastrintestinal, como obstrução ou estenose hipertrófica do piloro, que é mais comum no sexo masculino e cuja sintomatologia clínica aparece na segunda ou terceira semana de vida.

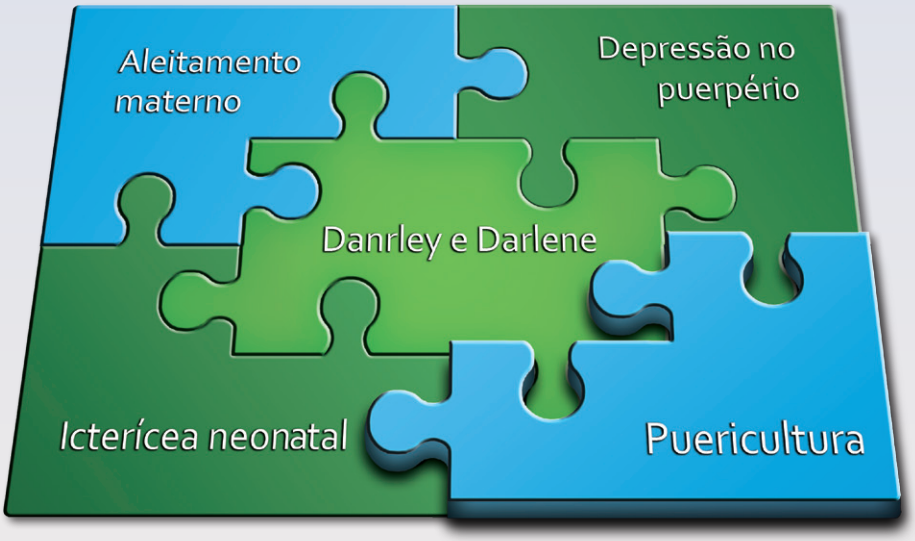
Destaque

Além de estabelecer uma causa para esta icterícia prolongada, devemos avaliar a necessidade de alguma intervenção terapêutica.

O tratamento mais utilizado para a icterícia é a fototerapia, que em um recém-nascido com 15 dias de vida estaria indicada com bilirrubina ao redor de 20, ou seja, recém-nascidos com icterícia zona 5 de Kramer (ver Fundamentação Teórica). Se a fototerapia não estiver indicada, devemos acompanhar a evolução da icterícia nesses RN.

Puericultura

Eliana Campos Leite Saparolli



A discussão proposta para esta temática está contida no diálogo que ocorre entre os membros da equipe de saúde durante o horário do almoço. Rosalina comenta que é dia de puericultura e diz ser cansativo mensurar o peso, a altura e o perímetro cefálico de todas as crianças que serão atendidas. Cleonice acrescenta o quanto incomoda o fato de as crianças urinarem ao tirar a fralda delas. Já Rita comenta que repete sempre as mesmas orientações em todas as consultas. Acrescenta que, se pudesse, ligaria um gravador e o deixaria repetindo na sala. Ao ouvir todas elas, Felipe diz que, embora essas profissionais reclamem, ele percebe o quanto elas se alegram quando essas crianças chegam à unidade. E a partir daí todos riem.

Destaque

A questão central que está em discussão é a Puericultura.
Por que é tão importante e necessário acompanhar periodicamente o crescimento e o desenvolvimento infantil durante os primeiros anos de vida da criança?
Como deve ser realizado esse acompanhamento? Que profissionais estão envolvidos nessa assistência?
Como assistir essas crianças de maneira que não se torne uma ação repetitiva e cansativa?

Sabe-se 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, higiene individual e ambiental, bem 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 de consulta de enfermagem, consulta médica, grupos educativos e visitas domiciliares.

Dilly Lama

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.

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. Essa grande vulnerabilidade biológica faz com que seja extremamente importante o acompanhamento sistemático do crescimento da criança até os 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, e 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.

Destaque

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. Dessa maneira, será possível formar-se um quadro completo do crescimento e desenvolvimento infantil e da real necessidade de intervenção.

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.

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