

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



33

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA 33 – SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde



Brasília – DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Cadernos de Atenção Básica, nº 33

Brasília – DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium, bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-9090 / 3315-9044

Sítio: www.saude.gov.br/dab

E-mail: dab@saude.gov.br

Editor geral

Héider Aurélio Pinto

Coordenação técnica geral

Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Elsa Regina Justo Giugliani
Patrícia Sampaio Chueiri
Paulo Vicente Bonilha Almeida

Colaboradores

Agda Henk
Aline Gerlach
Ana Cristina Capellari
Ana Lúcia da Costa Maciel
Anany Porto Fajardo
Ana Rita Novaes
André Klafe de Lima
Angelo Giovani Rodrigues
Camila Guedes Henn
Caren Bavaresco
Carla Berger
Carmem De Simoni
Celso Guttfreind
Charleni Inês Scherer
Cíntia Furcht
Cláudia Prazz
Elineide Camillo
Élem Cristina Cruz Sampaio
Elisabeth Susana Wartchow
Elsa Regina Justo Giugliani
Gisele Bortolini
Helvo Slomp Jr
Idiana Luvison
Iracema Benevides
Janilce Guedes de Lima
Jaqueline Misturini
Karla Livi
Lena Azeredo de Lima

Letícia Wolff Garcez

Lisiane Devinhar Perico

Lúcia Takimi

Marcos Antonio Trajano

Margaret Ivanir Schneider

Maria Amália Vidal

Maria de Lurdes Magalhães

Maristela C. Tamborindeguy França

Maria Lucia Medeiros Lenz

Michael Yari

Nina Tereza Brina

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Paulynne Cavalcanti

Reinaldo Mota

Ricardo Ghelman

Rosmérie Lasta

Rui Flores

Simone Bertoni

Silvia Maria Franco Freire

Coordenação editorial

Antônio Sérgio de Freitas Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva

Revisão técnica geral

Fernanda Ramos Monteiro;
Ivana Drummond Cordeiro;
Ione Maria Fonseca de Melo;
Jussara Pereira de Oliveira
Lysiane de Medeiros
Marcello Dala Bernardina Dalla
Patrícia Sampaio Chueiri

Normalização

Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Revisão: Paulo Henrique de Castro e Faria

Normalização: Cláudio Oliveira

Diagramação e arte-final: Kátia Barbosa de Oliveira

Supervisão técnica: Mara Soares Pamplona

Marcia Medrado Abrantes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

ISBN 978-85-334-1970-4

1. Atenção Básica. 2. Atenção à Saúde. 3. Saúde da Criança. 4. Promoção da Saúde. I. Título. II. Série

CDU 614-053.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0247

Títulos para indexação

Em inglês: Child health: growth and development

Em espanhol: Salud infantil: crecimiento y desarrollo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação dos testes de Barlow e Ortolani	64
Figura 2 – Mediadores comportamentais de semelhança familiar no hábito alimentar e no estado nutricional	147
Figura 3 – Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência	151
Figura 4 – Linha de cuidado: dimensões do cuidado como prática de saúde	207
Figura 5 – Tao – Yin / Yang	240
Figura 6 – Teoria dos 5 elementos / ciclos	240
Figura 7 – Os meridianos (visão anterior, posterior e lateral do campo).....	240
Figura 8 – Conceito de Trimembração	245

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência 212

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido [D]	45
Quadro 2 – Testes de Trendelenburg positivo e marcha anserina.....	64
Quadro 3 – Classificação da pressão arterial em menores de 18 anos	69
Quadro 4 – Classificação das crianças conforme a idade, a presença de fatores de risco para anemia e a conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento [D]....	81
Quadro 5 – Calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde (Programa Nacional de Imunizações/PNI)	90
Quadro 6 – Vacinas complementares indicadas por doença ou condição especial	94
Quadro 7 – Calendário de imunizações para crianças infectadas pelo HIV	97
Quadro 8 – Recomendações para a vacinação contra febre amarela em crianças menores de 13 anos de idade infectadas pelo HIV, de acordo com a alteração imunológica e as regiões de risco	102
Quadro 9 – Recomendações para a vacinação contra febre amarela em adolescentes com 13 e mais anos de idade infectados pelo HIV, de acordo com o número de linfócitos T CD4 e as regiões de risco.....	103
Quadro 10 – Aspectos do desenvolvimento da criança de zero a 10 anos.....	123
Quadro 11 – Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão	126
Quadro 12 – Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após o consumo de drogas de abuso	138
Quadro 13 – Esquema alimentar para crianças amamentadas	143
Quadro 14 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas	143
Quadro 15 – Grupos de alimentos	144
Quadro 16 – Dez passos para uma alimentação saudável	144
Quadro 17 – Dimensão epidemiológica dos acidentes	186

Quadro 18 – Dimensão epidemiológica no contexto de um exemplo de acidente	187
Quadro 19 – Cuidados para garantir a segurança das crianças, a fim de evitar acidentes	190
Quadro 20 – Sinais físicos e comportamentais e os sentimentos decorrentes da violência sexual*	206

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência respiratória normal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).....	37
Tabela 2 – Frequência cardíaca normal.....	65
Tabela 3 – Frequência respiratória normal, segundo a OMS	65
Tabela 4 – Distribuição dos valores normais de lipídios e lipoproteínas em indivíduos de 5 a 19 anos, conforme o sexo e a faixa etária.....	83
Tabela 5 – Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos	110
Tabela 6 – Pontos de corte de comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos	110
Tabela 7 – Pontos de corte de IMC por idade para menores de 10 anos	110
Tabela 8 – Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade	141
Tabela 9 – Pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir a anemia em pessoas que vivem no nível do mar	160

Sumário

Apresentação	15
1 A Chegada da Criança à Família	23
1.1 A família de uma criança recém-nascida.....	25
1.2 A formação do vínculo/apego	26
1.3 O desenvolvimento da função parental.....	27
1.4 A participação paterna.....	27
1.5 Dificuldades comuns da fase.....	28
1.6 O nascimento de um segundo filho	29
1.7 Estímulo à formação de uma rede de apoio mais ampla.....	30
1.8 Conclusão sobre a atenção à família no dado momento	30
Referências	31
2 Visita Domiciliar para a Família do Recém-Nascido	33
Referências	39
3 A Primeira Consulta do Recém-Nascido	41
3.1 A época ideal para a primeira consulta	43
3.2 O conteúdo da consulta	44
3.2.1 Anamnese.....	44
3.2.2 Exame físico completo.....	44
3.3 Avaliações e orientações	50
3.3.1 Avalie a presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido	50
3.3.2 Avalie e oriente os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência	51
3.3.3 Promova e apoie o aleitamento materno exclusivo e auxilie a formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê	51
3.3.4 Orientações gerais sobre os cuidados com o recém-nascido	53
3.3.5 Prevenção de acidentes	54

3.3.6 Realização do teste do pezinho	54
3.3.7 Orientações para o calendário de imunizações	55
3.3.8 Combine o calendário de consultas.....	55
Referências	56

4 Anamnese, Exame Físico e Aconselhamento Antecipado nas Consultas Subsequentes 59

4.1 A frequência de consultas por faixa etária	61
4.2 Anamnese	62
4.3 Exame físico	62
4.3.1 Dados antropométricos	63
4.3.2 Rastreamento para displasia evolutiva do quadril	63
4.3.3 Ausculta cardíaca	65
4.3.4 Avaliação da visão	65
4.3.5 Avaliação da audição.....	66
4.3.6 Aferição da pressão arterial.....	68
4.3.7 Rastreamento para criotorquidíia	69
4.4 Aconselhamento antecipado	69
4.4.1 Posição para dormir.....	70
4.4.2 Prevenção de infecção viral respiratória	70
4.4.3 Aconselhamento para realizar atividade física.....	70
4.4.4 Aconselhamento para não haver ingestão de bebidas alcoólicas.....	71
4.4.5 Aconselhamento em relação aos hábitos alimentares	71
4.4.6 Aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais.....	71
Referências	72

5 Solicitação de Exames Complementares em Crianças Assintomáticas 77

5.1 Hemograma	80
5.2 Exames de fezes e exame comum de urina (também conhecidos como “urina i”, “eas” ou “equ”).....	82
5.3 Perfil lipídico	82
Referências	84

6 Imunizações 87

6.1 Calendário de vacinação no Brasil.....	89
6.2 Indicações para uso dos imunobiológicos especiais	94

6.3 Vacinação de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV.....	97
6.4 Descrição e conduta diante de alguns eventos adversos comuns a vários imunobiológicos.....	103
Referências	104
7 Monitorização do Crescimento	105
7.1 O crescimento da criança e aspectos epidemiológicos da criança brasileira	107
7.2 Monitorização e avaliação do crescimento.....	108
7.3 Condutas recomendadas para algumas situações de desvio no crescimento.....	111
7.4 Particularidades da criança prematura ou com restrição do crescimento intrauterino.....	112
Referências	114
8 Acompanhamento do Desenvolvimento	119
8.1 Acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil	122
8.2 Distúrbios no desenvolvimento	125
8.3 Orientações aos pais.....	127
8.3.1 O controle de esfíncteres	127
8.3.2 Padrão de sono e dificuldades para dormir	127
8.3.3 Comportamento	128
Referências	129
9 Alimentação Saudável.....	131
9.1 Aleitamento materno e aspectos epidemiológicos do aleitamento materno no Brasil	133
9.1.1 Aconselhamento em amamentação	135
9.1.2 Benefícios do aleitamento materno	136
9.1.3 Contraindicações para a amamentação	137
9.1.4 Alimentação antes dos 6 meses em situações em que o aleitamento materno não é praticado ou é praticado parcialmente.....	140
9.2 Alimentação da criança de 6 meses a 2 anos.....	142
9.2.1 Prevenindo a anemia.....	145
9.3 Alimentação de crianças de 2 a 6 anos	147
9.4 Alimentação de crianças de 7 a 10 anos	149
9.4.1 Recomendações gerais para crianças de 7 a 10 anos.....	149
9.5 Prevenção da obesidade em crianças	150
Referências	152

10 Suplementação com Vitaminas e Minerais.....	157
10.1 Suplementação de ferro.....	159
10.2 Suplementação de vitamina A.....	162
10.3 Suplementação de vitamina D.....	163
10.4 Suplementação de vitamina K ao nascer	164
10.5 Suplementação de zinco	165
Referências	166
11 A Saúde Bucal da Criança	169
11.1 Recomendações para crianças de zero a 3 anos	172
11.1.1 Amamentação.....	172
11.1.2 Alimentação	173
11.1.3 Higiene bucal	173
11.1.4 Uso de bicos e chupetas	174
11.1.5 Uso de fluoretos.....	174
11.2 Recomendações para crianças de 3 a 6 anos	175
11.2.1 Alimentação	175
11.2.2 Higiene bucal	175
11.2.3 Uso de fluoretos.....	175
11.3 Recomendações para crianças de 6 a 9 anos	176
11.3.1 Alimentação	176
11.3.2 Higiene bucal	177
11.3.3 Uso de fluoretos.....	177
11.4 Recomendações para crianças de 9 a 10 anos	177
11.4.1 Alimentação	178
Referências	179
12 Prevenção de Acidentes	183
12.1 Os diferentes momentos de se fazer prevenção	186
12.2 Fatores de risco e de vulnerabilidade para acidentes	187
12.3 Atitudes promotoras de segurança em determinados contextos e espaços sociais	188
12.4 Orientações aos familiares e às crianças para evitar e prevenir acidentes	189
Referências	194

13 Proteção e Cuidados para Crianças e Suas Famílias em Situações de Violência 197

13.1 Tipos e natureza das violências.....	200
13.1.1 Natureza da violência.....	201
13.2 Formas e manifestações da violência sexual.....	201
13.3 Outras formas de violência contra crianças	202
13.4 Alerta para os sinais e sintomas da violência.....	203
13.4.1 Sinais de violência física	204
13.4.2 Sinais de violência sexual	205
13.5 Cuidados com a criança em situações de violência	207
13.5.1 O acolhimento e vínculo	208
13.5.2 O atendimento, o diagnóstico, o tratamento e o cuidado.....	208
13.5.3 Notificação como instrumento de proteção e garantia de direitos	209
13.5.4 Seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social.....	210
13.6 Prevenção de violências e promoção da cultura da paz	213
13.6.1 Situações protetoras para o bebê e a criança	213
13.6.2 Fatores de vulnerabilidade para a violência contra crianças	215
13.6.3 Fatores de vulnerabilidade para a violência na gestação e no puerpério	216
Referências	217

14 Rede de Cuidado e de Proteção Social 221

14.1 Rede de saúde	224
14.2 Rede intersetorial	226

Referências	228
-------------------	-----

15 Promoção, Narração, Brincadeira e Imaginação em Saúde 229

Referências	236
-------------------	-----

16 Práticas Integrativas e Complementares na Saúde da Criança..... 237

16.1 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)	239
16.2 Homeopatia	241
16.3 Medicina antroposófica	243
16.4 Plantas medicinais e fitoterapia	247

Referências	251
-------------------	-----

Anexos	253
Anexo A – Atribuições dos profissionais da atenção básica em relação à saúde da criança	255
Anexo B – Técnica para aferição da pressão arterial.....	259
Anexo C – Valores de pressão arterial para meninas ou meninos de 1 a 17 anos, de acordo com o percentil de estatura	262
Anexo D – Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos	264

Apresentação

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária de nosso País.

Inúmeras ações (programas e políticas) foram criadas, desde a década de 1980, com o objetivo de intervir nesta realidade a partir da mudança do modelo tecnoassistencial, representada pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, pela desfragmentação da assistência e pela mudança na forma como o cuidado às gestantes e aos recém-nascidos estava sendo realizado. Apesar da ênfase na gestante, tais iniciativas abrangiam o binômio materno-infantil.

Neste contexto, foi lançado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paim), “que propõe ações voltadas à sua integralidade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital” (CARDOSO, 2008, p. 147).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetivava, principalmente, reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência (SERRUYA, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), que reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis.

No contexto atual, diante dos desafios apresentados e reconhecendo as iniciativas e o acúmulo de experiências, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Trata-se da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha será implementada em parceria com estados e municípios, gradativamente, em todo o território nacional. Ela traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal. Baseia-se na articulação dos

pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção básica e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades) e ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico e a humanização do parto e do nascimento.

18

Assim, de um ponto de vista prático, com a Rede Cegonha, o Ministério da Saúde se propõe a, por um lado, garantir a todos os recém-nascidos boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização, tais como: clampeamento tardio do cordão, permanência do RN ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, desde os primeiros momentos de vida, com contato pele a pele e apoio à amamentação (se possível, ainda na primeira hora de vida), estímulo à participação do pai, tentativa de se evitar procedimentos iatrogênicos “de rotina”, sem embasamento científico, além de oferta de todas as triagens neonatais com o teste do pezinho, olhinho e orelhinha etc.

Por outro lado, para aqueles recém-nascidos de risco (como os de baixo peso, os prematuros e aqueles que possuem agravos que mais frequentemente acarretam a morte, como asfixia ao nascer, problemas respiratórios e infecções), a proposta é um grande investimento nas maternidades de referência do País, para atendimento às gestantes e aos recém-nascidos de risco, no sentido de garantir leitos de UTI, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e leitos Canguru. Para os recém-nascidos de risco, nascidos em maternidades que não sejam de referência para este tipo de atendimento, a proposta é a contratualização do processo de referência-contrarreferência entre todas as maternidades das regiões metropolitanas envolvidas, contando com o suporte de um transporte neonatal especializado para fazer a transferência de pacientes entre os referidos estabelecimentos hospitalares (“Samu Cegonha”).

De nada adiantará tal esforço para a sobrevivência de todos os RNs nas maternidades sem um processo adequado de seu encaminhamento para a continuidade dos cuidados, que são personalizados para as necessidades de cada uma dessas crianças, seja em ambulatórios especializados (no caso de RNs saídos de UTIs com necessidade deste tipo de atenção), seja na Atenção Primária à Saúde (APS). Este processo se inicia na maternidade, por uma entrega bem orientada da Caderneta de Saúde da Criança à mãe de cada bebê, já que a caderneta deve servir de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda a sua linha de cuidado.

Na APS continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Na APS espera-se garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

A prioridade da atenção à criança até 2 anos, prevista na Rede Cegonha, veio se somar ao recente lançamento pelo governo federal do “Brasil Carinhoso”, um conjunto de ações interministeriais, envolvendo saúde, educação, assistência social pela Primeira Infância Brasileira. A proposta é a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância.

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo País nas últimas décadas – com a já citada progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis – acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Tal estado de coisas precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

Este Caderno de Atenção Básica está inserido nesta proposta como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica no processo de qualificação do cuidado e articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores de organizar seu processo de trabalho e dos processos em educação permanente, esperamos que contribua para a contínua melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças no âmbito da atenção básica em rede.

Para tanto, o Caderno da Criança aborda orientações para a organização do processo de trabalho, questões tradicionais (como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança e a supervisão das imunizações) e até temas característicos da modernidade, como a alimentação saudável (tão essencial de ser trabalhada na situação atual de epidemia de obesidade infantil), a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência etc.

Esta publicação foi escrita por profissionais de diversas categorias – entre os quais muitos do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre (RS), aos quais o MS muito agradece – com o cuidado de agregar informações que associam o conhecimento prático e a experiência dos referidos profissionais aos depoimentos de famílias e às melhores evidências científicas.

Boa leitura.

Neste Caderno de Atenção Básica foram utilizados os graus de recomendação descritos a seguir para as recomendações de cuidado:

Graus de Recomendação

(resumo com enfoque de terapia/prevenção e etiologia/risco)

A: ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados consistentes.

B: estudos de coorte, caso-controle e ecológicos e revisão sistemática de estudos de coorte ou caso-controle consistentes ou ensaios clínicos randomizados de menor qualidade.

C: séries de casos, estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade.

D: opiniões de especialistas sem maior evidência explícita ou baseadas em fisiologia (OXFORD..., 2008).

A Chegada da Criança à Família

1

O Pedro foi o bebê mais esperado deste mundo. Chegou para iluminar e dar sentido à minha vida. Hoje posso dizer que tudo se tornou pequeno e insignificante diante da alegria que o Pedro Henrique me proporciona e dos sorrisos que ele já esboça. Agradeço a Deus todos os dias por ter me abençoado com esta criança tão feliz e maravilhosa, que é o meu filho (Maria, 40 anos, mãe de Pedro Henrique, 5 meses).

A gravidez constitui um período de muitas expectativas não só para a gestante, mas para toda sua família, que se prepara para a chegada de um novo membro. E cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento (DE BEM; WAGNER, 2006). Por tal motivo, ao atender uma criança, o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, mas como parte de seu contexto familiar, com características e funcionamento próprios. É importante prestar atenção na relação que os membros da família estabelecem com a criança, na maneira como se dispõem a cuidar dela, em seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, na forma como ela é recebida e "endereçada" ao mundo (BRASIL, 2005) [D]. A equipe de saúde deve ainda compreender e orientar os pais sobre a formação de vínculos e o fortalecimento da parentalidade (DEMOTT, 2006) [D]. O profissional precisa estar atento às possíveis e frequentes dificuldades que se apresentam e precisa estimular a construção de uma rede, inclusive na equipe de saúde, que sirva de apoio à família (idem) [D].

Um instrumento útil e facilitador para uma melhor compreensão da família no ciclo de vida é o genograma. Além de proporcionar visão clara e ampla dos membros da família e de como se relacionam, o genograma retrata graficamente a história e o padrão familiar (CARTER; MCGOLDRICK, 2001) [D].

Dados interessantes resultaram de um estudo que acompanhou crianças desde o pré-natal até a adolescência e que reviu as influências ambientais na saúde mental das crianças. Os fatores encontrados como determinantes da saúde mental de crianças referem-se, em sua maioria, a fatores familiares: história de doença mental materna, níveis elevados de ansiedade materna, perspectivas parentais limitadas, interação limitada entre a criança e a mãe, chefe de família sem ocupação qualificada, baixa escolaridade materna, famílias de grupos étnicos minoritários, famílias monoparentais, presença de eventos estressantes e famílias com quatro ou mais filhos (SAMEROFF et al. apud HALPERN, R.; FIGUEIRAS, 2004) [B].

1.1 A família de uma criança recém-nascida

O profissional de saúde, desde o pré-natal, deve estar atento às mudanças e às necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante do nascimento de um novo ser. De igual forma, o profissional de saúde deve saber que não é uma tarefa fácil uma família adaptar-se a uma

nova realidade, especialmente quando se trata do primeiro filho. Neste caso, os pais necessitam ajustar seu sistema conjugal, criando um espaço para os filhos. Além disso, é preciso aprender a unir as tarefas financeiras e domésticas com a educação dos filhos. Um estudo evidencia que o bom relacionamento do casal está associado a um maior apoio do pai à lactação e uma maior participação dele nos cuidados com a criança (FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004) [B]. Cabe ressaltar que a mudança com o nascimento da criança ocorre não apenas na família nuclear,¹ mas também na família ampliada,² que passa por uma alteração importante em seus papéis, avançando um grau em seu sistema de relacionamentos: irmãos tornam-se tios, sobrinhos tornam-se primos, pais tornam-se avós, entre outros exemplos de alterações na configuração familiar (CARTER; MCGOLDRICK, 2001) [D]. E é dentro do referido contexto familiar ou por intermédio de seu substituto (instituições ou pessoas que exerçam a função de cuidadores) que acontecerão as primeiras relações da criança, tão importantes para o seu desenvolvimento psicossocial. Os laços afetivos formados, em especial entre pais e filhos, influenciam o desenvolvimento saudável do bebê e determinam modos de interação positivos, que possibilitam o ajustamento do indivíduo aos diferentes ambientes de que ele irá participar (DESEN; POLONIA, 2007).

1.2 A formação do vínculo/apego

O apego, vínculo emocional recíproco entre um bebê e seu cuidador, constrói-se baseado em relacionamentos preliminares estabelecidos ainda com o feto e com a criança imaginada pelos pais, antes mesmo do seu nascimento. Após o nascimento, o bebê, para sobreviver, precisa de alguém que cuide dele e que assegure que suas necessidades físicas (alimentação, limpeza, cuidado, proteção, entre outras) e psicossociais (de se sentir seguro, amado, protegido, valorizado) sejam atendidas. Qualquer atividade por parte do bebê que provoque uma resposta do adulto pode ser considerada um comportamento de busca de apego: sorrir, chorar, sugar e olhar nos olhos. Por isso, é importante que o profissional de saúde, em contato com a família, observe cuidadosamente como os cuidadores (em especial, a mãe) reagem a tais comportamentos. São afetuosa? Oferecem aconchego frequente ao bebê? Reagem de forma irritada ou agressiva ao choro? (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; BRAZELTON; CRAMER, 1992) [D]. Por vezes, os modos como se dão as reações aos comportamentos do bebê podem ser indicativos de que sua família precisa de auxílio para superar o momento de crise.

A prática da amamentação favorece a formação de vínculo entre mãe e filho e deve ser estimulada. Entretanto, a amamentação não é um comportamento inato, mas sim um hábito que se adquire e se aperfeiçoa com a prática, que depende de aprendizado e da interação positiva entre os fatores culturais e sociais³ (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004) [D].

1 Família nuclear: estrutura nuclear ou conjugal que consiste em duas pessoas adultas e nos seus filhos, biológicos ou adotados, que habitam um ambiente familiar comum.

2 Familiar ampliada: é uma estrutura mais ampla, que consiste na família nuclear acrescida dos parentes diretos, na qual existe uma extensão maior das relações.

3 Para mais informações sobre o aleitamento materno, consulte o Caderno de Atenção Básica nº 23, sobre nutrição infantil, que pode ser encontrado no seguinte endereço eletrônico: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>.

1.3 O desenvolvimento da função parental

Considerando-se que a relação que se estabelece entre pais e filhos é fundamental para os futuros relacionamentos da criança, o profissional de saúde deve estar atento e deve estimular o desenvolvimento da parentalidade (DEMOTT, 2006) [D], definida como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai ou mãe (CORRÊA FILHO; CORRÊA; FRANÇA, 2002). O termo parentalizar designa a influência positiva que uma pessoa exerce sobre o sentimento que um adulto tem de ser pai e mãe e refere-se à vivência da identidade parental e aos sentimentos de competência dos pais com relação aos cuidados que eles dispensam ao seu bebê. Quem pode exercer a parentalização? O bebê (durante suas interações com os pais), os cônjuges (que podem parentalizar um ao outro), a família ampliada e os profissionais que trabalham com pais e bebês (idem).

Os profissionais de saúde podem auxiliar a formação da parentalidade oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos comuns durante o referido processo, sentimentos como o medo de não conseguir manter a vida e o crescimento de seu bebê, o medo de não conseguir envolver-se emocionalmente com o seu bebê de modo autêntico e pessoal (e de que ele não se desenvolva emocionalmente), a preocupação em como criar o bebê (se irá ou não permitir sistemas de apoio necessários) e o medo de não conseguir modificar-se ou reorganizar sua identidade (CORRÊA FILHO; CORRÊA; FRANÇA, 2002; STERN, 1997) [D]. É importante também que o profissional de saúde reconheça os pais que desenvolvam bem a parentalidade, que se mostrem envolvidos com o crescimento do filho, apoiando as suas novas necessidades, para que tais atitudes sejam estimuladas. Conhecendo e identificando a presença desses sentimentos, o profissional de saúde pode estimular o pai, a mãe ou outros responsáveis, evitando julgamentos e valorizando sempre as boas práticas de atender as necessidades da criança. Sempre que os pais desejarem, os profissionais de saúde devem lhes disponibilizar grupos de apoio que promovam a aquisição de habilidades na formação da parentalidade (DEMOTT, 2006) [A].

1.4 A participação paterna

A participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante para o seu crescimento saudável, pois representa um relevante fator protetivo para a saúde de todos os envolvidos. Geralmente, nos serviços de saúde da Rede SUS, observa-se ainda um baixo engajamento dos pais nas decisões e ações relacionadas à saúde infantil.

Inclusive, fala-se muito em saúde materno-infantil, mas pouco ainda em saúde paterno-infantil (relacionada ao vínculo físico, psicológico e afetivo que as crianças estabelecem com aqueles que exercem a função paterna em suas vidas). No entanto, estudos indicam que a maior parte dos homens gostaria de participar das consultas e de receber informações sobre ações de prevenção e promoção relacionadas à saúde de seus filhos (DUARTE, 2007).

Neste sentido, é de suma importância minimizar este tipo de exclusão, que gera, muitas vezes, um grande sentimento de frustração e que reforça ainda mais o distanciamento masculino das

questões relativas à saúde dos filhos. Para isso, é necessário considerar os aspectos socioculturais e os preconceitos que permeiam o simbólico imaginário masculino tanto dos profissionais quanto da população usuária dos serviços de saúde.

No que tange ao nascimento, é importante ressaltar que os relatos sobre a participação masculina indicam que ela constitui um fator que reforça os vínculos familiares e contribui para a diminuição da ansiedade durante a chegada da criança, reduzindo a depressão materna no pós-parto e colaborando para a melhoria dos aspectos gerais de saúde da criança.

Para a ampliação e o fortalecimento da participação paterna na saúde familiar, os profissionais da Rede SUS devem estar atentos para o acesso e o acolhimento de qualidade desses pais, incluindo-os como sujeitos na lógica das consultas realizadas em conjunto com as mães e as crianças. Para isso, é fundamental que o pai/cuidador seja visto também como um indivíduo responsável pelo bem-estar da criança nas diversas fases da sua vida, devendo ser incorporado às atividades rotineiras realizadas pelas equipes de saúde, para que, por exemplo, tenha direito a uma voz ativa nas consultas realizadas pelos profissionais de saúde.

Por tal motivo, os serviços de saúde da Rede SUS podem e devem criar estratégias criativas que objetivem ampliar a participação e a responsabilização paterna na promoção do crescimento saudável das crianças.

1.5 Dificuldades comuns da fase

O nascimento de um bebê, em especial quando se trata do primeiro filho, pode ser considerado como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, tais como depressão e manifestações psicossomáticas (SCHWENGBER; PICCININI, 2003), que podem afetar o modo como os pais se relacionam com seu filho.

Os episódios de melancolia pós-parto denominados "baby blues" referem-se a uma manifestação transitória e frequente do humor que aparece no decorrer dos primeiros dias pós-parto (com intensidade maior em torno do 3º ao 6º dia após o parto). A puérpera apresenta um estado de fragilidade e hiperemotividade transitória (choro fácil, irritabilidade, tristeza ou hipersensibilidade) que não é considerado depressão pós-parto. O manejo adequado inclui uma orientação sobre a sua frequência e transitoriedade, o estímulo à manifestação de sentimentos e a aceitação de apoio (CORRÊA FILHO; CORRÊA; FRANÇA, 2002) [D].

A depressão pós-parto, cuja incidência varia entre 12% e 19% das puérperas (RUSCHI et al., 2007), pode constituir um problema que afeta não apenas a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai. Um estudo evidencia que a amamentação feita por mães com depressão puerperal corre maior risco de ser interrompida precocemente nos primeiros dois meses (evento conhecido como desmame precoce) (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) [B]. Sabe-se ainda que os bebês, por dependerem muito da qualidade dos cuidados e do modo como as mães respondem às suas demandas, tornam-se especialmente vulneráveis à depressão pós-parto. Tendo em vista a influência deste quadro no contexto familiar e na relação mãe-bebê (FRIZZO, G. B.;

PICCININI, 2005), o profissional de saúde deve estar atento à presença de sintomas compatíveis com depressão (irritabilidade ou choro frequente, sentimentos de desamparo, desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, incapacidade de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas) (DEMOTT, 2006) [D]. A atenção do profissional de saúde deve estar mais focada principalmente em relação à época de início dos sintomas (período que é mais tardio do que o princípio dos eventos de "baby blues", em torno da 5^a e 6^a semana puerperal) e em relação à sua intensidade e duração. Uma vez detectados tais sintomas, a puérpera deve ser monitorada com mais atenção pela equipe de saúde.

1.6 O nascimento de um segundo filho

A chegada de mais um bebê é também um acontecimento que altera a dinâmica familiar, pois – além da felicidade com a vinda do novo membro da prole – tal fato pode gerar ansiedade algumas vezes, porque é diferente do nascimento do primeiro filho em função das mudanças dele decorrentes. O nascimento de um irmão é algo que exerce impacto sobre o comportamento do primogênito, que tem de aprender a lidar com a divisão do amor e da atenção dos pais, que antes eram dirigidos exclusivamente a ele. É comum o aparecimento de sintomas físicos no primogênito, tais como febre e alergia, além de retrocessos na linguagem e na alimentação, propensão ao choro, aumento de birra e manifestações de agressividade (PICCININI et al., 2007). De igual forma, algumas vezes, tal acontecimento pode gerar sofrimento não apenas para a criança, mas também para as mães, porque percebem a vulnerabilidade do primogênito (que necessita de cuidados especiais para se adaptar) e veem as dificuldades dele em lidar com a chegada do bebê. Pelo mesmo motivo, é importante que o profissional esteja atento às mudanças decorrentes deste acontecimento, tranquilizando, apoiando e orientando a família para que ela consiga superar, da melhor maneira, este momento de ambivalência, entre a felicidade pelo nascimento de um segundo filho e a ansiedade que o momento pode trazer. Algumas pequenas orientações podem ser muito importantes para auxiliar a família neste processo. Desde a gestação do segundo filho, os pais devem conversar com o primogênito sobre o irmãozinho, estimulando-o a compartilhar pequenas responsabilidades e a participar da preparação para a chegada do novo bebê, além de dialogar com ele sobre os pontos positivos de ter irmãos. Já após o nascimento, em alguns casos, as disputas entre os irmãos originam-se da busca de atenção dos pais, sendo o irmão visto como um rival na procura pelo afeto e pelo tempo deles. Por tal motivo, é importante que os pais consigam organizar um tempo especial para passar com cada um dos filhos, dando-lhes atenção exclusiva e propondo atividades do seu interesse (PEREIRA, 2008) [D]. Entretanto, não se pode esquecer de que a criança precisa de espaço para expressar sua raiva e seu ciúme, aprendendo a fazer isso de forma não violenta. A existência desse espaço é fundamental também para que ela consiga, por outro lado, expressar seu carinho e amor pelo irmão (idem).

1.7 Estímulo à formação de uma rede de apoio mais ampla

O fortalecimento da rede de apoio social no momento da chegada de um novo membro à família contribui para a superação de dificuldades relacionadas ao estresse, para a resolução de conflitos e o restabelecimento de uma dinâmica familiar saudável. Isso constitui, inclusive, fator protetor para evitar o desenvolvimento de relacionamentos disfuncionais, tais como: maus-tratos à criança, violência intrafamiliar, abuso de substâncias psicotrópicas (como álcool, drogas, medicamentos etc.), conflitos, entre outros (DESEN; POLONIA, 2007) [D]. Assim, as mães devem ser estimuladas a ampliar as redes sociais de apoio, uma vez que isso resulta em interação positiva na relação mãe-bebê (DEMOTT, 2006) [B]. Cabe aos profissionais de saúde identificar pessoas que possam oferecer suporte à família, destacando-se os próprios membros familiares, como avós, tíos, primos e também amigos, companheiros, vizinhos. Tais redes poderão oferecer suporte de diversas formas: apoio material ou financeiro, executando pequenas tarefas domésticas, cuidando dos outros filhos, orientando, prestando informações e oferecendo suporte emocional (PEREIRA, 2008) [C].

O profissional de saúde deve estar atento também às novas configurações familiares e ao papel ocupado pelas avós, que têm sido, em muitas famílias, as principais cuidadoras. Em alguns casos, o papel desempenhado pelas avós ultrapassa o de apoiadoras no cuidado, pois muitas delas são as responsáveis pelos cuidados físicos e afetivos das crianças (DESEN; BRAZ, 2000). Percebe-se que o fenômeno de distribuição de papéis, que na família tradicional era fortemente delimitado, hoje se encontra flexibilizado, principalmente nas classes mais populares (CARTER; MCGOLDRICK, 2001).

1.8 Conclusão sobre a atenção à família no dado momento

Considerando-se todos os aspectos mencionados até então, ressalta-se a importância da família em proporcionar ambiente social e psicológico favorável ao desenvolvimento da criança e à promoção de sua saúde mental, uma vez que tais fatores influenciam mais do que as características intrínsecas do indivíduo (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004) [B]. A família desempenha também papel primordial na transmissão de cultura, de tradições espirituais e na manutenção dos ritos e costumes.

Ela é a matriz da aprendizagem humana, com significados e práticas culturais próprias, que geram modelos de relação interpessoal e de construção individual e coletiva. Os acontecimentos e as experiências familiares propiciam a formação de repertórios comportamentais, de ações e resoluções de problemas com significados universais e particulares (DESEN; POLONIA, 2007, p. 21-32).

Referências

- AZEVEDO, G. C. B. **O papel que avós exercem na criação dos netos na sociedade contemporânea.** Trabalho de conclusão de curso não publicado. Unisinos: São Leopoldo, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Editora MS, 2005.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- CARDOSO, M. R. S. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? **Diálogos possíveis: Revista da Faculdade Social da Bahia**, v. 7, n. 1, p.141-160, 2008.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. H. G.; FRANÇA, P. S. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê.** Brasília: L.G.E., 2002.
- DE BEM, L. A.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.
- DEMOTT, K. et al. **Clinical guidelines and evidence: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies.** London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>>. Acesso em: maio 2012.
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2000.
- DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, jan./abr. 2007.
- DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 29, n. 4, p.171-174, 2007.
- FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; FERNANDES, C. L. Couples Relationship and breastfeeding: is there an association? **Journal of Human Lactation**, Thousand Oaks, USA, v. 19, 2004.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005.
- HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr. 2004. Suplemento.

HASSELMANN, M. L.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 341-352, 2008. Suplemento 2.

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

32

PEREIRA, C. R. R. Acordo de paz: saiba como estimular a boa convivência entre irmãos. *Zero Hora*, Porto Alegre, 28 abr. 2008, p. 2.

PICCININI, C. A. et al. O nascimento do segundo filho e as relações familiares. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 253-262, jul./set. 2007.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, set./dez. 2007.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos em Psicologia*, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, set./dez. 2003.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas: [s.n.], 2003.

STERN, D. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

Visita Domiciliar para a Família do Recém-Nascido

2

Gostei muito, mesmo, de ter sido visitada pela agente de saúde. Fiquei mais tranquila. Falei sobre o parto e como foi no hospital. Achei ótimo que já me trouxeram a consulta agendada para o dia seguinte. Consultei no sexto dia após o nascimento do meu bebê. Achei importante ter sido questionada sobre como eu estava me sentindo, como estava amamentando e quais eram os hábitos normais do bebê, principalmente de sono e de horário livre para amamentação (Suzen, 21 anos, mãe de Eduardo, 1 mês e 5 dias).

Eu estava um pouco perdida: é o meu primeiro filho, não conhecia o posto e fiz o pré-natal com médico do convênio. Achei um sinal de interesse e também foi bom porque já trouxeram a data e hora da consulta marcada. Já fui até lá, fiz o teste do pezinho no meu filho, apliquei a vacina BCG nele e hoje mesmo estou indo consultar. Gostei muito de como fui atendida. Vou seguir levando meu filho à Unidade Leopoldina (Elaine, 35 anos, mãe de Leanderson, 15 dias).

Quando eu fui visitada, logo após o nascimento do meu filho, eu não estava em casa porque ele ainda ficou mais 15 dias no hospital. Mas eu gostei, porque vi que se interessam pela gente. De qualquer maneira, mesmo que eu não tivesse sido visitada, teria ido consultar. A gente sabe que existem algumas mães que acham que, como o bebê saiu há pouco do hospital, não é preciso consultar em seguida no posto. (...) Imagino que teria sido bom se, durante essa visita, fosse falado sobre os cuidados com o bebê, principalmente de como cuidar do umbigo, que é uma coisa que me deixava com muito medo (Karina, 24 anos, mãe do Felipe, 1 ano e 5 meses).

Com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas. A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde pelo MS (BRASIL, 2001). Um estudo evidencia ainda que tal prática e as atividades que envolvem bebês e crianças em geral são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde (FERRAZ; AERTS, 2005).

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Cabe lembrar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do agente comunitário, pois toda a equipe faz uso dessa prática, podendo a primeira consulta do RN e da puérpera ocorrer em domicílio, conduzida pelo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a).

O texto a seguir abordará apenas os objetivos e conteúdos da primeira visita ao recém-nascido.

Visitar gestantes e recém-nascidos é uma prática comum em muitos países. Tal atividade vem crescendo em função do reconhecimento de que os primeiros anos de vida são determinantes para a saúde do ser adulto.

Uma revisão de vários estudos, com a predominância de estudos norte-americanos, mostra as boas evidências dos benefícios de visitas durante os períodos pré e pós-natal, com destaque para o trabalho: “*Ante and post-natal home-visiting programmes: a reviews evidence briefing*” (NICE apud BULL, 2004; ELKAN et al., 2000). Entre os benefícios, salientam-se os seguintes:

- 36
- Desenvolvimento da parentalidade [B];
 - Melhoria de alguns problemas de comportamento da criança (segundo os pais) [B];
 - Melhoria no desenvolvimento cognitivo de grupos específicos, tais como os prematuros e os recém-nascidos de baixo peso [B];
 - Redução de lesões não intencionais [A];
 - Melhoria na detecção e no manejo da depressão pós-parto [B];
 - Melhoria na prática da amamentação [A].

No entanto, identificam-se evidências inconclusivas em relação ao fato de que a visita domiciliar possa interferir em situações como abuso, cobertura vacinal ou redução de hospitalização, pois os estudos revisados foram considerados pouco claros em relação à metodologia da visita domiciliar em si (os profissionais que devem realizá-la, a maneira como deve ser realizada em cada situação e por quanto tempo devem ser realizadas) (ELKAN et al., 2000). Um impacto positivo na redução da violência e da negligência com crianças foi constatado em um estudo realizado nos EUA, em que as visitas domiciliares eram realizadas por enfermeiras, especificamente para mães adolescentes, primíparas, solteiras e com baixo nível socioeconômico (OLDS et al., 1997) [A]. Um estudo realizado no Brasil reforça a importância de se identificar sinais de depressão materna pós-parto, haja vista ter sido identificado um risco maior de desmame nos primeiros 2 meses de vida entre as mães deprimidas (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) [B].

Em todas as visitas domiciliares, é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar sinais de perigo à saúde da criança. As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves. São sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência (AMARAL, 2004):

- Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar);
- Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere);
- Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar);
- Frequência cardíaca abaixo de 100bpm;
- Letargia ou inconsciência;
- Respiração rápida (acima de 60mrm);
- Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual);
- Febre (37,5°C ou mais);

- Hipotermia (menos do que 35,5°C);
- Tiragem subcostal;
- Batimentos de asas do nariz;
- Cianose generalizada ou palidez importante;
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
- Gemidos;
- Fontanelha (moleira) abaulada;
- Secreção purulenta do ouvido;
- Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);
- Pústulas na pele (muitas e extensas);
- Irritabilidade ou dor à manipulação.

Para as crianças maiores de 2 meses, é importante observar se a criança não consegue beber ou mamar no peito, se vomita tudo o que ingere, se apresenta convulsões ou se está letárgica ou inconsciente (AMARAL, 2004) [D].

As crianças são frequentemente acometidas por doenças respiratórias e gastrointestinais. Sendo assim, o profissional de saúde deve conseguir identificar sinais de maior gravidade dessas doenças. Para a criança com tosse ou dificuldade para respirar, é importante verificar se a frequência respiratória está intensificada (SOCIEDADE..., 2007), se a criança apresenta sibilos (chiado) ou estridor e se apresenta tiragem subcostal (a parede torácica inferior se retrai quando a criança inspira). Para a criança com diarreia, é importante identificar sinais de gravidade de desidratação, tais como: letargia, inconsciência, inquietude, irritação, olhos fundos, sinal da prega presente (a prega cutânea retorna lentamente ao estado natural) ou se a criança não consegue mamar ou beber líquidos (AMARAL, 2004).

Tabela 1 – Frequência respiratória normal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

De 0 a 2 meses	Até 60mrm*
De 2 a 11 meses	Até 50mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40mrm
De 6 a 8 anos	Até 30mrm
Acima de 8 anos	Até 20mrm

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007.

Legenda:

* mrm = movimentos respiratórios por minuto.

Independentemente do estado de saúde da criança, a partir dos depoimentos das mães, da satisfação dos profissionais em realizar esta atividade e das evidências científicas, recomenda-se a continuidade da prática de visitar as crianças e suas famílias além da primeira semana de vida dos bebês. Enfatiza-se que as visitas devem ser estendidas às gestantes para estimular e auxiliar as mulheres no preparo para receber os bebês, uma vez que alguns desfechos têm fatores que podem ser modificados antes do nascimento. Salienta-se ainda que, na maioria dos estudos que avaliam o impacto de visitas domiciliares (VD) na saúde das crianças, as visitas iniciavam-se na gestação e prolongavam-se até os primeiros anos de vida (ELKAN et al., 2000).

Por fim, os principais objetivos da *primeira visita domiciliar* ao recém-nascido e à sua família são os seguintes:

- Observar as relações familiares;
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde;
- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde;
- Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho);
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
- Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
- Identificar sinais de depressão puerperal;
- Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida;
- Prevenir lesões não intencionais; e
- Identificar sinais de perigo à saúde da criança.

Referências

- AMARAL, J. J. F. **AIDPI para o ensino médico**: manual de apoio. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2004. 179p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/aidpi/home/manual.html>>. Acesso em: maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs**. Brasília: Editora MS, 2001.
- ELKAN, R. et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. **Health Technology Assessment**, Downey, v. 4, n. 13, 2000. Disponível em: <<http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ413.shtml>>. Acesso em: maio 2012.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr./jun. 2005.
- HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. S. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 341-352, 2008. Suplemento.
- NICE. Ante and post-natal home-visiting programmes: a reviews evidence briefing – 1st edition – february 2004. In: BULL, J. et al. **Ante and post-natal home-visiting programmes: a reviews evidence briefing**. 2004. Disponível em: <www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/ante_and_postnatal_homevisiting_evidence_briefing.jsp>. Acesso em: maio 2012.
- OLDS, D. L. et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. **JAMA**, Chicago, v. 278, n. 8, p.637-643, aug. 1997.
- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Vigilância em Saúde. **Programa Pra-nenê**. Porto Alegre: SMS, 1997.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. **J. Bras. Pneumol.** Brasília, v. 33, 2007, p. 31-60. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s1/02.pdf>>. Acesso em: maio 2012.

A Primeira Consulta do Recém-Nascido

3

O que eu mais queria dessa primeira consulta é que o médico a examinasse bem. Queria ter a certeza de que estava tudo bem com ela. Essa consulta não pode ser apressada. Acho importante receber orientação sobre a amamentação. A primeira consulta da minha filha foi muito importante para mim, mesmo não sendo mãe de primeira viagem (Luciana, 36 anos, mãe de Marina, 1 ano).

A possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais da atenção básica em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem entendidas e acompanhadas (STARFIELD, 2002).

Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. Sendo assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do recém-nascido (DEMOTT et al., 2006) [D] para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar pelo menos desde o pré-natal.

O nascimento de um bebê é um momento de transição-chave do ciclo de vida da família. Por tal razão, é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades desta etapa (DEMOTT et al., 2006; BRASIL, 2004a) [D], que se constitui na necessidade de adaptação à presença de um novo ser no sistema familiar, da representação de novos papéis e do realinhamento de relacionamentos (CARTER; MC GOLDRICK, 1989).

3.1 A época ideal para a primeira consulta

A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer na sua primeira semana de vida (BRASIL, 2004a; SOCIEDADE..., 2006) [D], que constitui um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família. A *primeira semana de saúde integral*, preconizada pela publicação “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), lembra ainda da importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da puérpera.

Como a primeira consulta da criança pode ser programada pela equipe, é possível adaptar a agenda para o referido momento, adequando o tempo da consulta às suas necessidades inerentes. Por exemplo: o procedimento de reservar dois horários de consultas normais para a primeira consulta do RN garantiria mais tempo do profissional com a família.

3.2 O conteúdo da consulta

Os cuidados com a saúde do bebê e sua família devem ser sempre individualizados (DEMOTT et al., 2006; BRASIL, 2004a; PORTO ALEGRE, 2004) [D]. No entanto, as recomendações descritas a seguir são extensivas a todos os recém-nascidos durante a sua primeira consulta.

São fundamentais a utilização e o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para o registro das principais informações de saúde da criança (Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania/MS, 2011) (STARFIELD, 2002). Instrumentos como esse são reconhecidos como facilitadores da comunicação entre pais e profissionais (DEMOTT et al., 2006) [C].

Encontre a Caderneta de Saúde da Criança acessando os seguintes *links*:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menina_final.pdf>.

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menino_final.pdf>.

3.2.1 Anamnese

A partir da anamnese, procura-se avaliar principalmente as condições do nascimento da criança (tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados) (DEMOTT et al., 2006; BRASIL, 2004a; PORTO ALEGRE, 2004) [D] e os antecedentes familiares (as condições de saúde dos pais e dos irmãos, o número de gestações anteriores, o número de irmãos) (BRASIL, 2004a; PORTO ALEGRE, 2004) [D], muitas vezes já conhecidos pelas equipes de atenção básica.

O índice de Apgar – também reconhecido popularmente pelos pais como a “nota” que o bebê recebe logo após nascer – no quinto minuto entre 7 e 10 é considerado normal. Apgar 4, 5 ou 6 é considerado intermediário e relaciona-se, por exemplo, com prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita, o que não significa maior risco para disfunção neurológica. Índices de 0 a 3 no quinto minuto relacionam-se a maior risco de mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral. No entanto, um baixo índice de Apgar, isoladamente, não prediz disfunção neurológica tardia (AMERICAN..., 2006) [D].

3.2.2 Exame físico completo

Um exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta de puericultura (BRASIL, 2004a) [D]. É consenso que o exame físico e seus achados devem ser descritos e compartilhados com os pais, como forma de facilitar-lhes a percepção das necessidades do bebê (DEMOTT et al., 2006) [D].

O quadro a seguir se refere às recomendações de exame físico nas primeiras semanas de vida (DEMOTT et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004).

Quadro 1 – Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido [D]

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetrocefálico	Avalie o <i>comprimento</i> e o <i>perímetro cefálico</i> da criança. Avalie o <i>peso</i> em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou $> +2$ escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento (MACCHIAVEMI; BARROS FILHO, 1998).
Desenvolvimento social e psicoafetivo	Observe e avalie o <i>relacionamento</i> da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo. Os marcos do desenvolvimento segundo a faixa etária são descritos na subseção 9.2.
Estado geral	Avalie a <i>postura</i> normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o <i>padrão respiratório</i> : a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o <i>estado de vigília</i> do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de <i>desidratação</i> e/ou <i>hipoglicemia</i> : pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A <i>temperatura axilar</i> normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.
Face	Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.

continua

continuação

46

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Pele	Observe a presença de: (a) <i>edema</i> (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloïdes em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, isso sugere trauma de parto); (b) <i>palidez</i> (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica); (c) <i>cianose</i> (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); (d) <i>icterícia</i> . O profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro (CANADIAN..., 2008) e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços. Pesquise a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis). Esclareça a família quanto à benignidade do eritema tóxico.
Crânio	Examine as <i>fontanelas</i> : a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bossa serossanguínea e cefalematomas (mais delimitados do que a bossa e que involuem mais lentamente) desaparecem espontaneamente.

continua

continuação

47

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Olhos	<p>Reflexo fotomotor: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anátomo-funcional (CANADIAN..., 2008).</p> <p>Teste do reflexo vermelho ou Bruckner test (idem): deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente de 5cm a 10cm de distância dos olhos da criança (o importante é que o oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade (GRAZIANO, 2002). É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e/ou menores de 1500g devem ser avaliados com dilatação de pupila por oftalmologista na 6ª semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado.</p> <p>Conjuntivites: as pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus (SOCIEDADE..., 2006). A conduta correta é sempre coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura. Após a coleta, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com colírio (tobramicina ou ofloxacina) e, após o resultado, deve-se tratar o agravo de acordo com o agente etiológico. O grande risco é a conjuntivite por gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h.</p> <p>Estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida (GRAZIANO, 2002). O exame para o seu diagnóstico está descrito no capítulo 4. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses.</p>

continua

continuação

48

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Orelhas e audição	Oriente a família para a realização da <i>triagem auditiva neonatal universal</i> (Tanu) ou “teste da orelhinha”. As justificativas para a triagem universal, o teste e as situações de risco para deficiência auditiva estão descritas no capítulo 7. Observe também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
Nariz	Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis).
Boca	<i>Alterações morfológicas</i> podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a coloração dos lábios.
Pescoço	Avalie a <i>assimetria</i> facial e a <i>posição viciosa</i> da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade) (STAHELI, 2008).
Tórax	Avalie a <i>assimetria</i> , pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de <i>clavícula</i> é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax, para proporcionar conforto ao bebê (STAHELI, 2008); tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2 a 3 semanas. Oriente a família para a involução espontânea de <i>mamas</i> , que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de <i>sofrimento respiratório</i> (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Conte a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 160bpm. Observe a possível presença de cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, <i>ictus cordis</i> e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.

continua

continuação

49

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Abdome	Observe a <i>respiração</i> , que é basicamente abdominal e deve estar entre 40mrm e 60mrm. Observe a forma do abdome: se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Diagnostique a presença de <i>hérnias</i> inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia (BEHRMAN; KLEIGMAN; JENSEN, 2003). Diagnostique também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). Se a <i>região umbilical</i> estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência (AMARAL, 2004).
Genitália	Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos <i>testículos</i> . Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, na maioria das vezes, os testículos "descem" até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento (DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006). O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza <i>hidrocele</i> , que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança (idem). A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.
Ânus e reto	Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.

continua

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Sistema osteoarticular	Examine os <i>membros superiores e inferiores</i> , para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas (STAHELI, 2008). O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de <i>displasia evolutiva do quadril</i> realizando os testes de Ortolani e de Barlow (DEMOTT et al., 2006; AMERICAN..., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; INSTITUTE, 2012).
Coluna vertebral	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
Avaliação neurológica	Observe <i>reflexos arcaicos</i> : sucção, preensão palmo-plantar e Moro (descrito no capítulo 8, sobre o acompanhamento do desenvolvimento), que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O <i>tônus</i> normal é de semiflexão generalizada (CANADIAN..., 2008).

Fonte: DEMOTT et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004 (com adaptações).

3.3 Avaliações e orientações

3.3.1 Avalie a presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido [D]

Situações de vulnerabilidade [D]:

- Criança residente em área de risco;
- Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g);
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto;
- Internações/intercorrências;
- Mãe com menos de 18 anos de idade;

- Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo);
- História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade.

Outras situações reconhecidas de vulnerabilidade: aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar, malformação congênita, mais do que três filhos morando juntos, ausência de pré-natal, problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança, problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde, não realização de vacinas, identificação de atraso no desenvolvimento (PORTO ALEGRE, 2004) [D] e suspeita ou evidência de violência.

Entre as situações familiares consideradas de vulnerabilidade, encontram-se as seguintes: gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez, separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, pais com dificuldades de assumir a parentalidade (tornar-se pai e tornar-se mãe) e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas) (PORTO ALEGRE, 2004; CORRÊA FILHO; CORRÊA; FRANÇA, 2002) [D].

3.3.2 Avalie e oriente os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência (DEMOTT, et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004) [D]

Procedimentos descritos no capítulo sobre a visita domiciliar ao recém-nascido.

3.3.3 Promova e apoie o aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2004a) [A] e auxilie a formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê [B]

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Por isso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde (DEMOTT et al., 2006) [B]. Estimule a amamentação, orientando a livre demanda (frequência e duração) (idem) [A], e não prescreva suplementação desnecessária com outros leites (ibidem) [C]. Estas são algumas das orientações que serão mais bem abordadas em capítulo específico sobre a alimentação saudável.

A formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê é importante também para auxiliar os pais na percepção das necessidades do bebê e para estimulá-los a prover os cuidados necessários a ele (DEMOTT et al., 2006) [B]. Os profissionais devem ainda propiciar espaço para o esclarecimento de dúvidas e manifestações de sentimentos do cuidador em relação ao bebê (DEMOTT et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004) [D]. O procedimento de orientar os pais sobre o

desenvolvimento social do bebê pode promover maior vínculo entre eles (DEMOTT et al., 2006) [B]. O melhor momento para interagir com o bebê é quando ele se encontra quieto, mas alerta, com os olhos bem abertos, como se estivesse prestando atenção. A interação entre os pais e o seu bebê, assim como de outros familiares com a criança, pode ser estimulada conhecendo-se as competências do bebê. Para uma melhor interação com o bebê, é interessante alertar a mãe (e os familiares) de que alguns recém-nascidos a termo, em situações especiais (principalmente no estado quieto-alerta), são capazes de:

- Ir ao encontro da mama da mãe por si próprios, logo após o nascimento, se colocados no tórax da mãe. Dessa maneira, eles decidem por si o momento da primeira mamada, que ocorre em média aos 40 minutos de vida;
- Reconhecer a face da mãe após quatro horas de vida. O bebê enxerga melhor a uma distância de 20cm a 25cm, a mesma distância que separa os olhos do bebê e o rosto da mãe durante as mamadas;
- Ter contato olho a olho;
- Reconhecer e mostrar interesse por cores primárias (vermelho, azul e amarelo);
- Seguir um objeto com os olhos e, às vezes, virar a cabeça na sua direção;
- Distinguir tipos de sons (principalmente os agudos), com preferência pela voz humana, em especial a da mãe;
- Determinar a direção do som;
- Reconhecer sabores, com preferência por doces;
- Reconhecer e distinguir diferentes cheiros. Com um ou dois dias de vida, o bebê reconhece o cheiro da mãe;
- Imitar expressões faciais logo após o nascimento;
- Alcançar objetos (GIUGLIANI, 2006).

Se estiverem interessados, os pais ainda devem ser orientados a como participar de atividades educativas que ofereçam suporte emocional e auxiliem a formação da parentalidade (DEMOTT et al., 2006) [A], como, por exemplo: grupos de mães/pais-bebê, grupos de pais e outros.

3.3.4 Orientações gerais sobre os cuidados com o recém-nascido

Algumas orientações são importantes e devem ser fornecidas aos pais, como, por exemplo:

- A lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê deve ser orientada em todas as visitas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de micro-organismos causadores de doenças respiratórias (JEFFERSON et al., 2007) [A].
- Oriente a família de modo a não permitir que pessoas fumem dentro de casa ou que aqueles que acabaram de fumar peguem o bebê no colo.
- Oriente-os a respeito do banho e sobre os cuidados com o coto umbilical, que deve cair nas primeiras duas semanas. Para isso, o coto deve ser mantido limpo e seco (DEMOTT et al., 2006) [A]. Oriente-os também sobre a troca de fraldas, a prevenção de assaduras, os hábitos de sono e os diferentes tipos de choro. Na troca de fraldas, a fim de evitar as assaduras, os cuidadores devem secar bem o bebê após o banho e não podem utilizar talcos (BRASIL, 2004a; SOCIEDADE..., 2006) [D].
- Oriente-os a respeito da posição supina (de “barriga para cima”) para dormir e a sua relação de proteção contra a morte súbita do lactente (BRASIL, 2004a; INSTITUTE..., 2012) [B]. Caso se pratique o *coleito* (quando o bebê é colocado para dormir na cama dos pais), alerte-os para os casos em que certos comportamentos dos pais (como o hábito de ingerir bebida alcoólica, o uso de drogas ilícitas ou cigarros, a utilização de medicação que age no sistema nervoso central ou quando os pais se encontrarem muito cansados) podem acarretar maior risco de morte súbita para o bebê, além de lesões não intencionais, ao cair da cama, ao ser prensado ou sufocado por um dos pais, principalmente quando se trata de crianças menores de 4 meses (DEMOTT et al., 2006) [B]. Também por segurança, os pais devem ser instruídos a não dormir com o bebê em sofás ou poltronas (*idem*) [B].
- Existem também boas evidências para o aconselhamento antecipado referente ao choro noturno (CANADIAN..., 2008) [A] e aos diferentes significados do choro: fome, desconforto, dor (BRANCO; FEKETE; RUGOLO, 2006, p. 74) [D]. Durante a avaliação de uma criança cujos pais queixam-se de choro excessivo, os seguintes aspectos devem ser avaliados: estado geral da criança, história pré-natal e perinatal, momento de início e duração do choro, tensão no ambiente, hábitos de alimentação, diurese, evacuação, dieta da mãe (se estiver amamentando), refluxo gastroesofágico, história familiar de alergias, resposta dos pais referente ao choro e fatores que aliviam ou agravam o choro (DEMOTT et al., 2006) [D].
- Em relação ao uso de chupetas (“bicos”), atualmente, a introdução desse hábito tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos, que são abordados no capítulo 11, sobre saúde bucal. Embora não haja dúvidas de que o desmame precoce ocorra com mais frequência entre as crianças que usam chupeta, ainda não são totalmente conhecidos os mecanismos envolvidos nessa associação (BRASIL, 2009).

3.3.5 Prevenção de acidentes [A]

Além das recomendações anteriores de cuidados com o bebê, deve-se cuidar da temperatura do banho (a temperatura ideal da água é de 37°C) (INSTITUTE..., 2012) [B] e não se deve deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água (idem) [C]. Oriente a família a manter as grades do berço em boa distância (a distância entre as ripas da grade do berço não deve ser superior a 6cm) (WAKSMAN, 2007) [D]. Oriente a família a utilizar cobertas leves e travesseiro firme para evitar a sufocação do bebê (DEMOTT et al., 2006). Se estiver frio, é preferível agasalhá-lo com maior quantidade de roupas do que cobri-lo com muitas cobertas. Oriente os cuidadores a não aquecer o leite materno, a fórmula infantil ou outros líquidos em forno de micro-ondas, devido ao risco de escaldamento (DEMOTT et al., 2006) [D]. Líquidos aquecidos nesses aparelhos podem ficar mornos na porção mais externa do recipiente, enquanto que no seu interior, principalmente na parte superior, podem estar fervendo (WAKSMAN, 2007). O transporte do bebê em automóvel deve ser feito sempre no banco traseiro, em cadeirinha especial para lactente, com cinto de segurança e com a criança posicionada na cadeirinha apropriada de costas para o motorista (AMERICAN..., 2008) [A]. A criança não deve ser deixada perto de animais, mesmo os animais de casa, pois eles podem ter reações imprevisíveis.

3.3.6 Realização do teste do pezinho [A]

O teste do pezinho, feito na criança logo após o seu nascimento, conforme estabelece o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2004b), permite a detecção da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito (fase 1 do programa) e de hemoglobinopatias (fase 2), doenças que podem ser tratadas, prevenindo o retardamento mental (que as duas primeiras enfermidades podem ocasionar) e as infecções e outras complicações que frequentemente podem ocasionar a morte de crianças com hemoglobinopatias. A pesquisa de hemoglobinopatias inclui a detecção de anemia falciforme e do traço falciforme, que, mesmo assintomático, traz implicação genética para a família. A fase 3 do PNTN acrescentará a triagem da fibrose cística (ou mucoviscidose).

O teste deverá ser feito a partir do 3º dia de vida da criança, quando já ocorreu uma ingestão adequada de proteínas e é possível analisar com mais segurança o metabolismo da fenilalanina, evitando-se resultados falsos negativos para fenilcetonúria. Além disso, a dosagem de *hormônio estimulante da tireoide* (TSH) nas primeiras 24 horas de vida pode acarretar um aumento de falsos positivos para hipotireoidismo congênito. Assim, a coleta para o exame *deve ser realizada entre o 3º e o 7º dia de vida da criança*. Embora não seja o ideal, aceita-se que seja feita a coleta até o 30º dia de vida do bebê. A equipe de saúde, perante *resultados alterados*, deve contatar o *serviço de referência estadual de triagem neonatal*, ocasião em que nova coleta será provavelmente orientada, conforme cada situação. Recomenda-se aos profissionais, principalmente aos

que realizam a coleta, a leitura complementar do Manual de Triagem Neonatal do MS, disponível no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

3.3.7 Orientações para o calendário de imunizações [D]

55

É importante verificar se o recém-nascido recebeu a 1^a dose da vacina contra hepatite B e da BCG na maternidade e se será necessário indicar a aplicação dessas vacinas na unidade de saúde. Para mais informações, veja o capítulo 6, sobre imunizações.

3.3.8 Combine o calendário de consultas

Oriente a família sobre o retorno do bebê no 30º dia de vida e combine novas consultas conforme os critérios de risco e o calendário das consultas subsequentes de acordo com o indicado no capítulo 4.

Referências

- AMARAL, J. J. F. **AIDPI para o ensino médico**: manual de apoio. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. 179 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/aidpi/home/manual.html>>. Acesso em: 7 maio 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Obstetric Practice. The apgar score. **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 4, p. 1444-1447, apr. 2006. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0325>>. Acesso em: 7 maio 2012.
- AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRICS. **Car safety seats**: a guide for families. 2008. Disponível em: <<http://www.aap.org/family/carseatguide.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.
- BEHRMAN, Richard E.; KLEIGMAN, R. M; JENSEN, Hal B. **Nelson textbook of pediatrics**. 17. ed. Philadelphia: Saunders, 2003.
- BRANCO, A.; FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L. M. S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Rev. Paul.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 74, set. 2006. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/revista/RevPaul-Set06-Vol-24-3.pdf#page=74>>. Acesso em: 2 out. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_criancas.pdf>. Acesso em: 4 maio 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora MS, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. 2. ed. Brasília, DF: 2004b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0808_M1.pdf>. Acesso em: 7maio 2012.
- CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Topics and recommendations pediatric preventive care**. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: maio 2008.
- CARTER, B.; MC GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA M. H.; FRANÇA, O. S. **Novos olhares sobre gestação e a criança até três anos**: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. São Paulo: L.G.E., 2002.
- DEMOTT, K. et al. . **Clinical guidelines and evidence**. Review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center For Primary Care And Royal College of General Practitioners. 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>>. Acesso em: 4 maio 2012.

DENES, F. T.; SOUZA, N. C. L. B.; SOUZA, A. S. Afecções testiculares: diagnóstico e tratamento. In: JATENE, F. B.; NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M. (Org.). **Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina**. São Paulo: [s.n.], 2006.

GIUGLIANI, E. Alojamento conjunto e amamentação. In: Freitas, F. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRAZIANO, R. M. Ophthalmologic examination in newborns: a necessary routine. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 3, 2002.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care guidelines: preventive services for children and adolescents**. Disponível em: <<http://www.icsi.org/>>. Acesso em: 7 maio 2012.

JEFFERSON, T. et al. Interventions for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 4, 2007.

MACCHIAVEMI, L. M. L.; BARROS FILHO, A. A. Perímetro cefálico: por que medir sempre. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 4, p. 595-609. out./dez. 1998. Disponível em: <www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n4/perimetro_cefalico.pdf>. Acesso em: 7 maio 2012.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. **A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade**. Porto Alegre: SMS, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>>. Acesso em: 4 maio 2012.

STAHELI, L. T. **Ortopedia pediátrica na prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Guide to clinical preventive services**. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

WAKSMAN, R. D. (Coord.). Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência Contra Crianças e Adolescentes, 2., 2007, São Paulo. **Anais eletrônicos... São Paulo**, 2007. Disponível em: <www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p3.pdf>. Acesso em: 7 maio 2012.

Anamnese, Exame Físico e Aconselhamento Antecipado nas Consultas Subsequentes

4

Mesmo sendo meu segundo filho, acho que é necessário consultar todo mês. É importante que o médico examine a criança de cima a baixo, principalmente o coração e o pulmão. A gente precisa ter certeza também se eles estão ganhando peso. (...) O que eu acho de receber orientações? Penso que o importante mesmo é que as dúvidas da gente sejam esclarecidas. Acho também que as orientações sobre amamentação são muito necessárias (Marisa, 30 anos, mãe de André Luiz, de 1 ano e 6 meses).

Ao se pactuar com os pais o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, as vulnerabilidades e a resiliência. Não existem estudos bem delineados que avaliem o impacto e o número ideal de consultas para crianças assintomáticas (e talvez nunca existam), devido a uma limitação ética, pois não se pode privar as crianças de ações preventivas já consagradas em busca de evidências. Recomendam-se consultas de revisão de saúde conforme a frequência e o conteúdo apresentados a seguir (BLANK, 2003; INSTITUTE..., 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE et al., 2006; CANADIAN..., 2008) [D]. Durante todas as consultas, é muito importante o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança. Além disso, deve-se explicar para os pais como buscar as informações nela. A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que deve ficar de posse da família e que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços. De igual forma, quando os dados são anotados na caderneta, uma sugestão é evitar termos técnicos prolixos ou que sejam compreendidos apenas pela categoria profissional da equipe de saúde. Por isso, deve-se preferir a utilização de termos de mais fácil compreensão por parte da família. Assim, estimula-se a produção de autonomia das famílias na interpretação dos dados sobre a criança e valoriza-se a função da caderneta como “histórico volante”.

4.1 A frequência de consultas por faixa etária

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1^a semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Este calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada (INSTITUTE..., 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE et al., 2006; BEHRMAN; KLEIGMAN; JENSEN, 2003) [D].

4.2 Anamnese

É fundamental que o profissional de saúde, a família e a criança estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento da criança. A atitude de estabelecer canais de comunicação que permitam a construção de parcerias entre eles é importante e facilita as relações, a divisão de tarefas e as responsabilidades (BLANK, 2003; PORTO ALEGRE, 2004; YAMAMOTO, R.; CAMPOS JUNIOR, 2006; DEMOTT et al., 2006; OPAS, 2007; LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007) [D].

O procedimento de aprimorar as habilidades de comunicação tem sido considerado uma ação fundamental. Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Exemplos: "o que você gostaria de me contar hoje?" ou "ocorreu alguma mudança importante na família desde a nossa última consulta?" ou, ainda, "existe algo no comportamento do fulano que os preocupa?" (BLANK, 2003; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005) [D]. É importante ainda evitar abordagens intrusivas ou interpretativas que não propiciem a descrição natural dos fatos: "ele está dormindo mal?" ou "por que você não o trouxe antes?" (PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005). Além disso, vale lembrar habilidades que facilitam a comunicação: saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta (BLANK, 2003; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007) [D].

Mesmo que no referido momento o foco principal seja a criança, é difícil avaliar o bem-estar dela sem prestar atenção no bem-estar da mãe. Um estudo realizado no Brasil reforça a importância de se identificar sinais de depressão materna pós-parto, uma vez que tal pesquisa constatou um risco maior de desmame nos primeiros 2 meses de vida das crianças quando as mães se apresentam deprimidas (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) [B].

4.3 Exame físico

Um exame físico completo da criança (descrito no capítulo 3, referente à primeira consulta do recém-nascido) deve ser realizado na primeira consulta com um(a) médico(a) ou um(a) enfermeiro(a). A repetição do exame completo em todas as consultas não está justificada (BLANK, 2003; PORTO ALEGRE, 2004; U.S. PREVENTIVE..., 2012) [C].

Merecem discussão alguns procedimentos específicos que são frequentemente recomendados para o exame físico da criança nos primeiros 10 anos de vida:

4.3.1 Dados antropométricos

A monitorização do crescimento de forma rotineira é amplamente aceita por profissionais de saúde e é um componente da consulta para a criança no mundo inteiro. Os registros do peso, da estatura e do comprimento, bem como do perímetro cefálico da criança, aferidos nos gráficos de crescimento, são recomendáveis para todas as consultas, para crianças de risco ou não, até os 2 anos de idade (PANPANICH; GARNER, 2008).

Entre os 2 e os 10 anos de idade, deve-se aferir o peso e a altura e plotá-los no gráfico nas consultas realizadas. A altura para a idade é o melhor indicador de crescimento da criança e, no Brasil, representa o *deficit* antropométrico mais importante.

O índice de massa corporal (IMC) teve seu uso validado em crianças como bom marcador de adiposidade e sobrepeso, além do fato de que seu valor na infância pode ser preditivo do IMC da vida adulta (TANAKA et al., 2001). Recomenda-se a plotagem de peso, estatura/comprimento nas curvas de IMC por idade e gênero desde o nascimento (LYNCH; WANG; WILCKEN, 2000).

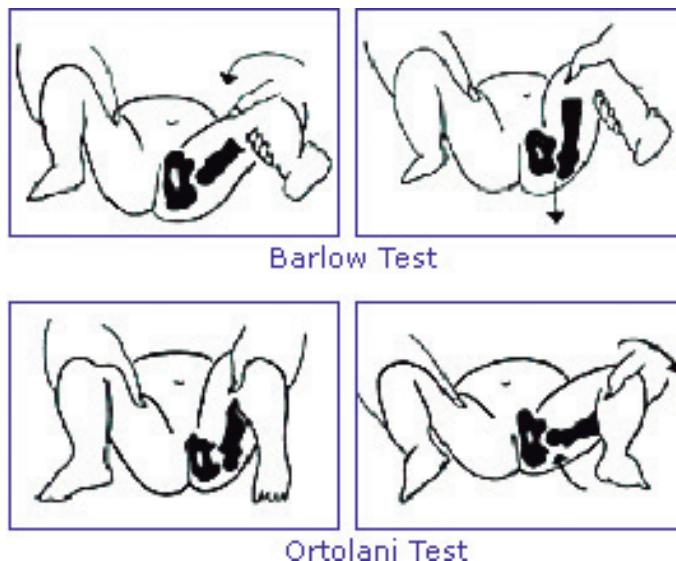
4.3.2 Rastreamento para displasia evolutiva do quadril

Não há consenso na literatura sobre a efetividade da redução de desfechos clínicos com o rastreamento para displasia evolutiva do quadril. Mesmo assim, os protocolos recomendam a sua realização (INSTITUTE..., 2012; DEMOTT et al., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; PATEL, 2001; SCHOTT, 2000), pois o diagnóstico precoce (anterior aos 3 a 6 meses de idade) é importante na escolha de tratamentos menos invasivos e com menores riscos de complicações (PATEL, 2001; AMERICAN..., 2000) [D].

Identificam-se três fatores de risco para luxação congênita do quadril: gênero feminino, crianças com história familiar de displasia congênita do quadril e parto com apresentação pélvica. Meninos sem risco ou com história familiar de subluxação do quadril têm o menor risco de ter displasia evolutiva do quadril. Meninas sem risco e meninos nascidos de apresentação pélvica têm risco intermediário. Já meninas com história familiar de subluxação do quadril e nascidas de apresentação pélvica têm o mais alto risco para displasia do quadril (AMERICAN..., 2000) [D].

Se houver a opção por realizar o rastreamento, deve-se proceder às manobras de Barlow (provocativa do deslocamento) e Ortolani (sua redução) nas primeiras consultas (15 dias, 30 dias e 2 meses), testando um membro de cada vez, conforme mostra a figura 1, apresentada a seguir.

Figura 1 – Representação dos testes de Barlow e Ortolani



Fonte: CHILDREN SPECIALISTS, 2012.

A observação da limitação da abdução dos quadris e o encurtamento de um dos membros inferiores devem ser os exames de rastreamento nas consultas após os 3 meses de idade, ou seja, nas consultas dos 4, 6, 9 e 12 meses. Quando a criança começa a deambular, a partir da consulta dos 12 ou dos 18 meses, a observação da marcha da criança é o exame de escolha. Os testes de Trendelenburg positivo,* marcha anserina** e hiperlordose lombar possibilitam o diagnóstico (SCHOTT, 2000) [D].

Quadro 2 – Testes de Trendelenburg positivo e marcha anserina

***Trendelenburg positivo:** cada membro inferior sustenta metade do peso do corpo. Quando um membro inferior é levantado, o outro suporta todo o peso, o que resulta numa inclinação do tronco para o lado do membro apoiado. A inclinação do tronco é realizada pelos músculos abdutores do quadril, uma vez que suas inserções estão fixadas no membro apoiado e a força de contração é exercida nas suas origens, na pélvis. Consequentemente, a pélvis inclina, levantando do lado que não suporta o peso. A falha deste mecanismo é diagnosticada pela positividade do sinal ou teste de Trendelenburg, que atesta a ocorrência da queda da pélvis, em vez de sua elevação no lado não apoiado.

****Marcha anserina:** há oscilações da bacia, as pernas estão afastadas e há hiperlordose lombar, como se o paciente quisesse manter o corpo em equilíbrio, em posição ereta. A inclinação do tronco para um lado e para o outro confere à marcha a semelhança da marcha de um ganso (daí o nome de *marcha anserina*).

Fonte: SCHOTT, 2000.

4.3.3 Ausculta cardíaca

Não há evidências contra ou a favor da ausculta cardíaca e da palpação de pulsos em crianças. Alguns protocolos sugerem a realização da ausculta cardíaca e da palpação de pulsos no mínimo três vezes no primeiro semestre de vida, devendo-se repetir os procedimentos no final do primeiro ano de vida, na idade pré-escolar e na entrada da escola (BLANK, 2003) [D].

Os valores das frequências cardíaca e respiratória considerados normais podem ser observados a seguir.

Tabela 2 – Frequência cardíaca normal

Idade	Variação	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45.

Tabela 3 – Frequência respiratória normal, segundo a OMS

De 0 a 2 meses	Até 60mrm
De 2 a 11 meses	Até 50mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40mrm
De 6 a 8 anos	Até 30mrm
Acima de 8 anos	Até 20mrm

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007, p. 31-50.

4.3.4 Avaliação da visão

As causas mais comuns de diminuição da acuidade visual em crianças são a ambliopia (redução da visão sem uma lesão orgânica detectável no olho), seus fatores de risco (estrabismo, anisometropia, catarata e ptose) e os erros de refração (miopia e hipermetropia) (U.S. PREVENTIVE..., 2005). As evidências atuais não determinam a efetividade de testes para a prevenção de deficiências visuais (quais devem ser feitos, com que periodicidade e se o examinador deve ser proficiente na técnica do teste).

O teste do reflexo vermelho deve ser realizado na primeira consulta do recém-nascido na atenção básica e repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos de idade (AMERICAN..., 2003; AMERICAN..., 2002; SOCIEDADE..., 2012) [D].

O estrabismo pode ser avaliado pelo teste da cobertura e pelo teste de Hirschberg. O teste da cobertura é utilizado para diagnósticos de desvios oculares e deve ser realizado a partir dos 4 meses de idade, pois a presença de estrabismo anterior ao citado período pode ser um achado normal. Utiliza-se um oclusor colocado entre 10 a 15cm de um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa. Quando se descobre o olho previamente coberto, observa-se a sua reação. A movimentação em busca da fixação do foco de luz pode indicar estrabismo. Tal procedimento deve ser repetido no outro olho. O teste de Hirschberg é realizado colocando-se um foco de luz a 30cm da raiz nasal da criança e observando-se o reflexo nas pupilas. Qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo (KEMPER et al., 2004) [B]. Sugere-se a realização de ambos os exames nas consultas dos 4, 6 e 12 meses (U.S. PREVENTIVE..., 2005) [D]. Ao mesmo tempo, a identificação de problemas visuais deve ser feita mediante preocupação trazida pelos pais e pela atenção do profissional de saúde. Se houver suspeita de alguma alteração, a partir do momento, a criança deve ser encaminhada ao especialista (RAHI et al., 2001) [D].

No tocante à acuidade visual, é importante observar que a criança pequena não se queixa de dificuldades visuais. Por isso, a partir dos 3 anos, está indicada a triagem da acuidade visual, usando-se tabelas de letras ou figuras quando a criança vier para consultas de revisão. Devem ser encaminhadas ao oftalmologista crianças de 3 a 5 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos e crianças de 6 anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos (INSTITUTE., 2012; U.S. PREVENTIVE..., 2005; RAHI et al., 2001; POWELL et al., 2008; AMERICAN..., 2007) [D].

4.3.5 Avaliação da audição

A triagem auditiva neonatal (TAN), mais conhecida como teste da orelhinha, é uma avaliação que objetiva detectar o mais precocemente possível a perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal (NELSON; BOUGATSOS; NYGREN, 2008; AMERICAN, 2007). Se o teste for realizado nos recém-nascidos preferencialmente até o final do primeiro mês, ele possibilitará um diagnóstico mais definitivo por volta do 4º e 5º mês, bem como o início da reabilitação até os 6 meses de idade (YOSHINAGA-ITANO, 2003) [B]. Dessa forma, maiores serão as possibilidades de diagnóstico e intervenção adequados e, com isso, menores serão também as sequelas decorrentes da privação auditiva (MOELLER, 2000, p. 43; BORGES et al., 2006) [B]. A efetividade da TAN na identificação da perda auditiva é a motivação para novas investigações na atualidade, mas ainda há necessidade de mais estudos controlados de alta qualidade e com seguimento das populações, principalmente nos casos de alto risco para perda auditiva (U.S. PREVENTIVE..., 2001).

Em 2006, em razão da grande heterogeneidade dos indicadores de saúde e da estrutura dos serviços de saúde nas diversas regiões do País, o Ministério da Saúde, por intermédio do *Pacto pela Saúde: Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde*, definiu recomendações para o planejamento e a implantação das ações de saúde para os três níveis de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Em tais recomendações, indicou-se a implantação

da triagem auditiva neonatal inicialmente para crianças com risco para deficiência auditiva, ampliando-se de forma gradativa para outros recém-nascidos, na medida em que se crie a estrutura necessária para o diagnóstico e a intervenção das crianças detectadas (BRASIL, 2006a).

De acordo com a Lei Federal nº 12.303, de 2 de agosto de 2010, é obrigatória a realização gratuita do exame de *emissões otoacústicas evocadas* em todos os hospitais e maternidades para as crianças nascidas em suas dependências.

Também no sentido de detectar alterações auditivas, o profissional de atenção básica deverá orientar as mães para acompanhar os marcos do desenvolvimento de seus filhos até os 12 meses de vida, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança.

Os indicadores de risco para perdas auditivas congênitas no período neonatal ou progressivas na infância são os seguintes:

- História familiar de perda auditiva congênita;
- Permanência na UTI por mais de cinco dias em situação que envolva: circulação extracorpórea, ventilação assistida, exposição a medicamentos ototóxicos e diuréticos de alça, hiperbilirrubinemia com níveis de exsanguineotransfusão e infecções intrauterinas (tais como: citomegalovirose, herpes, rubéola, sífilis e toxoplasmose);
- Anomalias craniofaciais;
- Síndromes com perda auditiva sensorineural ou condutiva associadas, entre as quais: Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell e Lange-Nielson;
- Doenças neurodegenerativas, como neuropatias sensoriomotoras, síndrome de Hunter, ataxia de Friedreich e síndrome de Charcot-Marie-Tooth;
- Infecções pós-natais associadas à perda auditiva sensorineural, incluindo meningites bacterianas e virais confirmadas (especialmente herpesvírus e varicela);
- Traumatismos crânioencefálicos (TCE), especialmente fraturas do osso temporal;
- Quimioterapia (AMERICAN..., 2007).

O teste da orelhinha consiste em procedimentos eletrofisiológicos objetivos que não causam dor ou desconforto. Portanto, não necessitam da participação ativa da criança. São recomendadas técnicas associadas de *potencial evocado auditivo de tronco encefálico automático* (Peate) – mais conhecido como Bera – e *emissões otoacústicas* (EOA), que tecnicamente são testes de triagem de alta acurácia (AMERICAN..., 2007; U.S. PREVENTIVE..., 2001; NORTON et al., 2000) [B]. O critério utilizado é o *passa-falha*, ou seja, o bebê “passa” no exame quando há presença de otoemissões, o que indica funcionamento coclear adequado (das células ciliadas externas). Quando falha, por ausência de otoemissões, é porque há funcionamento coclear alterado ou presença de componente condutivo (como vernix, líquido na orelha média, alteração na pressão da tuba auditiva ou anatomia desfavorável do conduto auditivo externo). Nos casos de bebês que apresentam fatores de risco para perda de audição, a indicação é que seja realizada a associação

das técnicas de EOA e Bera de triagem, com o objetivo de investigar também a integridade da via auditiva (AMERICAN..., 2007; JOHNSON, 2005; SININGER; ABDALA; CONE-WESSON, 1997). Os exames são realizados por intermédio de aparelho portátil. Já as condições ideais para a realização do teste envolvem um ambiente silencioso, com o bebê tranquilo e preferencialmente dormindo.

68

A efetividade em longo prazo dos programas de triagem auditiva não depende somente do diagnóstico precoce da perda auditiva, mas principalmente da intervenção precoce e dos recursos adequados que devem ser aplicados para otimizar cada tratamento e definir a melhor intervenção (PUIG; MUNICIO; MEDÀ, 2008) [A]. Crianças com perda auditiva diagnosticada devem ser encaminhadas para protetização e terapia fonoaudiológica o mais precocemente possível, a fim de se maximizar as potencialidades, possibilitando formas de comunicação e prevenindo assim possíveis agravos à saúde e ao desenvolvimento (MOELLER, 2000) [B].

Uma criança que falha no reteste deve ser encaminhada, pelo fonoaudiólogo que realiza o exame, à avaliação conjunta de otorrinolaringologia e fonoaudiologia para um serviço de referência. A partir dessa avaliação, define-se nova conduta: bebês que apresentam alterações condutivas recebem tratamento otorrinolaringológico e seguem em acompanhamento após a conclusão da intervenção. Aqueles que não apresentam alterações condutivas têm seguimento por intermédio de avaliações auditivas completas até a conclusão do diagnóstico, que não deve ultrapassar os 6 meses. Nos casos em que for detectada perda auditiva, inicia-se o processo de reabilitação auditiva com o *aparelho de amplificação sonora individual* (Aasi ou prótese auditiva), acompanhamento e terapia fonoaudiológica.

4.3.6 Aferição da pressão arterial

A *hipertensão arterial sistêmica* (HAS) é uma doença frequente no adulto e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de aterosclerose, doença coronariana, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e para a progressão de doença renal crônica (BRASIL, 2006b). A equipe de atenção básica à saúde tem um papel fundamental na detecção dos casos de HAS, adotando medidas corretas e sequenciais da pressão arterial (PA) (idem) [D].

Há consenso na literatura, mas sem embasamento em estudos bem delineados, de que a pressão arterial deve ser aferida a partir dos 3 anos de idade nas consultas de rotina. Sugere-se que se faça uma medida aos 3 anos e outra no início da idade escolar (6 anos) (BLANK, 2003; SOCIEDADE..., 2006) [D].

Recomenda-se a consulta aos anexos A, B e C desta publicação para mais instruções sobre a técnica correta de aferição e avaliação da PA em crianças. O quadro a seguir apresenta a classificação da PA em menores de 18 anos.

Quadro 3 – Classificação da pressão arterial em menores de 18 anos

Média das 2 últimas de 3 aferições da pressão arterial na consulta	Definição
PA sistólica e diastólica < percentil 90	Normal
PA sistólica média e/ou diastólica média entre o percentil 90 e 95	Normal alta
PA sistólica média e/ou diastólica média > percentil 95	Alta ou hipertensão arterial

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006.

4.3.7 Rastreamento para criptorquidia

A criptorquidia isolada é a anomalia congênita mais comum ao nascimento (DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006). A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros 3 meses de vida (em 70% a 77% dos casos) e raramente após os 6 a 9 meses (DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006; LONGUI, 2005). Se os testículos não forem palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura (PORTO ALEGRE, 2004; DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006; LONGUI, 2005; AMERICAN..., 1996; HUTSON; HASTHORPE, 2005) [B]. Se aos 6 meses não forem encontrados testículos palpáveis no saco escrotal, será necessário encaminhar a criança à cirurgia pediátrica. Se forem retráteis, o caso deve ser monitorado a cada 6 a 12 meses, entre os 4 e 10 anos de idade do menino, pois pode ocorrer de a criança crescer mais rápido do que o cordão espermático nessa faixa de idade e os testículos saírem da bolsa escrotal (DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006) [D]. O tratamento precoce da criptorquidia com cirurgia resulta em diminuição do risco de câncer de testículos e de problemas com a fertilidade em adultos (idem) [D].

4.4 Aconselhamento antecipado

Embora a orientação preventiva seja considerada importante para a promoção da saúde e valorizada pelos pais, os profissionais de saúde destinam um tempo desprezível a ela (BLANK, 2003). Em consultas de atenção básica, não se permite deixar de abordar quatro itens fundamentais: dar atenção à queixa principal, revisar os problemas já apresentados, enfatizar a prevenção e a promoção oportunas e estimular a mudança de hábito na busca por cuidado (FRASER, 1992) [D].

As orientações baseadas em fortes evidências, de acordo com a faixa etária, são as seguintes:

4.4.1 Posição para dormir

70

Os pais e cuidadores devem ser alertados quanto ao risco de morte súbita de crianças no primeiro ano de vida, sobretudo nos primeiros 6 meses. Eles devem receber a orientação de que a melhor maneira de prevenir casos assim é colocando a criança para dormir de “barriga para cima” (posição supina), e não de lado ou de bruços. A cama ou o berço deve ser firme, e não deve haver lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta da criança (INSTITUTE, 2012; DEMOTT et al., 2006) [B].

4.4.2 Prevenção de infecção viral respiratória

A lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê deve ser orientada em todas as visitas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de vírus causadores de doenças respiratórias (JEFFERSON et al., 2007; ROBERTS, 1983) [A].

4.4.3 Aconselhamento para realizar atividade física

Para crianças a partir dos 2 anos, deve haver aconselhamento para a realização de 30 a 60 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa, apropriada para a idade, entre 3 e 5 vezes por semana. A atividade pode ser cumulativa durante o decorrer do dia, somando-se as horas de atividade física na escola com as realizadas de forma extraclasse (STRONG et al., 2005; WRITING..., 2001) [A].

As crianças aparentemente saudáveis podem participar de atividades de baixa e moderada intensidade, lúdicas e de lazer, sem a obrigatoriedade de uma avaliação prévia de participação formal (LAZZOLI et al., 1998) [D]. É importante que algumas condições básicas de saúde – como uma nutrição adequada – tenham sido atendidas para que a atividade física seja implementada. O risco de complicações cardiovasculares na criança é extremamente baixo, exceto quando existem cardiopatias congênitas ou doenças agudas. A presença de algumas condições clínicas (tais como asma, obesidade e *diabetes mellitus*) exige a adoção de recomendações especiais, que devem ser identificadas e quantificadas (idem) [D].

4.4.4 Aconselhamento para não haver ingestão de bebidas alcoólicas

Para crianças acima de 7 anos, é de fundamental importância reforçar a prevenção e a educação para se evitar o uso de bebidas alcoólicas tanto por meio de abordagem no núcleo familiar quanto na escola (PORTO ALEGRE, 2004; U.S. PREVENTIVE..., 2004; SPOTH; GREENERG; TURRISI, 2008; FOXCROFT et al., 2002) [B].

4.4.5 Aconselhamento em relação aos hábitos alimentares

Veja o capítulo 9, que é específico sobre a alimentação saudável.

4.4.6 Aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais

Veja o capítulo 12, que é específico sobre a prevenção de lesões não intencionais.

Referências

72

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY/STRABISMUS PANEL. **Pediatric eye evaluations:** I. Screening: II. Comprehensive ophthalmic evaluation. San Francisco, 2007.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Pediatrics**, Evanston, v. 120, n. 4, p. 898-921, Oct. 2007.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. **Pediatrics**, Evanston, v. 105, n. 4, p. 896-905, Apr. 2000.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Red reflex examination in infants: section on ophtalmology. **Pediatrics**, Evanston, v. 109, n. 5, p. 980-981, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Timing of elective surgery of the genitalia of male children with particular reference to the risks, benefits, and psychological effects of surgery with anesthesia. **Pediatrics**, Evanston, v. 97, n. 4, p. 590-594, Apr. 1996.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS POLICY STATEMENT. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. **Ophthalmology**, Philadelphia, v. 110, n. 4, p. 860-865, Apr. 2003.

BEHRMAN, R. E.; KLEIGMAN, R. M; JENSEN, H. B. **Nelson textbook of pediatrics**. 17. ed. Philadelphia: Saunders, 2003.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, p. 13-22, 2003. Suplemento 1.

BORGES, C. A. B. et al. Triagem auditiva neonatal universal. **Arquivos internacionais de otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 28-34, jan./mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Editora MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Editora MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Editora MS, 2006b.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Topics and recommendations pediatric preventive care**. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: 6 maio 2008.

CARDOSO, Laura Emilia B.; FALCÃO, Mário Cícero. Importância da avaliação nutricional de recém-nascidos pré-termo por meio de relações antropométricas. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, v. 25, n. 2, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

CHILDREN SPECIALISTS. **Representação dos Testes de Barlow e Ortolani**. Disponível em: <<http://www.cssd.us/images/medicalinfo/hip3.gif>>. Acesso em: 7 maio 2012.

DEMOTT, K. et al. **Clinical guidelines and evidence**: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center For Primary Care And Royal College of General Practitioners, 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>>. Acesso em: 7 maio 2012.

DENES, F. T.; SOUZA, N. C. L. B.; SOUZA, A. S. Afecções testiculares: diagnóstico e tratamento. In: JATENE, F. B.; NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M. (Org.). **Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina**. São Paulo: [s.n.], 2006.

DIECKMANN, R.; BROWNSTEIN, D.; GAUSCHE-HILL, M. (Ed.). **Pediatric Education for prehospital professionals**. Sudbury: Mass, Jones & Bartlett, American Academy of Pediatrics, p 43-45, 2000.

FOXCROFT, D. R. et al. Primary prevention for alcohol misuse in young people. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 3, v. 34, p. 758-761, 2002. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/34/4/758>>. Acesso em: 7 maio 2012.

FRASER, R. C. **Clinical method**: a general practice approach. 2nd rev. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.

HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 341-352, 2008. Suplemento.

HUTSON, J. M; HASTHORPE, S. Testicular descent and cryptorchidism: the state of the art in 2004. **Journal of Pediatric Surgery**, New York, v. 40, n. 2, p. 297-302, Feb. 2005.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care guidelines**: preventive services for children and adolescents. Disponível em: <<http://www.icsi.org/>>. Acesso em: 7 maio 2012.

JEFFERSON, T. et al. Interventions for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006207/frame.html>>. Acesso em: 7 maio 2012.

JOHNSON, J. L. A multicenter evaluation of how many infants with permanent hearing loss pass a two-stage otoacoustic emissions/automated auditory brainstem response newborn hearing screening protocol. **Pediatrics**, Evanston, v. 116, n. 3, p. 663-672, Sep. 2005.

KEMPER, A. et al. **Screening for visual impairment in children younger than age 5 years**: systematic evidence review no. 27. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

LAZZOLI, J. K. et al. Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 107-109, jul./ago. 1998

LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. C. (Org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

74

LONGUI, C. A. Diagnóstico e tratamento do criptorquidismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 165-171, Fev. 2005.

LYNCH, J.; WANG, X. L.; WILCKEN, D. E. Body mass index in Australian children: recent changes and relevance of ethnicity. **Arch. Dis. Child**, [s.l.; s.n.], v. 82, p. 16-20, 2000.

MOELLER, M. P. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. **Pediatrics**, Evanston, v. 106, n. 3, p. 43, Sep. 2000.

NELSON, H. D.; BOUGATSOS, C; NYGREN, P. Universal newborn hearing screening: systematic review to update the 2001 US Preventive Services Task Force Recommendation. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 1, p. 266-276, Jul. 2008.

NORTON, S. J. et al. Identification of neonatal hearing impairment: evaluation of transient evoked otoacoustic emission, distortion product otoacoustic emission, and auditory brain stem response test performance. **Ear and Hearing**, Baltimore, v. 21, n. 5, p. 508-528, Oct. 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Manual AIDPI neonatal para estudantes: quadros de procedimentos**. Washington, 2007.

PANPANICH, R.; GARNER, P. Growth monitoring in children. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001443/frame.html>>. Acesso em: 7 maio 2012.

PATEL, H. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 164, n. 12, p. 1681-1690, 2001.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. **A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – SMS, 2004.

POWELL, C. et al. Screening for amblyopia in childhood. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11753>. Acesso em: 7 maio 2012.

PUIG, T.; MUNICIO, A.; MEDÀ, C. Universal neonatal hearing screening versus selective screening as part of the management of childhood deafness. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 7 maio 2012.

RAHI, J. S. et al. Screening and surveillance for ophthalmic disorders and visual deficits in children in the United Kingdom. **British Journal of Ophthalmology**, London, v. 85, n. 3, p. 257-260, Mar. 2001.

ROBERTS, C. R. Reducing physician visits for colds through consumer education. **JAMA**, Chicago, v. 250, n. 15, p. 1986-1989, Oct. 1983.

ROURKE, L. et al. **Rourke baby record**: evidence based infant/child health maintenance guide. 2006. Disponível em: <<http://www.cfpc.ca/programs/rourkebaby/rourkebaby.asp>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

SCHOTT, P. C. M. Displasia do desenvolvimento do quadril e luxação displásica do quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1/2, jan./fev., 2000. Disponível em: <<http://www.rbo.org.br/materia.asp?mt=525&idIdioma=1>>. Acesso em: 7 maio 2012.

SININGER, Y. S.; ABDALA, C.; CONE-WESSON, B. Auditory threshold sensitivity of the human neonate as measured by the auditory brainstem response. **Hearing Research**, Amsterdam, v. 104, n. 1, p. 27-28, Feb. 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 5., São Paulo, 2006. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.asp>>. Acesso em: 7 maio 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA. **Consenso da SBOP sobre quando examinar a criança e com que frequência**. Disponível em:<http://www.sbop.com.br/sbop/site/interna.asp?campo=135&secao_id=69>. Acesso em: 7 maio 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. **J. Bras. Pneumol**, [s.l.; S.n], v. 33, p. 31-50, 2007. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s1/02.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2012.

SPOTH, R.; GREENGREG, M.; TURRISI, R. Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. **Pediatrics**, Evanston, v. 121, n. 4, p. 311-336, Apr. 2008. Suplemento.

STRONG, W. B. et al. . Evidence based physical activity for school-age youth. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 146, n. 6 , p. 732-737, Jun. 2005.

TANAKA, T. et al. . Association between birth weight and body mass index at 3 years of age. **Pediatr. Int.**, [s.l.; S.n], v. 43, p. 641-646, 2001.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Guide to clinical preventive services**. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Newborn hearing screening. In: _____. **U.S. preventive services task force evidence syntheses, formerly systematic evidence reviews**. 2001. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/gcpspu.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse**: topic page. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, April 2004. Disponível em:<<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdrin.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for visual impairment in children younger than five years: recommendation Statement. **American Family Physician**, Kansas City, v. 71, n. 2, p. 333-336, Jan. 2005.

WRITING GROUP FOR THE ACTIVITY COUNSELING TRIAL RESEARCH GROUP. Effects of physical activity counseling in primary care: the activity counseling trial: a randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 286, n. 6, p. 677-687, Aug. 2001.

YAMAMOTO, R.; CAMPOS JUNIOR, D. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

YOSHINAGA-ITANO, C. Early intervention after universal neonatal hearing screening: impact on outcomes. **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, New York, v. 9, n. 4, p. 252-266, 2003.

Solicitação de Exames Complementares em Crianças Assintomáticas

5

Os exames complementares são como o próprio nome diz, complementares à consulta, visando ao estabelecimento de diagnósticos que a anamnese e o exame físico não são capazes de estabelecer isoladamente. Durante o acompanhamento de puericultura, podem surgir intercorrências que demandem a solicitação de exames complementares. Entretanto, entre as muitas incertezas frequentes dos profissionais de saúde que fazem o acompanhamento de crianças, duas dúvidas são mais comuns: quando e quais exames complementares devem ser solicitados para crianças assintomáticas.

O ditado popular “mais vale prevenir do que remediar” nem sempre é verdadeiro. As atividades de prevenção secundária devem ser vistas pelo profissional de saúde com o mesmo rigor científico empregado às práticas curativas (GÉRVAS CAMACHO et al., 2007). Aliás, deveriam passar por um estrito controle de qualidade, maior do que aquele utilizado para as atividades curativas, já que serão oferecidas a crianças saudáveis.

Deve-se atentar para a necessidade de se conhecer a história natural da doença e o “ponto crítico de irreversibilidade” (o tempo em que é oportuno fazer o diagnóstico precoce de forma que permita um melhor curso da doença pela pronta intervenção). Deve-se ainda ter em mente as seguintes questões: que evolução têm os casos sem tratamento? Em que e a quem o diagnóstico precoce beneficia? O que acrescenta em qualidade de vida? Qual é o custo-benefício? Para que se cumpra este princípio básico, é necessário que o “ponto crítico de irreversibilidade” se situe na fase de diagnóstico precoce possível, não antes (quando o fato de conhecer o diagnóstico só acrescenta sofrimento ao paciente, ao fazer-lhe consciente da situação muito antes que o problema se torne irreversível) nem depois (na fase de diagnóstico clínico usual, quando o diagnóstico por rastreamento não afetará o prognóstico do paciente).

Convém que os profissionais de saúde conservem o bom senso clínico que aplicam às medidas curativas para lembrar sempre que as atividades preventivas têm tanto benefícios quanto riscos e que é preciso estabelecer um balanço apropriado e valorizar também os custos (monetário e de oportunidade), ao dispensar recursos (tempo, pessoal e insumos).

O bom senso clínico pode ser traduzido pela capacidade do profissional de saúde de realizar *prevenção quaternária*, que é um conjunto de ações voltadas para evitar a iatrogenia associada às intervenções (como, por exemplo, sobre medicalização) ou os excessos de exames preventivos.

A seguir, descrevem-se os exames complementares costumeiramente solicitados em consultas de puericultura ou comumente indicados na literatura.

5.1 Hemograma

Não há, até o momento, estudos sobre um delineamento adequado para avaliar o impacto (a eficácia ou a efetividade) do rastreamento de anemia em crianças assintomáticas. Existem apenas estudos que associam a anemia a desfechos mórbidos. Por isso, enfatiza-se que todas as recomendações no sentido do rastreamento da anemia são baseadas em desfechos substitutos, estando sujeitas a vieses.

Na ausência de estudos bem delineados, deve-se levar em conta a prevalência de anemia em cada grupo populacional para decidir quais são os de maior risco e aqueles que mais provavelmente se beneficiariam de rastreamento. Então, sugere-se avaliar as características, os fatores de risco e a proteção da criança e da comunidade em que vive para que, assim, possa haver o posicionamento sobre a pesquisa de anemia para cada paciente.

O grupo etário de maior prevalência (e, portanto, de maior risco) de anemia é aquele composto por crianças entre 6 e 24 meses de idade, pelo rápido crescimento associado à ingestão frequentemente inadequada de ferro na referida faixa etária (CENTERS..., 1998; BRASIL, 2005; STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998; U.S. PREVENTIVE..., 2006; KOHLI-KUMAR, 2001; BLANK apud DUNCAN et al., 2004) [D].

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda suplementação a *todas* as crianças de 6 a 18 meses (a partir dos 4 meses para as que não estiverem em aleitamento materno exclusivo) e mais cedo para as de baixo peso ao nascer e as prematuras (com menos de 37 semanas) (BRASIL, 2005) [D].

Por tal razão, não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação de ferro para a prevenção.

No momento do parto, é importante também que o profissional de saúde aguarde cerca de três minutos depois da expulsão do neonato para clampar o cordão umbilical, pois, durante o citado instante, significativa quantidade de sangue persiste fluindo da placenta para o bebê (BRASIL, 2011).

Recomenda-se o rastreamento sistemático para anemia apenas para crianças de risco, conforme está descrito no quadro 4.

continuação

Quadro 4 – Classificação das crianças conforme a idade, a presença de fatores de risco para anemia e a conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento [D]

81

Classificação	Condutas
Grupo 1 (com menos de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	A. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro.	B. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematuros sadios e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG).	C. 2mg/kg/dia após 1 mês de vida por 2 meses. Depois, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Solicite hemograma aos 15 meses.
D. Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferropenia materna grave durante a gestação ($Hb < 8$), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas).	D. 2 a 4mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se o resultado do exame for normal, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Se houver anemia, mantenha a dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses.
Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta pobre em ferro: vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingestão de frutas e verduras. • Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos). 	Solicite hemograma e aja conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Trate a anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhe os pais sobre dieta rica em ferro.

Fonte: CENTERS..., 1998; BRASIL, 2005; STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998; RUIZ-CABELLO, 2011.

Atenção: crianças advindas de áreas endêmicas de malária devem ser primeiramente tratadas de forma adequada para a malária para que depois recebam suplementação de ferro.

5.2 Exames de fezes e exame comum de urina (também conhecidos como “urina i”, “eas” ou “equ”)

82

Não há documentação científica que comprove que a realização rotineira dos citados exames em crianças assintomáticas tenha qualquer impacto em sua saúde. Muitos protocolos recomendam, com bases empíricas, a realização de exames qualitativos de urina e testes rápidos para triagem de bactériuria assintomática, mas sem especificar os benefícios clínicos da realização de tais exames. O exame parasitológico de fezes pode ser realizado em crianças que vivam em áreas de maior prevalência de parasitos intestinais, mas não existem recomendações a respeito da frequência ideal (RUIZ-CABELLO, 2011) [D]. De qualquer modo, devem ser estimuladas medidas preventivas contra verminoses (como uso de calçados, lavagem e/ou cocção adequada dos alimentos, lavagem das mãos antes das refeições, manutenção de unhas curtas e limpas, boa higiene pessoal e proteção dos alimentos contra poeira e insetos) (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006) [D].

Convém ainda destacar que, embora não se recomende exame comum de urina para crianças assintomáticas, o profissional de saúde deve estar atento para manifestações inespecíficas em crianças pequenas, tais como febre, irritabilidade, vômitos, diarreia e desaceleração do crescimento pôndero-estatural, que podem estar relacionadas à infecção urinária (LIMA, 2006, p. 103-138).

5.3 Perfil lipídico

Sabe-se que, entre as crianças com dislipidemia, a metade se tornará adulta dislipidêmica. O tratamento da dislipidemia na infância tem-se mostrado eficaz em diminuir os níveis de lipídeos em populações selecionadas, embora nenhum estudo tenha avaliado o impacto do referido tratamento em desfechos clínicos (por exemplo: eventos cardiovasculares) na infância ou na idade adulta (HANEY et al., 2007, p. 189-214). Exatamente pela falta de boas evidências sobre o assunto, os consensos diferem em suas recomendações (U.S. PREVENTIVE..., 2006; CORTÉS RICO, 2008).

Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) de crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl. O rastreamento deve ser realizado a partir dos 2 anos de idade, a cada 3 a 5 anos. Em vez de ponto de corte fixo para o valor normal, recomenda-se avaliar os níveis de lipídios específicos para a idade e o sexo (sendo anormal acima do percentil 95 e limítrofe entre o 90 e o 95) (DANIELS; GREER, 2008, p. 198-208) [D].

Tabela 4 – Distribuição dos valores normais de lipídios e lipoproteínas em indivíduos de 5 a 19 anos, conforme o sexo e a faixa etária

Homens				Mulheres			
Idades				Idades			
	De 5 a 9 anos	De 10 a 14 anos	De 15 a 19 anos		De 5 a 9 anos	De 10 a 14 anos	De 15 a 19 anos
Colesterol total (mg/dl)				Colesterol total (mg/dl)			
*P 50	153	161	152	P 50	164	159	157
P 75	168	173	168	P 75	177	171	176
P 90	183	191	183	P 90	189	191	198
P 95	186	201	191	P 95	197	205	208
Triglicerídeos (mg/dl)				Triglicerídeos (mg/dl)			
P 50	48	58	68	P 50	57	68	64
P 75	58	74	88	P 75	74	85	85
P 90	70	94	125	P 90	103	104	112
P 95	85	111	143	P 95	120	120	126
LDL (mg/dl)				LDL (mg/dl)			
P 50	90	94	93	P 50	98	94	93
P 75	103	109	109	P 75	115	110	110
P 90	117	123	123	P 90	125	126	129
P 95	129	133	130	P 95	140	136	137
HDL (mg/dl)				HDL (mg/dl)			
P 5	38	37	30	P 5	36	37	35
P 10	43	40	34	P 10	38	40	38
P 25	49	46	39	P 25	48	45	43
P 50	55	55	46	P 50	52	52	51

Fonte: DANIELS; GREER, 2008, p. 198-208 (com adaptações).

Legenda:

* P = percentil.

Referências

BLANK, D. Condutas clínicas na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Brasília: Ministério da Saúde; Opas, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.** Brasília: Editora MS, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v. 47, n. 3, Apr.1998. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

CORTÉS RICO, Olga. Cribado de La hipercolesterolemia. **Previnfad**, Espanha, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.aepap.org/previnfad/colesterol.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

DANIELS, S. R.; GREER, F. R. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 1, p. 198-208, 2008.

DUNCAN, B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. Medicina Ambulatorial. **Condutas em atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GÉRVAS CAMACHO, J. et al. Problemas prácticos y éticos de La prevención secundaria: a propósito de dos ejemplos em pediatría. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 81, n. 4, p. 345-352, 2007.

HANEY, E. M. et al. Screening and treatment for lipid disorders in children and adolescents: systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Pediatrics**, Evanston, v. 120, n. 1, p. 189-214, jul. 2007.

KOHLI-KUMAR, M. Screening for anemia in children: AAP recommendations: a critique. **Pediatrics**, Evanston, v. 108, n. 3, sep. 2001. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/3/e56>>. Acesso em: 7 maio 2012.

LIMA, A. K. Abordagem da infecção urinária na infância. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.** Ciclo 1, Módulo 3. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 103-138.

RUIZ-CABELLO, F. J. S. Prevención primaria y detección precoz de La ferropenia. **PrevInfad**, Espanha, jun. 2011. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_ferropenia.pdf>. Acesso em: 7 maio 2012.

STOLTZFUS, R. J.; DREYFUSS, M. L. **Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia.** International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). Geneva: World Health Organization, 1998.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for iron deficiency anemia:** including iron supplementation for children and pregnant women. May 2006. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf06/ironsc/ironscr.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2012.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for lipid disorders in children:** recommendation statement. Jul. 2007. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/chlipid/chlipidrs.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2012.

Imunizações

6

Acho importante vacinar meu filho, [porque isso] previne as doenças. Ele é bem valente, nem chora (Sheila, mãe de Nicolas, 4 anos).

Faço [a aplicação de] vacina para prevenir [doenças], para [eu] não ficar doente. Gosto [de me vacinar], até peço para fazer exame de sangue. Não tenho medo. [É] melhor do que ter que ficar num hospital depois (Paola, 12 anos).

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância (CENTERS..., 2008) [D]. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança (MOSS; CLEMENTS; HALSEY, 2003, p. 61-70) encontram-se disponíveis nas unidades básicas de saúde. Tal calendário poderá ser complementado por outras vacinas, cujas importância e eficácia são também evidenciadas.

As referidas vacinas estão disponíveis, até o presente momento, nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries) para situações particularmente indicadas (BRASIL, 2007a) [D]. A vacina contra pneumonia está sendo implantada no Calendário Básico de Vacinação da Criança no Brasil de forma gradativa, de acordo com a capacidade operacional de cada unidade federada, desde o ano de 2010. A vacina contra meningite tem previsão de implantação no Calendário Básico de Vacinação da Criança para o segundo semestre e também ocorrerá de forma gradativa, de acordo com a capacidade operacional de cada estado.

6.1 Calendário de vacinação no Brasil

O quadro 5 apresenta o calendário de vacinação da criança no Brasil de acordo com a idade, as vacinas, as doses e as doenças que devem ser evitadas.

Quadro 5 – Calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde (Programa Nacional de Imunizações/PNI)

Idade		Vacina	Doses	Doenças Evitadas
90	Ao nascer	BCG-ID ¹ vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (principalmente nas formas miliar e meningea)
		Hepatite B ² vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
1 mês		Hepatite B ² vacina hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
2 meses		Tetralavente (DTP+Hib) ³ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Vacina oral poliomielite (VOP) ⁴ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
		Vacina oral de rotavírus humano (VORH) ⁵ vacina rotavírus humanoG1P1[8] (atenuada)		Diarreia por rotavírus
		Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁶		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
3 meses		Vacina Meningocócica C (conjugada) ⁷ vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 meses		Tetralavente (DTP+Hib) ³ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Vacina oral poliomielite (VOP) ⁴ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
		Vacina oral de rotavírus humano (VORH) ⁵ vacina rotavírus humanoG1P1[8] (atenuada)		Diarreia por rotavírus
		Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁶ vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
5 meses		Meningocócica C (conjugada) ⁷ vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
6 meses		Hepatite B ² vacina hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
		Vacina oral poliomielite (VOP) ⁴ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
		Tetralavente (DTP+Hib) ³ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>haemophilus influenzae b</i> (conjugada)		Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁶ vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>

continua

continuação

91

Idade	Vacina	Doses	Doenças Evitadas
9 meses	Febre amarela ⁸ vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial	Febre amarela
12 meses	Tríplice viral (SCR) ⁹ vacina sarampo, caxumba, e rubéola (atenuada)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁶ vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	Reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
15 meses	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	1º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁴ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	Reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	Meningocócica C (conjugada) ⁷ vacina meningocócica C (conjugada)		Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 anos	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Tríplice viral (SCR) ⁹ vacina sarampo, caxumba, e rubéola (atenuada)	2ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
10 anos	Febre amarela ⁸ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela

Fonte: BRASIL, 2012a.

Orientações importantes para a vacinação da criança:

- ¹ **Vacina BCG:** Administre o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento. Para os prematuros com menos de 36 semanas, administre a vacina depois que eles completarem 1 mês de vida e atingirem 2kg. Administre uma dose em crianças menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Para os casos relativos a contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 ano de idade sem cicatriz, administre uma dose. Na eventualidade de contatos de indivíduos comprovadamente vacinados com a primeira dose, administre outra dose de BCG. Mantenha o intervalo mínimo de 6 meses entre as doses da vacina. Para contatos com duas doses, não se deve administrar nenhuma dose adicional. Na ocasião do exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, caso haja incerteza sobre a existência de cicatriz vacinal, aplique uma dose, independentemente da idade. Para a criança HIV positiva, a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças HIV positivas ainda não vacinadas que chegam aos serviços de saúde, a vacina está contraindicada. Na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV positivo, a vacina está contraindicada em qualquer situação (BRASIL, 2012a).

continua

- ² **Vacina contra hepatite B (recombinante):** Administre preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento ou na primeira visita da criança ao serviço de saúde. Para os prematuros com menos de 36 semanas de gestação ou para recém-nascidos a termo de baixo peso (com menos de 2kg), siga esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Para a prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administre a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. Deve-se administrar a vacina e a HBIG em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina (BRASIL, 2012a).
- ³ **Vacina adsorvida contra difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae B* (conjugada):** Administre aos 2, 4 e 6 meses de idade da criança. Faça um intervalo de 60 dias e mínimo de 30 dias entre as doses. São indicados dois reforços da vacina adsorvida contra difteria, tétano e pertussis (DTP). O primeiro reforço deve ser administrado aos 15 meses de idade. Já o segundo reforço, aos 4 anos. Observação importante: a idade máxima para administrar esta vacina é aos 6 anos, 11 meses e 29 dias. Diante de um caso suspeito de difteria, avalie a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados menores de 1 ano de idade, inicie esquema com DTP+ Hib. Para não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, inicie esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com DTP + Hib. Para crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, complete o esquema com DTP. Para crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos de idade ou mais, deve-se antecipar o reforço com dT (BRASIL, 2012a).
- ⁴ **Vacina contra poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada):** Administre três doses (aos 2, 4 e 6 meses). Mantenha o intervalo de 60 dias e mínimo de 30 dias entre as doses. Administre o reforço aos 15 meses de idade. Considere para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose (BRASIL, 2012a).
- ⁵ **Vacina oral contra rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada):** Administre duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária:
- primeira dose: de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias;
 - segunda dose: de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias.
- O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repita a dose (BRASIL, 2012a).
- ⁶ **Vacina pneumocócica 10 (conjugada):** No primeiro semestre de vida da criança, administre três doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade do bebê. O intervalo entre as doses é de 60 dias e mínimo de 30 dias. Faça um reforço, preferencialmente, entre os 12 e os 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de 6 meses após a 3^a dose. Para crianças de 7 a 11 meses de idade, o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre os 12 e os 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses (BRASIL, 2012a).
- ⁷ **Vacina meningocócica C (conjugada):** Administre duas doses, aos 3 e 5 meses de idade da criança, com intervalo de 60 dias e mínimo de 30 dias entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre os 12 e os 15 meses de idade (BRASIL, 2012a).

- ⁸ **Vacina contra febre amarela (atenuada):** Administre aos 9 meses de idade da criança. Durante surtos, antecipe a idade de vacinação para 6 meses. Tal vacina é indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação de vacina: Estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais, além de alguns municípios dos Estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios dos referidos estados, busque as suas respectivas unidades de saúde. No momento da vacinação, considere a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, busque informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na secretaria de vigilância em saúde do estado. Administre a vacina dez dias antes da data da viagem. Administre reforço a cada 10 anos após a data da última dose (BRASIL, 2012a).
- ⁹ **Vacina contra sarampo, caxumba e rubéola:** Administre duas doses. A primeira dose deve ser administrada aos 12 meses de idade e a segunda dose aos 4 anos. Em situação de circulação viral, antecipe a administração de vacina para os 6 meses de idade; porém, devem ser mantidos o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considere o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses (BRASIL, 2012a).

Importante: O País ampliará o Calendário Básico de Vacinação da Criança com a introdução da vacina injetável contra pólio, feita com vírus inativado. A nova vacina será utilizada no calendário de rotina paralelamente à campanha nacional de imunização, realizada com as duas gotinhas da vacina oral. A injetável, no entanto, só será aplicada para as crianças cujos calendários de vacinação estão se iniciando.

Outra conquista do ano de 2012 foi a vacina pentavalente, que reúne em uma só dose a proteção contra cinco doenças (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo B e hepatite B). Atualmente, a imunização para estas doenças é oferecida em duas vacinas separadas.

A introdução da vacina inativada contra poliomielite (VIP), com vírus inativado, vem ocorrendo em países que já eliminaram a doença. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), no entanto, recomenda que os países das Américas continuem utilizando a vacina oral, com vírus atenuado, até a erradicação mundial da poliomielite, o que garante uma proteção de grupo. O vírus ainda circula em 25 países.

O Brasil utilizará um esquema sequencial com as duas vacinas, aproveitando as vantagens de cada uma, mantendo, assim, o País livre da poliomielite. A VIP será aplicada aos 2 e aos 4 meses de idade da criança. Já a vacina oral será utilizada nos reforços, aos 6 e aos 15 meses de idade.

Agenda

A VIP será introduzida no calendário básico a partir do segundo semestre de 2012. As campanhas anuais contra poliomielite também serão modificadas a partir de 2012. Na primeira etapa – a ser realizada em 16 de junho de 2012 –, tudo continua como antes: todas as crianças menores de 5 anos receberão uma dose da gotinha, independentemente de terem sido vacinadas anteriormente.

Na segunda etapa – que ocorrerá em agosto de 2012 –, todas as crianças menores de 5 anos e seus responsáveis devem comparecer aos postos de saúde levando o Cartão de Vacinação. O cartão será avaliado para a atualização das vacinas que estiverem em atraso. A segunda etapa será chamada de Campanha Nacional de Multivacinação, o que possibilitará que o País aumente as coberturas vacinais, atingindo as crianças de forma homogênea, em todos os municípios brasileiros.

Pentavalente

A inclusão da vacina pentavalente no calendário da criança também será feita a partir do segundo semestre de 2012. A pentavalente combina a atual vacina tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche e Haemophilus influenza tipo B) com a vacina contra a hepatite B. Ela será produzida em parceria pelos laboratórios Fiocruz/Bio-Manguinhos e Instituto Butantan. As crianças serão vacinadas aos 2, aos 4 e aos 6 meses de idade.

Com o novo esquema, além da pentavalente, serão mantidos para a criança os dois reforços com a vacina DTP (contra difteria, tétano e coqueluche), sendo o primeiro reforço a partir dos 12 meses e o segundo entre 4 e 6 anos. Além disso, os recém-nascidos continuam a receber a primeira dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida para se prevenir contra a transmissão vertical.

6.2 Indicações para uso dos imunobiológicos especiais

O Ministério da Saúde, atendendo aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a implantação dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries) no ano de 1993. Os Cries atendem, de forma personalizada, o público que necessita de produtos especiais, de alta tecnologia e de altíssimo custo, que são adquiridos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS. Para fazer uso dos imunobiológicos, é necessário que a pessoa apresente prescrição com indicação médica e um relatório clínico sobre seu caso.

Quadro 6 – Vacinas complementares indicadas por doença ou condição especial

Indicação	Idade mínima para encaminhamento aos Cries	Imunobiológico indicado
Antes de quimioterapia	A partir de 12 meses de idade	Vacina contra varicela.
Asma	A partir de 2 meses	Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23). * (Deve-se checar se a vacina não faz parte do calendário básico).
Asplenia anatômica ou funcional	A partir do nascimento	Vacina contra influenza. Vacina contra varicela. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23). * Vacina meningocócica conjugada.*
Cardiopatia crônica	A partir de 2 meses	Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23). * Vacina DPT acelular.
Coagulopatias	A partir do nascimento	Vacina contra hepatite A (HA).

continua

continuação

95

Indicação	Idade mínima para encaminhamento aos Cries	Imunobiólogo indicado
Diabetes mellitus	A partir de 2 meses	Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Discrasias sanguíneas	A partir de 2 meses	Vacina pentavalente (penta). Vacina contra influenza.
Doadores de órgãos sólidos e de medula óssea	A partir do nascimento	Vacina contra hepatite A (HA). Vacina contra influenza.
Doenças de depósito	A partir do nascimento	Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).* Vacina meningocócica conjugada.* Vacina contra hepatite A (HA).
Doenças dermatológicas crônicas graves	Aos 12 meses	Vacina contra varicela (VZ): pré-exposição.
Doenças neurológicas	Aos 2 meses	Vacina inativada contra poliomielite (VIP). Vacina DPT acelular. Vacina dupla infantil (DT). Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Fibrose cística	A partir do nascimento	Vacina contra influenza. Vacina contra hepatite A (HA). Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Fístula liquórica	Aos 2 meses	Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Hemoglobinopatias	Aos 12 meses	Vacina contra hepatite A (HA).
Hepatopatia crônica de qualquer etiologia	A partir do nascimento	Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).* Vacina contra hepatite A (HA).
HIV	Aos 2 meses	Vacina inativada contra poliomielite (VIP). Vacina meningocócica conjugada (A). Vacina contra hepatite A (HA). Vacina contra varicela. Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Implante de cóclea	Aos 2 meses	Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).* Vacina meningocócica conjugada.*

continua

continuação

96

Indicação	Idade mínima para encaminhamento aos Cries	Imunobiológico indicado
Imunodepressão/convívio com pacientes imunodeprimidos	A partir do nascimento	Vacina meningocócica conjugada.* Vacina contra hepatite A (HA). Vacina contra varicela. Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Leucemia linfocítica aguda e tumores sólidos	Aos 12 meses	Vacina contra varicela (VZ): pré-exposição.
Nefropatias crônicas/ hemodiálise/ síndrome nefrótica	A partir do nascimento	Vacina contra varicela. Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Pneumopatia crônica	Aos 2 meses	Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).* Vacina DPT acelular.
Recém-nascidos prematuros	Aos 2 meses	Vacina DPT acelular. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7).* Vacina inativada contra poliomielite (VIP).
Transplantados	A partir do nascimento	Vacina inativada contra poliomielite (VIP). Vacina contra hepatite A (HA). Vacina contra varicela. Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Trissomias	Aos 2 meses	Vacina contra hepatite A (HA). Vacina contra varicela. Vacina contra influenza. Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23).*
Uso crônico de ácido acetil salicílico	Aos 6 meses	Vacina contra varicela. Vacina contra influenza.

Fonte: BRASIL, 2012b (com adaptações).

Legenda:

* As vacinas contra pneumonia e contra meningite estão sendo implantadas no Calendário Básico de Vacinação de Rotina da Criança no Brasil de forma gradativa, de acordo com a capacidade operacional de cada unidade federada.

6.3 Vacinação de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV

Crianças filhas de mãe e/ou pai infectados pelo HIV são oriundas de ambientes onde pode haver maior exposição a infecções como tuberculose e hepatite B. Por isso, a vacinação contra a tuberculose (vacina BCG-ID) e contra o vírus da hepatite B deverá ser iniciada preferencialmente na maternidade, logo após o nascimento. Como o tempo para a definição do diagnóstico de infecção pelo HIV é longo, não se justifica a postergação do início da vacinação das crianças assintomáticas, expostas ao HIV por via vertical (durante a gravidez e o parto), sob o risco de deixá-las sem proteção. Recomenda-se que, durante o acompanhamento, as crianças recebam todas as vacinas do calendário oficial, a menos que se enquadrem em uma das condições relacionadas a seguir (BRASIL, 2012d) [D]:

- Pais HIV positivos: no caso específico da vacina oral contra a pólio, deve-se estar atento ao fato de que o vírus vacinal pode ser transmitido aos pais imunodeficientes e, nesta condição, será recomendada a administração da *vacina inativada poliomielite (VIP)* [D].
- Crianças com suspeita clínica de infecção pelo HIV/aids ou com diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV: as possíveis modificações do calendário, segundo a classificação clínico-imunológica, são apontadas a seguir [D].

O calendário a seguir deve ser adaptado às circunstâncias operacionais ou epidemiológicas sempre que necessário e se aplica em sua totalidade somente às crianças comprovadamente infectadas pelo HIV (BRASIL, 2012d) [D].

Anteriormente à prescrição das vacinas, faz-se necessária a leitura das observações descritas nas observações do quadro 7:

Quadro 7 – Calendário de imunizações para crianças infectadas pelo HIV

Idade (meses)	Vacinas	Dose
0	BCG ID	Dose única
	Hepatite B	1ª dose
1	Hepatite B	2ª dose
2	DTP (tríplice bacteriana) ou DTPa (tríplice bacteriana acelular)	1ª dose
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)	1ª dose
	Poliomielite inativada (VIP) ou poliomielite oral (VOP)	1ª dose
	Pneumococo 10 valente (Pnc10)	1ª dose
3	Meningocócica C conjugada (MncC)	1ª dose

continua

continuação

98

Idade (meses)	Vacinas	Dose
4	DTP (tríplice bacteriana) ou DTPa (tríplice bacteriana acelular)	2ª dose
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)	2ª dose
	Poliomielite inativada (VIP) ou poliomielite oral (VOP)	2ª dose
	Pneumococo 10 valente (Pnc10)	2ª dose
5	Meningocócica C conjugada (MncC)	2ª dose
6	DTP (tríplice bacteriana) ou DTPa (tríplice bacteriana acelular)	3ª dose
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)	3ª dose
	Hepatite B	3ª dose
	Poliomielite oral (VOP)	3ª dose
	Influenza (gripe)	1ª dose
	Pneumococo 10 valente (Pnc10)	3ª dose
7	Influenza (gripe)	2ª dose
12	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)	4ª dose
	Hepatite B	4ª dose
	Hepatite A	1ª dose
	Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola)	1ª dose
	Varicela	1ª dose
	Pneumococo 10 valente (Pnc10)	4ª dose
	Meningocócica C conjugada (MncC)	Reforço
15	DPT ou DPTa (tríplice bacteriana acelular)	4ª dose
	Poliomielite inativada (VIP) ou poliomielite oral (VOP)	3ª dose VIP ou 4ª dose VOP
	Varicela	2ª dose
18	Hepatite A	2ª dose

continua

continuação

99

Idade (meses)	Vacinas	Dose
24	Pneumococo 23 valente (Pn23)	1ª dose
48	Tríplice viral	2ª dose
60 (5 anos)	Pneumococo 23 valente (Pn23)	2ª dose
	DTP ou DTPa	5ª dose
	Poliomielite inativada (VIP) ou poliomielite oral (VOP)	4ª dose VIP ou 5ª dose VOP
14 a 19 anos	Difteria e tétano tipo adulto (dT)	Veja o item 12 das "observações importantes", a seguir, relativas a este quadro.

Fonte: BRASIL, 2012d.

Observações importantes: o calendário mencionado no quadro 7 deve ser adaptado às circunstâncias operacionais e epidemiológicas quando for necessário. Aplica-se em sua totalidade às crianças comprovadamente infectadas pelo HIV. As crianças expostas verticalmente devem receber as vacinas indicadas no quadro 7 até os 18 meses de idade. Após a referida idade, se o resultado do exame da criança continuar *negativo para o HIV*, o profissional de saúde deverá seguir o esquema básico vacinal da criança recomendado pelo Ministério da Saúde, à exceção de algumas vacinas, como a varicela (que deve ser aplicada nas crianças susceptíveis não infectadas, para a proteção de seus contatos domiciliares com imunodeficientes) e a pólio inativada (que deve ser utilizada nas crianças que convivem com pessoas imunodeficientes).

Tendo-se em vista a possibilidade de que sejam indicadas sete vacinas injetáveis aos 12 meses de vida (ou oito, se coincidir com a época de vacinação de influenza), tais vacinas podem ser programadas para que sejam escalonadas, dando-se sempre um mês de intervalo entre as vacinas de vírus vivos injetáveis. Deve-se considerar a epidemiologia de cada infecção e as facilidades operacionais para priorizar quais são as vacinas que podem ser aplicadas em cada etapa.

Comentários:

- BCG ID:** deve-se administrar a vacina logo ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam ainda não vacinadas aos serviços de saúde, a vacina só deve ser indicada para crianças assintomáticas e sem imunodepressão. Não se indica a revacinação de rotina.
- Vacina contra a hepatite B:** inicie a aplicação da vacina logo ao nascimento da criança, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida.
 - Se a mãe for HbsAg positiva, aplique simultaneamente, em local diferente do escolhido para a vacina, a imunoglobulina humana hiperimune contra hepatite B.

continua

continuação

Observações: a) o aleitamento materno não é contraindicado para mães AgHBs positivas, se os bebês tiverem recebido a imunoprofilaxia adequada; b) quando for indicada a imunoprofilaxia, ela deve ser aplicada até sete dias após o parto.

2.2 Crianças nascidas de mãe com perfil sorológico desconhecido para o VHB devem receber só a vacina.

2.3 Para criança ou adolescente comprovadamente infectado pelo HIV, aplique uma 4ª dose de 6 a 12 meses após a 3ª dose. A dose a ser aplicada deve ser o dobro da dose de rotina.

2.4 Se a criança ou o adolescente não foi ainda vacinado ou se existe esquema incompleto, a vacina deve ser iniciada ou deve-se completar o esquema vacinal de acordo com as doses que faltarem.

3. DTP (tríplice bacteriana) ou DTPa (tríplice bacteriana acelular): deve-se proceder de acordo com o esquema básico de rotina do Programa Nacional de Imunizações. Quando estiver disponível, pode ser utilizada a DTPa (tríplice acelular) isolada ou associada à Hib e também à VIP.

4. *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib): as crianças nunca vacinadas que sejam maiores de 12 meses e menores de 18 anos devem receber duas doses, com intervalo de 12 meses. A Hib pode ser aplicada combinada com a DTP (DTP + Hib = tetra) ou isolada. Deve-se indicar uma quarta dose da Hib a partir dos 12 meses de idade.

4.1 Para as crianças maiores de 1 ano de idade, quando não tiverem sido vacinadas no 1º ano de vida, aplique duas doses com intervalo de 2 meses entre elas.

Observações: caso esteja disponível, prefere-se a utilização da DTPa (componente *pertussis* acelular), por causar menos reações adversas. Pode-se utilizar vacinas combinadas, como DTP/Hib (tetra) e DTPa + Hib + VIP (penta), com indicação potencial em casos de alterações no sangue, como, por exemplo, a diminuição do número de plaquetas. Deve-se ressaltar, no entanto, a inexistência de estudos que comprovem a eficácia desses esquemas em crianças infectadas. Quando a vacina combinada que contenha DTP ou DTPa + Hib for utilizada na vacinação de rotina no primeiro ano de vida do bebê, obrigatoriamente deverá ser aplicada a quarta dose da Hib a partir dos 12 meses de idade da criança.

5. Poliomielite inativada (VIP) ou oral (VOP): deve-se dar preferência para a vacina inativada (VIP), duas doses com intervalo de 2 meses, com início aos 2 meses de idade. São necessários dois reforços: um entre 15 a 18 meses de idade e outro reforço entre 4 e 6 anos de idade.

5.1 Caso a vacina inativada não esteja disponível e a criança não apresente nenhum sinal de imunodeficiência, as doses da série primária podem ser feitas com a vacina pólio oral (VOP), três doses no primeiro ano de vida, com intervalo de dois meses e dois reforços: aos 15 meses e entre 4 a 6 anos de idade.

5.2 Em crianças maiores (acima de 15 meses) ou naquelas que apresentarem sinais de imunodeficiência, deve-se usar a vacina inativada (VIP), completando-se quatro doses.

5.3 Crianças que convivem com pessoas imunodeficientes também devem receber a vacina inativada (VIP).

5.4 As crianças maiores ou aquelas que apresentam sinais de imunodeficiência ou que convivem com pessoas imunodeficientes devem usar a vacina inativada (VIP), completando-se quatro doses.

6. Pneumocócicas:

6.1 Pneumococo conjugada 10 valente (Pnc10): indicada para todas as crianças de 2 meses até 23 meses de idade. Devem receber três doses no primeiro ano de vida, com intervalo de dois meses entre as doses.

6.1.1 Crianças entre 7 a 11 meses de idade ainda não vacinadas deverão receber duas doses da vacina conjugada e uma dose adicional entre 12 a 15 meses.

6.1.2 Crianças que iniciam vacinação entre 12 a 23 meses de idade devem receber dose única, sem necessidade de reforço.

6.2 Pneumococo 23 polissacarídica (Pn23): indicada para crianças de 2 anos ou mais de idade sabidamente infectadas pelo HIV.

6.2.1 As crianças maiores de 2 anos devem receber duas doses da vacina polissacarídica (Pn23), com intervalo entre 3 e 5 anos de idade, independentemente de terem recebido a vacina conjugada. Não se deve aplicar mais de duas doses da Pn23ps.

6.2.2 Respeite sempre o período mínimo de oito semanas após a última dose da vacina conjugada.

6.2.3 Crianças de 2 anos ou mais de idade e adolescentes não vacinados previamente contra pneumococo devem receber apenas a vacina Pn23. Veja a orientação no Manual do Crie (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf).

7. Meningocócica C conjugada (MncC): deve ser aplicada aos 3 e 5 meses com um reforço após 12 meses de idade. A partir de 12 meses de idade, para os não vacinados anteriormente, está indicada dose única.

8. Influenza (gripe): deve ser aplicada a partir dos 6 meses de idade e repetida em dose única anual, levando-se em conta a sazonalidade da infecção. Utiliza-se meia dose (0,25mL) até 36 meses de idade e, após tal idade, 0,5mL.

8.1 As crianças com menos de 9 anos de idade, quando recebem a vacina pela primeira vez, requerem duas doses com intervalo de quatro a seis semanas.

9. Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola): deve-se aplicar a primeira dose aos 12 meses e a segunda dose em período mínimo de quatro semanas em todas as crianças assintomáticas.

9.1 Se há um diagnóstico de HIV/aids confirmado, deve-se aplicar a segunda dose o mais precocemente possível, em vez de aguardar até os 4 anos de idade.

9.2 Para fins operacionais, a segunda dose pode ser aplicada aos 18 meses, juntamente com a segunda dose da vacina contra hepatite A.

9.3 Não deve ser aplicada nas crianças com imunodepressão grave (categoria imunológica 3) ou sintomatologia grave (categoria C).

9.4 Caso a criança tenha recebido duas doses, não há necessidade de dose adicional.

continuação

102

- 10. Varicela:** deve ser considerada sua aplicação em crianças maiores de um ano de idade e adolescentes suscetíveis, incluindo os expostos, nas categorias N, A e B com CD4 acima de 15%.
- 10.1** Deve ser aplicada em crianças nas categorias N1 (crianças sem alterações clínicas e sem comprometimento imunológico) e A1 (crianças com leves alterações clínicas e sem comprometimento imunológico). Recomenda-se, caso estiver disponível, uma segunda dose, com um intervalo mínimo de um mês e máximo de três meses.
- 10.2** Recomenda-se a vacinação dos expostos, mesmo que já esteja excluída a infecção pelo HIV. É importante para prevenir a transmissão da varicela para contatos domiciliares.
- 11. Hepatite A:** indicada a partir dos 12 meses de idade, em duas doses, com intervalo entre 6 e 12 meses.
- 12. Difteria e tétano tipo adulto (dT):** deve ser utilizada para completar ou iniciar esquema de crianças de 7 anos de idade ou mais não vacinadas previamente com DTP, com esquema incompleto ou dose de reforço indicada a cada 10 anos.
- 12.1** Se a vacinação básica da criança ou do adolescente estiver incompleta (inferior a três doses), deve-se completar as três doses necessárias. Devem ser aplicadas com intervalo de dois meses entre doses.
- 12.2** Em casos de gestantes ou pessoas com ferimentos graves, profundos, próximos às terminações nervosas (dedos, artelhos, planta dos pés), perto da cabeça e suspeitos de contaminação, deve-se considerar intervalo de cinco anos para o reforço.
- Atenção:** a eficácia e a segurança da vacina contra febre amarela para os pacientes portadores do HIV não são estabelecidas. Portanto, para ser recomendada, é necessário levar em consideração a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica local, conforme orientação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), do Ministério da Saúde.

Fonte: BRASIL, 2012d.

Até o momento, não há evidência científica documentada que recomende a revacinação das crianças com infecção pelo HIV após a chamada “síndrome da reconstituição imunológica”.

Para as crianças maiores de 24 meses de idade e adolescentes que não receberam as vacinas indicadas no calendário mencionado no quadro 7 ou cujo diagnóstico da infecção pelo HIV foi efetuado tarde, deve-se seguir as indicações dos Cries.

Quadro 8 – Recomendações para a vacinação contra febre amarela em crianças menores de 13 anos de idade infectadas pelo HIV, de acordo com a alteração imunológica e as regiões de risco

Alteração imunológica	Alto risco	Médio risco	Baixo risco
Ausente	Indique	Ofereça*	Não vaccine
Moderada	Ofereça*	Não vaccine	Não vaccine
Grave	Não vaccine	Não vaccine	Não vaccine

Fonte: BRASIL, 2007a (com adaptações).

Legenda:

* O médico responsável pela decisão deverá explicar aos pais ou responsáveis do paciente os riscos e os benefícios, levando em conta a possibilidade de não haver resposta à vacina, a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e o risco epidemiológico local da infecção pelo vírus da febre amarela.

Quadro 9 – Recomendações para a vacinação contra febre amarela em adolescentes com 13 e mais anos de idade infectados pelo HIV, de acordo com o número de linfócitos T CD4 e as regiões de risco

Contagem de linfócitos T CD4+ em células/mm ³	Risco da região		
	Alto risco	Médio risco	Baixo risco
≥ 350	Indique a vacina	Ofereça*	Não vacine
Entre 200 a 350	Ofereça*	Não vacine	Não vacine
< 200	Não vacine	Não vacine	Não vacine

Fonte: BRASIL, 2007a (com adaptações).

Legenda:

* O médico responsável pela decisão deverá explicar aos pais ou responsáveis do paciente os riscos e os benefícios, levando em conta a possibilidade de não haver resposta à vacina, a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e o risco epidemiológico local da infecção pelo vírus da febre amarela.

Em relação à contagem de CD4+, leve em consideração os dois últimos exames, de preferência os realizados no último ano, sendo o último exame realizado no máximo há três meses. Além disso, considere que o paciente não tenha manifestação clínica de imunodeficiência, com ou sem uso de terapia antirretroviral. Para menores de 13 anos, considere o quadro 8 (para crianças) e valorize preferencialmente o percentual de linfócitos T CD4+.

6.4 Descrição e conduta diante de alguns eventos adversos comuns a vários imunobiológicos

As vacinas estão entre os produtos de maior segurança de uso. Entretanto, é possível que haja reações até mesmo graves com a sua utilização. No que se refere à utilização de imunização passiva, os eventos adversos são muito mais frequentes após a aplicação de produtos de origem não humana (soros preparados em equinos). A orientação (anexo D) destina-se aos serviços de rotina de imunização, com os seus recursos habituais, devendo ser adaptada às circunstâncias operacionais, à experiência e ao treinamento de cada grupo (BRASIL, 2007b) [D].

Referências

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-22, maio/jun. 2003. Suplemento.

104
BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. *Introdução da vacina meningocócica c (conjugada) no calendário de vacinação da criança: incorporação no 2º semestre de 2010*. Brasília: Editora MS, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. *Proposta para a Introdução da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) no calendário básico de vacinação da criança: incorporação em março de 2010*. Brasília: Editora MS, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **DST-AIDS**: vacinas. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS6B3265E4PTBRIE.html>>. Acesso em: 7 maio 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Informações sobre introdução de novos imunobiológicos aos calendários de vacinação da criança, adolescente, adulto e idoso**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/novos_imunobiologicos.pdf>. Acesso em: 7 maio 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. 3. ed. Brasília: Editora MS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Calendário básico de vacinação da criança**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=2146>. Acesso em: 7 maio 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centros de referência de imunobiológicos especiais**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indicacoes_cries.pdf>. Acesso em: 7 maio 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília: Editora MS, 2007b.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The National Institutes of Health. The HIV medicine association of the infectious diseases society of America. The Pediatric Infectious Diseases Society. **Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children**. June 2008. Disponível em: <<http://AIDSinfo.nih.gov>>. Acesso em: 7 maio 2012.

MOSS, W. J.; CLEMENTS, C. J.; HALSEY, N. A. Immunization of children at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, n. 1, p. 61-70, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Calendário vacinal 2008**. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2619&tipo_detalhe=s>. Acesso em: 7 maio 2012.

Monitorização do Crescimento

7

Não tinha percebido ainda que meu filho estivesse desnutrido. Ao pesar e medi-lo na unidade de saúde, fui orientada em como acompanhar seu ganho de peso na carteirinha da criança (Vera, 35 anos, mãe de Diego).

7.1 O crescimento da criança e aspectos epidemiológicos da criança brasileira

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Constitui um dos indicadores de saúde da criança [D]. O processo de crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou restringindo tal processo (BRASIL, 2002b) [D]. Deve-se valorizar também o crescimento intrauterino, pois diversos estudos atestam que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto (BARROS; VICTORA, 2008) [D].

O acompanhamento sistemático do crescimento e do ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade (BRASIL, 2001) [D] por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade (BRASIL, 2005a) [D]. Um estudo evidenciou melhorias no tocante ao conhecimento das mães sobre o crescimento de seus filhos com o aconselhamento baseado na utilização das curvas de crescimento (PINPOINT; GARNER, 2008).

A seguir, serão apresentados os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006. Os resultados são referentes à avaliação antropométrica da criança brasileira.

A prevalência de baixa estatura para as idades de crianças menores de 5 anos na população brasileira foi de 7% em 2006. A distribuição espacial dessa prevalência indica frequência máxima do problema na Região Norte (15%) e pouca variação entre as demais regiões (6% nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste e 8% na Região Sul). Deficits de peso em relação à altura, indicativos de casos agudos de desnutrição quando sua frequência ultrapassa 2% a 3%, foram encontrados em apenas 1,5% das crianças brasileiras menores de 5 anos, não ultrapassando 2% em qualquer região ou estrato social da população. Tal situação indica um equilíbrio adequado entre o acúmulo de massa corporal e o crescimento linear das crianças, apontando para o virtual controle de formas agudas de deficiência energética em todo o País.

Situações de excesso de peso em relação à altura foram encontradas em 7% das crianças brasileiras menores de 5 anos, variando de 6% na Região Norte a 9% na Região Sul, indicando exposição moderada à obesidade infantil em todas as regiões do País.

Avaliações da prevalência dos déficits de crescimento, em comparações preliminares das PNDS de 1996 e 2006, indicam redução de cerca de 50% na prevalência de baixa estatura na infância no

Brasil: de 13% para 7%. Na Região Nordeste, a redução foi excepcionalmente elevada, chegando a 67% (de 22,1% para 5,9%). Na Região Centro-Oeste, a redução foi de aproximadamente 50% (de 11% para 6%). Nas áreas urbanas da Região Norte, as únicas estudadas nessa região em 1996, a redução do referido indicador foi mais modesta, em torno de 30% (de 21% para 14%). Nas Regiões Sul e Sudeste, os dados indicam estabilidade estatística das prevalências.

108

Comparações quanto à prevalência de déficits de peso para altura confirmam a reduzida exposição da população a formas agudas de desnutrição (3% em 1996 e 2% em 2006). Comparações quanto à prevalência de excesso de peso para altura não indicam mudança na exposição da população à obesidade (cerca de 7% em ambos os inquéritos) (BRASIL, 2002b).

7.2 Monitorização e avaliação do crescimento

A vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança e, quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobrealimentação (ARAUJO et al., 2008), evitar que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e sua qualidade de vida futura (AERTS; GIUGLIANI, 2004) [D]. Estudos sobre a epidemiologia do estado nutricional têm dado mais atenção ao peso e ao índice de massa corpórea do que à altura (ARAUJO, 2008), porém a altura também tem sido associada a vários desfechos e causas de mortalidade (SORENSEN et al., 1999). O deficit estatural representa atualmente a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil (ROMANI; LIRA, 2004) [D].

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na Caderneta de Saúde da Criança (BARROS; VICTORA, 2008) [D].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a utilização dos valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS de 2006 (para crianças menores de 5 anos) e 2007 (para a faixa etária dos 5 aos 19 anos) (BRASIL, 2008) [D].

Em 2006, a OMS apresentou as novas curvas de crescimento infantil, que representam o crescimento infantil sob condições ambientais adequadas. O conjunto das novas curvas da OMS é um instrumento tecnicamente robusto e representa a melhor descrição existente do crescimento físico para crianças menores de 5 anos de idade (ONIS et al., 2004) [D]. Foi criado a partir da combinação de estudo longitudinal entre nascimento e 24 meses e estudo transversal de crianças entre 18 e 71 meses. Teve como base um estudo com amostras de 8.500 crianças saudáveis de quatro continentes. O padrão da OMS deve ser usado para avaliar crianças de qualquer país, independentemente de etnia, condição socioeconômica e tipo de alimentação (BRASIL, 2008) [D]. No entanto, para que uma criança seja efetivamente classificada dentro de um desses grupos de "desvio nutricional", é necessária a avaliação das características individuais e do meio onde ela vive, para que possamos atribuir as causas para ela estar fora da curva e agir sobre elas, quando possível.

Em 2007, a OMS apresentou as novas curvas de crescimento para as crianças dos 5 aos 19 anos (ONIS et al., 2004). Tais curvas foram construídas com a utilização das informações de 1977 do banco de dados do National Center for Health Statistics (NCHS) para as crianças dos 5 aos 19 anos. Foi utilizada a amostra original dos participantes de 1 a 24 anos. Além disso, acrescentaram-se os dados de crianças de 18 a 71 meses provenientes do padrão de crescimento da OMS, para facilitar o alisamento na transição aos 5 anos de idade. Foram aplicados os métodos estatísticos mais atuais para o desenvolvimento de referências para crianças pré-escolares (ONIS et al., 2007).

A Caderneta de Saúde da Criança utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) os seguintes gráficos: perímetro cefálico (de zero a 2 anos), peso para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), comprimento/estatura para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), índice de massa corporal (IMC) para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos).

A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação permite que a criança seja mais bem avaliada na sua relação peso vs. comprimento (para menores de 2 anos) ou peso vs. altura (para maiores de 2 anos). Tal parâmetro auxilia na classificação de crianças que em um determinado período estiveram desnutridas e tiveram o comprometimento de sua estatura, possibilitando uma melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura. Já o peso por idade limita-se a mostrar se a criança está com peso abaixo do recomendado para a sua idade, mas não mostra se a sua estatura já foi comprometida. O IMC já foi validado em crianças como bom marcador de adiposidade e sobre peso, apresentando estreita correlação com outros parâmetros que avaliam a porcentagem de gordura corpórea, como as pregas cutâneas, a densitometria e a bioimpedância eletromagnética (TANAKA et al., 2001). Além da validação do IMC como bom marcador de adiposidade em crianças, o interesse pelo seu uso cresceu à medida que se notou que o IMC mensurado na infância pode ser preditivo em relação ao IMC na idade adulta (LYNCH; WANG; WILCKEN, 2000). Alguns autores (Guo et al., 2002) encontraram correlação positiva em adolescentes com altos valores de IMC e risco de sobre peso e obesidade na idade adulta, além de já se ter evidências da associação dos valores do IMC em crianças menores de 2 anos com obesidade na adolescência e na idade adulta (BROCK; FALCÃO; LEONE, 2004). Por isso, recomenda-se o seu uso desde o nascimento (CARDOSO; FALCAO, 2007).

O cálculo do IMC deverá ser realizado a partir da aplicação da fórmula a seguir, após realizada a mensuração de peso e altura ou de comprimento da criança. As crianças menores de 2 anos deverão ser mensuradas deitadas em superfície lisa (comprimento) e as crianças maiores de 2 anos deverão ser mensuradas em pé (altura). A Caderneta de Saúde da Criança apresenta as tabelas de IMC calculadas e orienta as pessoas sobre o seu uso.

Fórmula para cálculo do IMC:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2(\text{m})}$$

As tabelas a seguir apresentam os pontos de corte para a avaliação do crescimento da criança que podem ser avaliados a partir do registro dos dados antropométricos nas curvas disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança e pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), do MS.

Tabela 5 – Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > +2	Peso elevado para a idade.
Percentil ≥ 3 e 97	Escore z ≥ -2 e +2	Peso adequado para a idade.
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Peso baixo para a idade.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Peso muito baixo para a idade.

Fonte: BRASIL, 2008a.

Tabela 6 – Pontos de corte de comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil ≥ 3	Escore z > +2 Escore z ≥ -2 e +2	Comprimento/altura adequado para a idade.
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Comprimento/altura baixo para a idade.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Comprimento/altura muito baixo para a idade.

Fonte: BRASIL, 2008a.

Tabela 7 – Pontos de corte de IMC por idade para menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 99,9	Escore z > +3	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos).
Percentil > 97 e 99,9	Escore z +2 e +3	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil > 85 e 97	Escore z > +1 e < +2	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil ≥ 3 e 85	Escore z ≥ -2 e +1	IMC adequado.
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Magreza.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Magreza acentuada.

Fonte: BRASIL, 2008a.

A vigilância alimentar e nutricional pressupõe o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar da população. Neste sentido, o Ministério da Saúde adota o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), destinado a atender todas as fases da vida dos indivíduos, sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

7.3 Condutas recomendadas para algumas situações de desvio no crescimento

A seguir, serão apresentadas algumas considerações sobre o manejo de situações de desvio no crescimento da criança com até 5 anos de idade (BRASIL, 2001) [D].

111

Sobrepeso ou obesidade

- Verifique a existência de erros alimentares, identifique a dieta da família e oriente a mãe ou o cuidador a administrar à criança uma alimentação mais adequada, de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável para a criança (veja as orientações no capítulo 9, referente à alimentação saudável).
- Verifique as atividades de lazer das crianças, como o tempo em frente à televisão e ao videogame, estimulando-as a realizar passeios, caminhadas, andar de bicicleta, praticar jogos com bola e outras brincadeiras que aumentem a atividade física.
- Encaminhe a criança para o Nasf, se tal possibilidade estiver disponível.
- Realize a avaliação clínica da criança.

Magreza ou peso baixo para a idade

Para crianças menores de 2 anos:

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame.
- Oriente a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade (veja o capítulo 9, referente à alimentação saudável).
- Se a criança não ganhar peso, solicite seu acompanhamento no Nasf, se tal possibilidade estiver disponível.
- Oriente o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

Para crianças maiores de 2 anos:

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, para as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.
- Trate as intercorrências clínicas, se houver.
- Solicite o acompanhamento da criança no Nasf, se tal possibilidade estiver disponível.
- Encaminhe a criança para o serviço social, se isso for necessário.
- Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

Magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame (especialmente para os menores de 2 anos), a alimentação, as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.
- Trate as intercorrências clínicas, se houver.
- Encaminhe a criança para atendimento no Nasf.
- Encaminhe a criança para o serviço social, se este estiver disponível.
- Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

112

7.4 Particularidades da criança prematura ou com restrição do crescimento intrauterino

O acompanhamento do crescimento de crianças pré-termo ou com baixo peso para a idade gestacional exige um cuidado maior, pois elas não tiveram seu crescimento intrauterino adequado.

O acompanhamento ideal das crianças pré-termo exige a utilização de curvas específicas (NIKLASSON; WIKLAND, 2008) ou que se corrija a idade cronológica até que completem 2 anos de idade para a utilização das curvas-padrão. A idade corrigida (idade pós-concepção) traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade. Considerando-se que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar o número de semanas que faltaram para o feto atingir essa idade gestacional (RUGOLO, 2005), ou seja, para uma criança nascida com 36 semanas, o peso aos 2 meses será registrado na idade de um mês. A maioria dos autores recomenda utilizar a idade corrigida na avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças pré-termo no mínimo até os 2 anos de idade, para não subestimá-los na comparação com a população de referência (SCHILINDWEIN, 2008) [D]. A correção pela idade gestacional permite detectar mais precisamente um período de crescimento compensatório, que geralmente ocorre próximo do termo, para crianças pré-termo de diversas idades gestacionais (KOSINSKA, 2006). O crescimento compensatório (catch up) é caracterizado por uma velocidade acelerada no crescimento, que ocorre após um período de crescimento lento ou ausente, o que permite que crianças pré-termo que apresentam peso, comprimento e perímetro cefálico abaixo do percentil mínimo de normalidade nas curvas de crescimento pós-natal consigam equiparar o seu crescimento ao de lactentes a termo nos primeiros anos de vida. Em geral, ocorre primeiro com o perímetro cefálico, seguido pelo comprimento e depois pelo peso (RUGOLO, 2005).

Crianças que, além de prematuras, apresentaram restrição de crescimento intrauterino têm médias inferiores de peso, comprimento e perímetro cefálico aos 2 anos de idade corrigida, quando comparadas com crianças-controle da mesma idade gestacional. A restrição do crescimento pós-natal, mais especificamente o menor perímetro cefálico, por sua vez, relaciona-se com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 2 anos de idade corrigida (RIJKEN et al., 2007).

Embora toda criança com peso de nascimento inferior a 2.500g seja considerada de risco, bebês pré-termo (nascidos com menos de 37 semanas de gestação) com peso adequado para a idade gestacional têm melhor prognóstico (excetuando-se os de menos de 1.000g), especialmente aqueles que vivem em condições ambientais favoráveis. Tais crianças apresentam crescimento pós-natal compensatório, chegando ao peso normal para a idade ainda durante o primeiro ano de vida (BARROS; VAUGAHAN; VICTORA, 1988).

Toda criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada criança de risco nutricional e deve ser acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida (BRASIL, 2001) [D]. Isso não apenas pelo risco ampliado de internações (MATIJASEVICH, 2008) [B] e maior mortalidade infantil no primeiro ano de vida (SANTOS et al., 2008) [B], mas também pelo risco ampliado de desenvolver doenças crônico-degenerativas na vida adulta, tais como hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e diabetes, quando ao longo da vida há um ganho excessivo de peso (BARROS; VICTORA, 2008) [D].

O peso ao nascer, que é reflexo do desenvolvimento intrauterino, está inversamente ligado à suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses (HALPERN et al., 2008) [B]. Da mesma forma, o comprimento ao nascer reflete o crescimento intrauterino. Por tal razão, tem sido sugerido que isso pode afetar mais tarde a altura (SORENSEN et al., 1999) [D]. Além disso, o crescimento pós-natal também tem sido relacionado com a altura alcançada na idade adulta (ARAUJO, 2008; WELLS et al., 2005) [B]. Justifica-se, então, um acompanhamento diferenciado do desenvolvimento das crianças com baixo peso ao nascer e as provenientes de famílias com condições socioeconômicas menos favoráveis durante o primeiro ano de vida (HALPERN et al., 2008) [B].

As crianças com baixa estatura para a idade tendem a ter menor rendimento escolar no futuro, redução da produtividade econômica, menor altura e, no caso das mulheres, descendentes com menor peso ao nascer (WORLD BANK, 2008; VICTORA et al., 2008). Como agravante, as crianças que sofreram restrição do seu crescimento intrauterino ou nos dois primeiros anos de vida e que mais tarde passaram a ganhar peso rapidamente estão particularmente em risco de adquirir doenças crônicas cardiovasculares e metabólicas (PRENTICE, 2008). Isso sugere que o dano sofrido no início da vida lev a à incapacidade permanente e pode afetar também as gerações futuras. Sua prevenção provavelmente irá trazer importantes benefícios de saúde, educação e econômicos (VICTORA et al., 2008) [D].

Referências

114

AERTS, D. R.; GIUGLIANI, E. R. Vigilância do estado nutricional da criança. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. (Ed.). **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, p.180-189.

ARAUJO, C. L. P. et al. . Size at birth and height in early adolescence: a prospective birth cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

BARROS, F. C.; VAUGAHAN, J. P.; VICTORA, C. G. Crescimento e desnutrição. In: _____. **Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras**. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 94-116.

BARROS, Fernando C.; VICTORA, Cesar G.. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, 2008. Suplemento 3. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Editora MS, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Editora MS, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/curvas_oms_2006_2007.pdf>. Acesso em: 21 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Editora MS, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Editora MS, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. mar. 2001. Disponível em: <<http://www.educacao fisica.com.br/biblioteca/fundamentos-tecnico-cientificos-e-orientacoes-para-o-acompanhamento-do-crescimento-e-desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Editora MS, 2002b. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A: Normas e manuais técnicos, 173).

_____. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** norma técnica. Brasília: Editora MS, 2011.

BROCK, R. S.; FALCÃO, M. C.; LEONE, C. Body mass index references values for newborn according to gestational age. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 23, p. 766, 2004.

CARDOSO, L. E. B.; FALCAO, M. C. Importância da avaliação nutricional de recém-nascidos pré-termo por meio de relações antropométricas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

GUO, S. S. et al. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 76, n. 3, p. 653-658, Sep. 2002.

HALPERN, Ricardo et al. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, [s.n.], v. 24, p. 444-450, 2008. (Suplemento 3). Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

KOSINSKA, M. Two methods for estimating age of newborns in catch-up growth studies. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 82, n. 9, p. 575-582, Sep. 2006.

KRUGMAN, S. D.; DUBOWITZ, H. Failure to Thrive. **American Family Physician**, Kansas City, v. 68, n. 5, Sep. 2003. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp>>. Acesso em: 7 maio 2012.

LYNCH, J.; WANG, X. L.; WILCKEN, D. E. Body mass index in Australian children: recent changes and relevance of ethnicity. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 82, n. 1, p. 16-20, Jan. 2000.

MATIJASEVICH, Alicia et al. Hospitalizations during infancy in three population-based studies in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, [s.n.], v. 24, p. 437-443, 2008. Suplemento 3. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

MORAN, R. Evaluation and treatment of childhood obesity. **American Family Physician**, Kansas City, v. 59, n. 4, Feb. 1999. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

NIKLASSON, A.; WIKLAND, K. A. Continuous growth reference from 24th week of gestation of 24 months by gender. **BMC Pediatrics**, Sweden, v. 8, n. 8, p. 1-14, Feb. 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com>>. Acesso em: 7 maio 2012.

ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 9, Sep. 2007.

ONIS, M. et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning, and implementation. **Food and Nutrition Bulletin**, Geneva, World Health Organization, v. 25, p. 1-45, 2004. Suplemento. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth>>. Acesso em: 7 maio 2012.

PINPOINT, R.; GARNER, P. Growth monitoring in children. **The Cochrane Library**, Issue 2, 2008. Oxford: Update.

PRENTICE, A. M. New challenges in studying nutrition-disease interactions in the developing world. **Journal of Clinical Investigation**, New York, v. 118, n. 4, p. 1322-1329, Apr. 2008.

RIJKEN, M. et al. The effect of perinatal risk of perinatal risk factors on growth in very preterm infants at 2 years of age: the leiden follow-up project on prematurity. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 83, n. 8, p. 527-534, 2007.

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do desenvolvimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 4, n. 1, p.15-23, jan./mar., 2004.

RUGOLO, L. M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 101-110, 2005. Suplemento.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

SANTOS, Iná S. et al. Infant mortality in three population-based cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, [s.n.], v. 24, p. 451-460, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

SCHILINDWEIN, C. F. **Curvas de crescimento de pré-termos de muito baixo peso adequados e pequenos para a idade gestacional nos dois primeiros anos de vida**. 2008. 69 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Pediatria, Porto Alegre, 2008.

SILLS, R. H. Failure to thrive. The role of clinical and laboratory evaluation. **American Journal of Diseases of Children**, Chicago, v. 132, n. 10, p. 967-969, Oct. 1978.

SORENSEN, H. T. et al. Birth weight and length as predictors for adult height. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 149, n. 8, p. 726-729, Apr. 1999.

TANAKA, T. et al. Association between birth weight and body mass index at 3 years of age. **Pediatrics International**, Carlton, v. 43, n. 6, p. 641-646, 2001.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **Lancet**, London, v. 371, n. 9609, p. 340-357, Jan. 2008.

WELLS, J. C. K. et al. Fetal, infant and childhood growth: relationships with body composition in Brazilian boys aged 9 years. **International Journal of Obesity**, London, v. 29, n. 10, p. 1192-1198, Oct. 2005.

WILLIAM, J. K. Clinical evaluation of the obese child and adolescent. **Uptodate**, Feb. 2008. Disponível em: <<http://www.uptodate.com.br>>. Acesso em: 4 dez. 2008.

WILLIAMS, C. L. et al. Management of childhood obesity in pediatric practice. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 817, p. 225-240, 1997.

WORLD BANK. Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action. Washington, DC, USA: 2006. p. In: PRENTICE, A. M. et al. . New challenges in studying nutrition-disease interactions in the developing world. **J Clin Invest.** [s.l.], v. 118, n. 4, p. 1322-1329, Apr. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development.** Geneva: WHO, 2006.

Acompanhamento do Desenvolvimento

8

O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (RAPAPORT, 1981) [D].

Costuma-se falar em desenvolvimento de forma distinta entre desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, como uma forma de facilitar o estudo do desenvolvimento humano. Mas cabe apontar que tais aspectos estão interligados e influenciam-se mutuamente durante a vida do indivíduo (BRASIL, 2002) [D].

Na estrutura fisiológica humana, o que é inato não é suficiente para produzir um indivíduo sem a participação do meio ambiente. Tudo em um ser humano (suas características, seus modos de agir, pensar, sentir, seus valores, etc.) depende da sua interação com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade.

A interação da criança com os membros de sua família e com a sua rede social de proteção assegura a sua sobrevivência e a sua relação com o mundo, contribuindo para o seu desenvolvimento psicossocial. Na sua relação com os adultos, ela assimila habilidades que foram construídas pela história social ao longo do tempo, tais como as habilidades de sentar, andar, falar, controlar os esfíncteres etc.

Durante os dois primeiros anos, um aspecto importantíssimo do seu desenvolvimento é o desenvolvimento afetivo, caracterizado no apego, que é o vínculo afetivo básico.

A criança estabelece o vínculo com as pessoas que interagem com ela de forma privilegiada, com características de condutas, representações mentais e sentimentos.

Nos anos pré-escolares, diferentes dimensões e estilos paternos têm efeitos sobre diferentes aspectos do desenvolvimento social e das personalidades das crianças: autoestima, desenvolvimento moral, conduta pró-social, autocontrole etc. Além da família, não podemos nos esquecer da escola, que se transforma rapidamente em um importante contexto de socialização, que se encarrega, principalmente, da transmissão do saber organizado, que é o produto do desenvolvimento cultural.

8.1 Acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (BARROS, 2008) [D].

A criança deve atravessar cada estádio segundo uma sequência regular, ou seja, os estádios de desenvolvimento cognitivo são sequenciais. Se a criança não for estimulada ou motivada no devido momento, ela não conseguirá superar o atraso do seu desenvolvimento. Afinal, o desenvolvimento infantil se dá à medida que a criança vai crescendo e vai se desenvolvendo de acordo com os meios onde vive e os estímulos deles recebido.

A identificação de problemas (tais como: atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros) é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIERAS, 2003) [D]. Portanto, são de relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitivas nas consultas de supervisão de saúde (DRACHLER; LEITE apud DUNCAN et al., 2004; FLAVELL, 1996; AMERICAN..., 2008; INSTITUTE..., 2007; U.S. PREVENTIVE..., 2006) [D].

As avaliações do desenvolvimento infantil devem sempre levar em consideração as informações e opiniões dos pais e da escola sobre a criança (FLAVELL, 1996; OPAS, 2005) [D]. Recomenda-se procurar ouvir, informar e discutir assuntos que dizem respeito às habilidades desenvolvidas e à maneira como a criança as explora, relacionando-as aos riscos de lesões não intencionais e às medidas para a sua prevenção (BARROS, 2008) [D].

O quadro, a seguir, descreve aspectos do desenvolvimento das crianças menores de 10 anos.

Quadro 10 – Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	<p>Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.</p> <p>Reflexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Prensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	<p>Entre 2 e 3 meses: sorriso social.</p> <p>Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros.</p> <p>Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).</p>
4 meses	<p>Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos.</p> <p>Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.</p> <p>Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.</p>
6 meses	<p>Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto".*</p> <p>A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio.</p> <p>Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha.</p> <p>Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.</p>
9 meses	<p>Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio.</p> <p>Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.</p>
12 meses	<p>Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho.</p> <p>Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.</p>

continuação

124

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	<p>Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus.</p> <p>Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais).</p> <p>Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.</p>
De 4 a 6 anos	<p>Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio.</p> <p>Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes.</p> <p>A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta.</p> <p>Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima.</p> <p>Os amigos assumem importância fundamental.</p> <p>A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa).</p>
De 7 a 9 anos	<p>A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, “fechando” algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc.</p> <p>A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.</p>
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Fonte: COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995; REGO, 1999; ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).

Legenda:

- * *Noção de permanência do objeto:* capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo. Em torno de um ano de idade, esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês.

8.2 Distúrbios no desenvolvimento

Os fatores de risco para problemas de desenvolvimento podem ser classificados em genéticos (por exemplo: síndrome de Down), biológicos (por exemplo: prematuridade, hipóxia neonatal, meningites) e/ou ambientais (fatores familiares, de ambiente físico, fatores sociais) (OPAS, 2005; MIRANDA; RESEGUE; FIGUIERAS, 2003) [D]. No entanto, a maior parte dos traços de desenvolvimento da criança é de origem multifatorial e representa a interação entre a herança genética e os fatores ambientais (NEWCOMBE, 1999; BARROS, 2003; HALPERN; FIGUIERAS, 2004) [D].

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são eventos que aumentam o risco da criança para alterações globais em seu desenvolvimento (tais como: distúrbios de linguagem, de motricidade, de aprendizagem e atraso neuropsicomotor), podendo, contudo, evoluir durante os primeiros dois anos de vida para padrões de normalidade na maioria dos casos. No entanto, as maiores taxas de deficiência ocorrem nas menores faixas de peso e idade gestacional, tendo correlação com a incidência de complicações no período neonatal (OLIVEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003) [B].

Estudos revelam que as crianças com baixo peso ao nascer tiveram quatro vezes mais chances de apresentar problemas em relação àquelas com maior peso. Além disso, o fator prematuridade teve mais chances (60%) de evidenciar problemas no desenvolvimento (HALPERN et al., 2000) [B].

A manifestação de dificuldades no desenvolvimento é muito variável e pode ser de ordem mental, física, auditiva, visual ou relacional. O *deficit* mental caracteriza-se por um estado de redução notável do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, que se inicia durante o período de desenvolvimento da criança e está associado a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, atividades de vida diária, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, aptidões escolares, lazer e trabalho. A hipóxia perinatal e as infecções congênitas são as condições mais prevalentes que levam as crianças a apresentar *deficit* mental (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIERAS, 2003) [D].

Os distúrbios com predomínio motor (como, por exemplo, a paralisia cerebral) costumam ser diagnosticados mais facilmente do que os de linguagem ou os cognitivos. No entanto, estes últimos têm maior correlação com o progresso do desenvolvimento do que as alterações na evolução do comportamento motor. Embora as deficiências graves possam ser reconhecidas ainda na infância, distúrbios de linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são facilmente diagnosticados antes dos três ou quatro anos de idade. Da mesma forma, distúrbios de aprendizagem raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola (OPAS, 2005; HALPERN et al., 2000) [B].

Os distúrbios do desenvolvimento de predomínio relacional caracterizam-se por distúrbios na interação social e na comunicação. Uma parte de tais crianças apresenta *deficits* cognitivos, sendo o autismo a doença mais grave deste amplo espectro de entidades (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIERAS, 2003) [D].

O tratamento de uma criança com distúrbio do desenvolvimento poderá ser individualizado ou ser feito em grupo e depende muito de sua complexidade. O adequado manejo poderá variar, podendo ser feito mediante orientações aos pais sobre a importância da relação entre o desenvolvimento da criança e a maneira como eles lidam com isso. De igual forma, pode ocorrer por intermédio da interação dos pais com a criança nos casos de falta de estímulo. Também pode haver a necessidade de exames complementares e tratamento imediato de doenças associadas, como a toxoplasmose ou o hipotireoidismo congênito. O tratamento funcional deve ser instituído a todos os casos independentemente da etiologia. Inúmeras experiências demonstram que a estimulação nos primeiros anos de vida, para crianças com atraso no desenvolvimento já estabelecido ou naquelas com risco de atraso, melhora seu desempenho, devendo, portanto, seu início ser incentivado o mais precocemente possível (OPAS, 2005; MIRANDA; RESEGUE; FIGUIERAS, 2003; HALPERN et al., 2000) [B]. A Caderneta de Saúde da Criança apresenta informações que auxiliam os pais na tomada de decisão quando for identificada alguma alteração no desenvolvimento de seus filhos.

Na Caderneta de Saúde da Criança encontram-se, ainda, considerações e orientações importantes sobre a criança autista e a criança com síndrome de Down.

Quadro 11 – Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetrocefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.*

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2011.

Legenda:

* Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser avaliada em 30 dias.

8.3 Orientações aos pais

No dia a dia dos serviços, os profissionais de saúde podem orientar os pais em relação ao desenvolvimento das funções fisiológicas e comportamentais da criança, tais como: choro, padrão de sono, controle de esfíncteres, sexualidade e disciplina (BLANK apud DUNCAN et al., 2004) [D]. A seguir, alguns destes assuntos são comentados.

8.3.1 O controle de esfíncteres

Um estudo aponta que o controle esfíncteriano é reconhecido como um marco do desenvolvimento infantil (MOTA; BARROS, 2008) [D]. Os métodos utilizados e a época do início do treinamento são variáveis, dependendo de cada cultura. No entanto, constata-se que o controle vem sendo postergado na maioria dos países. Observa-se também que o início precoce, sem respeitar a maturação da criança, aumenta o risco para o aparecimento de disfunções, como enurese, encoprese, constipação e recusa em ir ao banheiro. Conforme estudo de coorte realizado em Pelotas (RS) (2004), a maioria dos pais apresenta expectativas irrealistas relacionadas à idade ideal para treinamento, não levando em consideração o estágio do desenvolvimento e as habilidades necessárias para o controle dos esfíncteres. A idade ideal para iniciar o processo educativo varia de criança para criança: algumas entre 18 e 24 meses já mostram sinais de que estão prontas; outras não se mostram prontas antes dos dois anos e meio (MOTA; BARROS, 2008) [D]. Considera-se um início precoce o processo educativo realizado a partir de idade em torno dos 18 meses. Por sua vez, é tido como um treinamento tardio o processo realizado após os 36 meses. O importante é identificar quando a criança está pronta para esta etapa e, então, auxiliá-la sem cobrança de resultados, isto é, sem estresse. O treinamento vai exigir muita paciência e determinação dos pais e de quem mais cuidar da criança. Para as crianças que estão na escola, é importante orientar os pais para que repitam em casa a mesma rotina escolar.

8.3.2 Padrão de sono e dificuldades para dormir

Os recém-nascidos dormem tanto durante o dia quanto à noite, mas, depois de algumas semanas, o sono diurno começa a diminuir. Em torno dos 6 meses de vida, os bebês começam a ter padrões de sono, embora isso varie muito entre eles. A quantidade total de horas de sono de que os bebês precisam e o número de sonecas diárias diminuem ao longo dos primeiros anos de vida, tendo uma média de 13 horas de sono por dia aos 2 anos de idade, com variações individuais. Bebês que não desenvolvem uma regularidade evidente de sono e vigília podem estar demonstrando algum problema, como uso de droga pela mãe durante a gravidez ou dano cerebral (BRASIL, 2002) [D].

As crianças que apresentam problemas de sono necessitam de uma história focalizada em comportamentos durante o sono e a vigília. Avaliam-se questões como a idade de início do problema, em que circunstâncias ele ocorre, o prejuízo que causa à criança e a seus cuidadores, a persistência do problema e os fatores associados com a melhora e a piora dos sintomas. Também é útil avaliar as expectativas da família relacionadas com o sono, a história familiar de transtorno de sono e a descrição das práticas habituais de sono da família. Realiza-se um diário do sono, ou seja, uma descrição temporal do sono da criança em 24 horas, durante uma ou duas semanas, e compara-se o resultado com o esperado para a sua idade. É importante discutir com os pais as condutas e os manejos gerais diante desses transtornos: em primeiro lugar, ambos os pais devem estar de comum acordo em relação à rotina para a hora de dormir; caso contrário, a criança percebe a ambivalência. Uma rotina coerente é importante e permite o estabelecimento de um ciclo sono-vigília adequado (ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004) [C].

A rotina para um sono tranquilo deve ser estabelecida para as crianças o mais cedo possível. É importante que, ao anoitecer, o movimento da casa seja modificado. Menos barulho e menos iluminação são fundamentais para manter um ambiente mais sereno. Pode-se introduzir também o que chamamos de “ritual para uma boa noite de sono”, que deve ser ocorrer diariamente. Primeiro, a criança deve ser alimentada; em seguida, deve tomar um banho (esta ordem pode ser alterada de acordo com a própria rotina da família). Depois, ela é encaminhada para a sua cama. Neste momento, é importante que os pais expliquem para a criança (sem pressão, porém, às vezes, com firmeza) que chegou a hora de dormir. Os hábitos de contar uma história, ouvir uma música de suave melodia ou fazer uma massagem podem ajudar a criança a dormir mais relaxada. Devem ser evitados estímulos com televisão, computador ou luz acesa, o que pode reduzir a qualidade do sono da criança.

8.3.3 Comportamento

A partir dos 2 anos, a criança desenvolve seu senso de identidade, reconhecendo-se como uma pessoa, atribuindo conceitos a si mesma. É um momento em que a criança começa a reivindicar maior autonomia, quando os pais devem ajudá-la a fixar os limites e, ao mesmo tempo, encontrar sua autonomia e ter maior independência. Ao encararem as expressões de vontade própria da criança como um esforço normal e saudável por independência, e não como teimosia, os pais e cuidadores podem ajudá-la a adquirir o autocontrole, contribuir para seu senso de competência e evitar conflitos excessivos. É importante apontar também que nessa idade as crianças aprendem muito pela observação, de forma que o exemplo dos pais torna-se uma fonte importante para a criança identificar comportamentos aceitáveis e inaceitáveis (NEWCOMBE, 1999). Este é um momento em que a equipe de saúde pode contribuir, ajudando os pais a encontrar o equilíbrio entre a flexibilidade necessária para a exploração da autonomia e a colocação de limites claros e consistentes, também necessários para que a criança aprenda a se autocontrolar.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **AAFP summary of recommendations for clinical preventive services tool.** 2008. Disponível em: <<http://www.aafp.org/online/en/home/membership/resources/aafp-pda-downloads/clinprev.html>>. Acesso em: 18 ago. 2008.

BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

BARROS, K. M. F. T. et al. Influências do ambiente podem alterar a aquisição de habilidades motoras?: uma comparação entre pré-escolares de creches públicas e escolas privadas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2A, p. 170-175, jun. 2003.

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

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-22, 2003. Suplemento.

BLANK, D. Consulta clínica na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e Educação: psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

COMISSION INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA INFANCIA. Documento marco: propuesta preliminar, octubre 1996. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda**, Buenos Aires, v. 17, n. 1, p. 39-43, 1998.

DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C. Promoção e proteção do desenvolvimento da criança. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 190-199.

FLAVELL, J. H. **A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget**. São Paulo: Pioneira, 1996.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr. 2004. Suplemento.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVMENT. **Health care guideline: preventive services for children and adolescents.** 13. ed. Bloomington, Oct. 2007. Disponível em: <http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/_preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html>. Acesso em: 23 set. 2008.

130
LASTA, R.; HALPERN, R. Perfil de desenvolvimento das crianças do Programa Mãe Canguru de um hospital público. **Arquivos Médicos da Universidade Luterana do Brasil**, Canoas, v. 9, n. 2, 2006.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUIERAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003. Suplemento.

MOTA, D. M.; BARROS, A. J. Treinamento esfíncteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 9-17, jan./fev. 2008.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

OLIVEIRA, L. N.; LIMA, M. C. M. P.; GONÇALVES, V. M. G. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: aquisição da linguagem. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 2-7, set. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

RAPPAPORT, C. R. **Psicologia do Desenvolvimento: teoria do desenvolvimento - conceitos fundamentais**. São Paulo: EPU, 1981. V. 1.

REESE, N. B. **Teste de função muscular e sensorial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCHNEID, S. et al. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 104-114, abr./jun. 2003.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for speech and language delay in preschool children. In: _____. **Guide to clinical preventive services**. feb. 2006.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Promoção da saúde mental na infância. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Alimentação Saudável

9

Para mim, a primeira vez [de amamentar] foi bem desastrosa. Parecia que nem eu nem ele sabíamos o que estávamos fazendo. Depois, foi maravilhoso. A coisa [de] que [eu] mais gostava era a chegada da hora de mamar. É um momento único. Gosto de chegar (...) [à minha] casa e dar [de] mamar. Coisa bem de mãe e filho. Só eu que faço isso. Não (...) [há possibilidade de] ninguém substituir (Luciana, mãe de Guilherme).

133

Comer é bom, é delicioso, é saboroso! (Elisa, 5 anos).

Cuidar da alimentação é legal, porque não botam apelidos, a gente corre mais, ninguém pega e joga melhor futebol (Matheus, 9 anos).

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; WHO, 1998; SOCIEDADE..., 2006) [D].

Uma alimentação saudável ou uma “boa prática alimentar” foi definida por especialistas reunidos em Montpellier em 2005 (SOCIEDADE..., 2006; WHO, 2002) como a ingestão de alimentos adequados em quantidade e qualidade para suprir as necessidades nutricionais, permitindo um bom crescimento e desenvolvimento da criança. Considera-se também que a consistência adequada dos alimentos pode proteger a criança de aspiração. Além disso, sua quantidade não deve exceder a capacidade funcional dos seus sistemas orgânicos cardiovascular, digestório e renal (SOCIEDADE..., 2006; BROWN et al., 1995) [D].

O Caderno de Atenção Básica (CAB) específico sobre aleitamento materno e alimentação complementar (BRASIL, 2009a) traz informações completas sobre a alimentação saudável nos primeiros anos de vida. No entanto, algumas considerações serão também descritas a seguir.

A abordagem da criança pela equipe de saúde deve destacar a importância dos hábitos alimentares na promoção da saúde. Tal prática possibilita o controle dos desvios alimentares e nutricionais e a prevenção de várias doenças na infância e na vida adulta futura, entre as quais as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, o sobrepeso e a obesidade (SOCIEDADE..., 2006; BRASIL, 2004; SOCIEDADE..., 2005a) [D].

9.1 Aleitamento materno e aspectos epidemiológicos do aleitamento materno no Brasil

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno (BRASIL, 2004), que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida (SOCIEDADE..., 2006; MONTE; GIUGLIANI, 2004; WHO, 2001; KRAMER; KAKUMA, 2002; DEWEY et al., 2001;

EUROPEAN..., 2008. P. 99-110) [A]. Já a partir dos 6 meses de vida, devem ser introduzidos alimentos complementares ao aleitamento materno, por dois anos ou mais (WHO, 2001).

A situação do aleitamento materno no Brasil tem melhorado. Estudos mostram que a tendência de aumento da prática da amamentação é progressiva e persistente, porém ainda há espaço para melhorias (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007).

Resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 serão descritos a seguir. Tais conclusões possibilitam uma avaliação da prática de aleitamento materno no Brasil. Embora 96% das crianças menores de 60 meses tenham sido amamentadas alguma vez, a PNDS de 2006 mostra que ainda falta muito para se alcançar, no Brasil, o padrão de aleitamento materno recomendado pelos organismos de saúde internacionais e nacionais. Entre as mães entrevistadas, 43% relataram ter amamentado seus filhos na primeira hora após o parto. A prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças de zero a 3 meses é ainda baixa (45%), ainda que discretamente mais alta do que constatado na PNDS de 1996 (40%). Com relação à faixa etária de 4 a 6 meses, o aleitamento exclusivo caiu para 11% em 2006.

O aleitamento materno complementado ocorreu para 32% na faixa de zero a 3 meses e 56% entre 4 a 6 meses em 2006, sendo que 23% das crianças estavam completamente desmamadas na faixa de zero a 3 meses e 33% na faixa de 4 a 6 meses. Nesta última faixa etária, 35% das crianças já consumiam “comida de sal”, o que evidencia uma dieta inadequada para a idade (VITOLO, 2008).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 2008, constatou os seguintes indicadores: amamentação na primeira hora de vida – 67,7%; aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses – 41%; mediana de aleitamento materno exclusivo – 54 dias; prevalência de aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses – 58,7%; mediana de aleitamento materno – 11,2 meses.

Da PNDS de 2006 para a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, houve um aumento da amamentação na primeira hora de vida, mostrando que têm surtido resultados positivos as ações de saúde pública desenvolvidas pelos profissionais de saúde e voltadas para a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno.

9.1.1 Aconselhamento em amamentação

Os profissionais de saúde devem disponibilizar o tempo que for necessário para dar apoio à mãe e ao seu bebê durante o início e a manutenção da amamentação (NATIONAL..., 2012) [D]. O aconselhamento comportamental e a educação para a prática de aleitamento materno são procedimentos recomendados (NATIONAL..., 2006) [B]. Eles podem ser iniciados desde a primeira consulta de pré-natal. O apoio à amamentação deve ser disponibilizado independentemente do local de prestação de cuidados (NATIONAL..., 2012) [A]. Além disso, as mães devem receber informações de como buscar suporte à prática de amamentar (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) [C].

A frequência e a duração ilimitada (livre demanda) das mamadas devem ser incentivadas (NATIONAL..., 2012; HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) [A]. A mãe deve ser orientada sobre os sinais que indicam que o bebê está pronto para mamar (movimento dos olhos, da cabeça, sinais de procura com a língua para fora, agitação dos braços, mãos na boca, etc.), não sendo necessário esperar o choro do bebê.

Os profissionais devem conversar sobre a experiência de amamentar e identificar as dificuldades da amamentação. A depressão materna pós-parto é fator de risco para desmame precoce (VIEIRA et al., 2006) [B], o que reforça a importância de que o profissional de saúde esteja atento para os sinais de depressão puerperal.

Técnica de amamentação:

A técnica de amamentação está adequada quando:

- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama da mãe e o queixo está tocando-a.
- A boca está bem aberta.
- O lábio inferior está virado para fora.
- As bochechas estão arredondadas (não encovadas) ou achatadas contra a mama.
- Vê-se pouco a aréola durante a mamada (mais a porção superior da aréola do que a inferior).
- A mama parece arredondada, não repuxada.
- As sucções são lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração).
- A mãe pode ouvir o bebê deglutindo.
- O corpo do bebê está totalmente voltado para o corpo da mãe (posição de barriga com barriga) e um dos braços está ao redor do corpo da mãe.
- A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados.
- A mãe está sentada de forma confortável e relaxada.

- Não é necessário limpar os mamilos antes das mamadas. Banho diário e uso de um sutiã limpo são suficientes.

Caso se observe alguma das situações relacionadas a seguir, faz-se necessária reavaliação da técnica de amamentação:

- 136
- O bebê apresenta as bochechas encovadas durante a sucção ou realiza ruídos audíveis da língua.
 - A mama da mãe está esticada/deformada durante a mamada ou os mamilos estão com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama.
 - A mãe apresenta dor durante a amamentação (DUNCAN, 2004).

9.1.2 Benefícios do aleitamento materno

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Além disso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) [B]. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses (salvo em alguns casos individuais), o que pode, inclusive, trazer prejuízos à saúde da criança (GARTNER et al., 2005) [B].

Benefícios para o bebê:

- Diminuição de morbidade (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) [B], especificamente relacionada a infecções como (SCOTTISH..., 2006) [B]: meningite bacteriana, bacteremia, diarreia (GARTNER et al., 2005) [C], infecção no trato respiratório (idem) [B], enterocolite necrosante, otite média (ibidem) [B], infecção do trato urinário e sepse de início tardio em recém-nascidos pré-termo.
- Alguns estudos sugerem diminuição das taxas de morte súbita do lactente (HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, 2008; SCOTTISH..., 2006) [B].
- Redução de hospitalizações: o aleitamento materno reduz o risco de hospitalização por vírus sincicial respiratório (VSR) (FACULTY..., 2004) [C]. O já referido estudo realizado em Pelotas (RS) mostrou risco sete vezes maior de hospitalização por bronquiolite de crianças amamentadas por menos de um mês. O estudo também salienta que as crianças não amamentadas nos primeiros 3 meses de vida tiveram chance 61 vezes maior de hospitalização por pneumonia do que as crianças amamentadas exclusivamente (GARTNER et al., 2005) [B].
- Redução de alergias (idem) [B]:
 - O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes;
 - O aleitamento materno protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica;
 - A exposição a pequenas doses de leite de vaca durante os primeiros dias de vida parece

aumentar o risco de alergia ao leite de vaca, mas não afeta a incidência de doenças atópicas no futuro;

- Os efeitos benéficos do aleitamento materno observados em todas as crianças são particularmente evidentes em crianças com história familiar de doenças atópicas.
- Redução da obesidade (*ibidem*) [B].
- Diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes (U.S. PREVENTIVE..., 2003) [D].
- Melhor nutrição (*idem*) [D].
- Efeito positivo no desenvolvimento intelectual (*ibidem*) [D].
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal (U.S. PREVENTIVE..., 2003) [D].
- O início precoce do aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido (GARTNER et al., 2005) [B], favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento (*idem*) [B], promove uma “descida do leite” mais rápida (*ibidem*) [B], aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido (GARTNER et al., 2005) [C], diminui a incidência de hiperbilirrubinemia (*idem*) [D] e previne ingurgitamento mamário (*ibidem*) [D].

Benefícios para a mãe:

- Involução uterina mais rápida e redução na hemorragia uterina pós-parto, devido à liberação de oxitocina (SCOTTISH..., 2006) [B].
- Perda mais rápida do peso acumulado na gestação (*idem*) [B].
- Auxílio no aumento do intervalo entre as gestações (PINTO, 2007) [B].
- Maior interação mãe-bebê (DRANE, 1997).
- Benefício relativo aos aspectos econômicos, uma vez que o leite materno não tem custos (WHO, 2007) [D].
- Praticidade, pois o leite materno está sempre pronto para ser consumido.
- Diminuição do risco de câncer de mama e ovário (SCOTTISH..., 2006) [B].

9.1.3 Contraindicações para a amamentação

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

Nas seguintes situações, o *aleitamento materno não deve ser recomendado*:

- Mães infectadas pelo HIV.
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T).
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contra-indicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.⁴
- Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.

Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a *interrupção temporária da amamentação*:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber *imunoglobulina humana antivaricela zoster* (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.
- Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se a interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga (veja o quadro 14, a seguir).

Quadro 12 – Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após o consumo de drogas de abuso

Drogas	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina, ecstasy	De 24 a 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína, crack	24 horas
Etanol	1 hora por dose ou até a mãe estar sóbria
Heroína, morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	De 1 a 2 semanas

Fonte: HALE, 2005.

⁴ Como estas informações sofrem frequentes atualizações, recomenda-se que o profissional de saúde, previamente à prescrição de medicações para nutrizes, consulte o manual “Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias”, que pode ser acessado na íntegra por intermédio do link: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/amamentacao_drogas.pdf>.

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

Nas seguintes condições maternas, o *aleitamento materno não deve ser contraindicado*:

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (nas duas primeiras semanas após o início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Neste caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/kg/dia por três meses. Após tal período, deve-se fazer teste tuberculínico (PPD):
 - Se o teste for reator, a doença deve ser pesquisada especialmente em relação ao acometimento pulmonar. Se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada. Caso a criança não a tenha contraído, deve-se manter a dosagem de isoniazida por mais três meses;
 - Se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação e a criança deve receber a vacina BCG.
- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento e considerando-se que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar o tratamento da mãe.
- Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno.
- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com o sangue materno favorece a transmissão da doença.
- Consumo de cigarros: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. Para minimizar os efeitos do cigarro para as crianças, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzir ao máximo possível o número de cigarros. Se não for possível a cessação do tabagismo, elas devem procurar fumar após as mamadas. Além disso, devem ser orientadas a não fumar no mesmo ambiente onde está a criança.
- Consumo de álcool: assim como para o fumo, deve-se desestimular a ingestão de álcool para as mulheres que estão amamentando. No entanto, é considerado compatível com a amamentação um consumo eventual moderado de álcool (0,5g de álcool por quilo de peso da mãe por dia, o que corresponde a aproximadamente um cálice de vinho ou duas latas de cerveja).

Manejo dos problemas com a amamentação:

No Caderno de Atenção Básica nº 23 (disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad23.pdf>), pode-se encontrar na página 37 o tópico “prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação” e, na página 50, o item “como manejar o aleitamento materno em situações especiais”.

9.1.4 Alimentação antes dos 6 meses em situações em que o aleitamento materno não é praticado ou é praticado parcialmente

No ano de 2010, o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (“Dez Passos para uma Alimentação Saudável”) foi revisado e está disponível para acesso gratuito por intermédio do seguinte link: <http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=publicacoes_pas>. O conteúdo do Guia Alimentar será reproduzido aqui de forma resumida.

Existem condições nas quais as crianças não são mais amamentadas ao peito e não existe mais a possibilidade de reverter tal situação. Portanto, as orientações a seguir permitirão que os profissionais de saúde atuem de maneira mais adequada perante tais casos e de forma individualizada. As referidas orientações devem ser adotadas apenas excepcionalmente, quando estiverem esgotadas todas as possibilidades de relactação da mãe. Além disso, as situações devem ser analisadas caso a caso.

A amamentação deve ser protegida. Por isso, a orientação sobre o preparo de leites artificiais nunca deve ser coletiva. Nos casos em que há necessidade de orientar as famílias sobre o preparo de leites artificiais (por exemplo, para mães HIV positivas), tal orientação deve ser feita de maneira individualizada e por profissional qualificado. É responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecer orientação apropriada sobre a alimentação infantil.

Diane da impossibilidade de ser oferecido o aleitamento materno, o profissional de saúde deve orientar a mãe quanto à utilização de fórmula infantil ou de leite de vaca integral fluido ou em pó. É importante que o profissional avalie a condição socioeconômica e cultural da família, assim como a situação de saúde da criança, antes de optar por uma destas alternativas. O profissional de saúde deve orientar a mãe quanto aos procedimentos a seguir, que incluem o preparo de leite de vaca integral com a diluição adequada para a idade, a correção da deficiência de ácido graxo linoleico com óleo nos primeiros quatro meses e a suplementação de vitamina C e ferro ou o preparo de fórmulas infantis de acordo com a idade e as recomendações do rótulo do produto.

A fórmula infantil consiste em leite modificado para atender às necessidades nutricionais e para não agredir o sistema digestório do bebê não amamentado (WEFFORT, 2006; ORGANIZAÇÃO..., 1962; AMERICAN..., 2005). Trata-se de leites em pó comercializados e disponíveis em supermercados. O leite de vaca “*in natura*”, integral, em pó ou fluido não é considerado alimento apropriado

para crianças menores de um ano (SOCIEDADE..., 2006; MONTE; GIUGLIANI, 2004; WEFFORT, 2006; ORGANIZAÇÃO..., 1962; VITOLO; BORTOLINI, 2007) [D], pelo risco de anemia (EUROPEAN..., 2008; VITOLO; BORTOLINI, 2007; BRASIL, 2009) [A], além de apresentar várias inadequações na sua composição (SOCIEDADE..., 2006; WEFFORT, 2006; ORGANIZAÇÃO..., 1962) [D].

O consumo regular do leite de vaca integral por crianças menores de 1 ano pode também acarretar a sensibilização precoce da mucosa intestinal dos lactentes e induzir neles a hipersensibilidade às proteínas do leite de vaca, predispondo-os ao surgimento de doenças alérgicas e de micro-hemorragias na mucosa intestinal, o que contribui ainda mais para o aumento da deficiência de ferro (SOCIEDADE..., 2006; MONTE; GIUGLIANI, 2004; EUROPEAN..., 2008; ORGANIZAÇÃO..., 1962; VITOLO; BORTOLINI, 2007). Os sistemas digestório e renal dos lactentes são imaturos, o que os torna incapazes de lidar com alguns metabólitos de alimentos diferentes do leite humano (SOCIEDADE..., 2006; ORGANIZAÇÃO..., 1962; WEFFORT, 2006).

Para as crianças não amamentadas, deve-se oferecer água nos intervalos entre as refeições de leite (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Tabela 8 – Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade

Idade	Volume	Número de refeições por dia
Até 30 dias	Entre 60 e 120ml	De 6 a 8
De 30 a 60 dias	Entre 120 e 150ml	De 6 a 8
De 2 a 4 meses	Entre 150 e 180ml	De 5 a 6
De 4 a 8 meses	Entre 180 e 200ml	De 2 a 3
Acima de 8 meses	200ml	De 2 a 3

Fonte: BRASIL, 2010 (com adaptações).

Os valores indicados são aproximados, de acordo com a variação de peso corporal da criança nas diferentes idades. O custo elevado das fórmulas infantis possibilita que o consumo de leite de vaca no Brasil seja elevado nos primeiros seis meses de vida. Por isso, os profissionais de saúde devem ter o conhecimento de como as mães devem ser orientadas. Assim, o leite de vaca deve ser diluído até os 4 meses de idade da criança por causa do excesso de proteína e eletrólitos, que fazem sobrecarga renal sobre o organismo do lactente. Na diluição de 2/3 ou 10% (42 calorias), há deficiência de energia e ácido linoleico. Então, para melhorar a densidade energética, a opção é preparar o leite com 3% de óleo (1 colher de chá = 27 calorias). O carboidrato fica reduzido, mas a energia é suprida e não é necessária a adição de açúcares e farinhas, que não são aconselhados para crianças menores de 24 meses. Portanto, até a criança completar 4 meses, o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100ml. Após o bebê completar 4 meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança receberá outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

Preparo do leite de vaca integral em pó: primeiro, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária. Veja a seguir as quantidades do leite em pó integral para cada volume final do leite reconstituído.

Reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses

Leite em pó integral:

- 1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida.
- 1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida.
- 2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida.
- Preparo do leite em pó: primeiro, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Leite integral fluído:

- 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida.
- 70ml de leite + 30ml de água = 100ml.
- 100ml de leite + 50ml de água = 150ml.
- 130ml de leite + 70ml de água = 200ml (BRASIL, 2010).

9.2 Alimentação da criança de 6 meses a 2 anos

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (VITOLO, 2008) mostrou que as crianças, já no primeiro mês de vida, receberam água, chás e outros leites. Cerca de 25% das crianças entre 3 e 6 meses já consumiam comida salgada e frutas. No entanto, no período recomendado para a introdução de alimentos sólidos/semissólidos (entre 6 e 9 meses), 26,8% das crianças não recebiam papa salgada. Constatou-se consumo elevado de café, refrigerantes e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos entre as crianças de 9 e 12 meses. Tais resultados indicam que as equipes de saúde devem reforçar as orientações de introdução da alimentação complementar.⁵

Nos quadros 15 e 16 estão descritos os esquemas alimentares recomendados para crianças amamentadas e não amamentadas menores de 2 anos.

⁵ O Ministério da Saúde publicou, em 2009, o “Caderno da Atenção Básica da Saúde da Criança” (disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>), que contém as informações necessárias sobre a alimentação de crianças até os 2 anos de idade. No ano de 2010, o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos: “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” foi revisado e está disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br>>.

Quadro 13 – Esquema alimentar para crianças amamentadas

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

Fonte: BRASIL, 2010.

A partir dos 8 meses de idade do bebê, alguns alimentos da família já podem ser oferecidos à criança (arroz, feijão, carne cozida, legumes) se estiverem amassados ou desfiados e desde que não tenham sido preparados com excesso de temperos (condimentos).

Quadro 14 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas

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

Fonte: BRASIL, 2010.

Obs.: A introdução deve ser lenta e gradual, respeitando-se a aceitação da criança.

Para garantir o aporte de nutrientes, a papa salgada⁶ deve conter um alimento de cada grupo desde a primeira oferta, principalmente carne, para prevenir a anemia.

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

⁶ A utilização do termo “papa salgada” não significa que o alimento precisa ser acrescido de muito sal em sua preparação ou que seja uma preparação de leite acrescido de temperos e sal. O sal deve ser usado com moderação. O termo “papa salgada” diz respeito a cereais, tubérculos, hortaliças, carnes, ovos, grãos etc., ou seja, alimentos que precisam ser preparados ou “comida de panela” (BRASIL, 2010).

Quadro 15 – Grupos de alimentos

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

Fonte: DAB/SAS/MS, 2010.

Quadro 16 – Dez passos para uma alimentação saudável

Passo 1: “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”.

Dica ao profissional e à equipe: Rever se as orientações sobre aleitamento materno exclusivo são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.

Passo 2: “A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais”.

Dica ao profissional e à equipe: Antes de dar a orientação deste passo, perguntar à mãe ou ao cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidem-na(o) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.

Passo 3: “Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada”.

Dica ao profissional e à equipe: Sugerir receitas de papas, tentando dar a ideia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.

Passo 4: “A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança”.

Dica ao profissional e à equipe: Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.

Passo 5: “A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família”.

Dica ao profissional e à equipe: Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.

Passo 6: “Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida”.

Dica ao profissional e à equipe: Conversar sobre a estimulação dos sentidos, enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetuosa entre a criança e sua família.

continua

continuação

145

Passo 7: "Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições".

Dica ao profissional e à equipe: Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

Passo 8: "Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação".

Dica ao profissional e à equipe: Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.

Passo 9: "Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados".

Dica ao profissional e à equipe: Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

Passo 10: "Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação".

Dica ao profissional e à equipe: Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2010.

Observação importante: Para evitar o consumo de açúcar de cana por seus bebês, muitas mães acabam optando por escolhas tidas como mais saudáveis para adoçar os sucos ou chás. O mel, que muitas vezes é utilizado por suas propriedades expectorantes, torna-se para as mães uma alternativa mais saudável. Porém, o mel é altamente contraindicado para crianças até 12 meses de vida. O mel é uma fonte potencial de transmissão do botulismo, que é causado por uma bactéria chamada *Clostridium botulinum*, risco que existe principalmente devido à deficiência de fiscalização nas propriedades produtoras do mel *in natura*. Por isso, oriente os pais e responsáveis a não oferecer o mel de abelha para crianças até 1 ano de idade.

9.2.1 Prevenindo a anemia

Apesar das medidas individuais e populacionais adotadas no País, mantém-se a elevada prevalência de anemia. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, identificou que a Região Nordeste apresenta a maior prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos (25,5%), e a Norte, a menor (10,4%). Embora não tenha sido observada associação estatística entre a classificação econômica e a prevalência de anemia, observa-se menor porcentagem de crianças anêmicas nas classes A e B. A prevalência de anemia não mostrou associação com a cor da pele, nem com a ordem de nascimento da criança. A pesquisa aponta maior prevalência de anemia em crianças com idade inferior a 24 meses (24,1%), quando comparadas às crianças com idades entre 24 e 59 meses (19,5%). Quanto à situação do domicílio, observou-se que as crianças moradoras de áreas rurais apresentaram menor prevalência de anemia quando comparadas com as crianças nas áreas urbanas (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007).

A partir dos 4 meses de idade, ocorre a depleção do estoque de ferro, e a alimentação passa a ter papel fundamental na prevenção da anemia (MODESTO; URRESTARAZU DEVINCENZI; SIGULEM, 2007; COZZOLINO, 2007; URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004; BRASIL, 2009b) [D]. O ferro na forma heme, presente nas carnes, é mais facilmente absorvido. O ferro que não está na forma heme, presente nos vegetais, precisa estar na forma ferrosa e depende do estado nutricional e dos outros alimentos para ser absorvido. É importante conhecer os alimentos que favorecem ou prejudicam a absorção para incluí-los ou não nas refeições ricas em ferro, como o almoço e o jantar. O período de intervalo é de 2 horas, para não haver interferência (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Fatores que facilitam a absorção do ferro:

- Ácido ascórbico (presente nos sucos cítricos).
- Ácidos orgânicos (presentes na casca de feijão, nos cereais crus e nos farelos).

Fatores que prejudicam a absorção do ferro:

- Cálcio (presente no leite e em seus derivados) = que afeta, também, a forma heme.
- Polifenóis (presentes nos chás e na cafeína).

Recomendações [D]:

- A carne deve, sempre que possível, fazer parte da composição das papas.
- Deve-se oferecer um pedaço pequeno de fígado de boi uma vez por semana.
- Dietas vegetarianas não fortificadas ou não suplementadas não são recomendadas para crianças menores de 2 anos, porque não suprem as necessidades de alguns nutrientes, como ferro, zinco e cálcio [D].
- Deve-se oferecer uma fruta com vitamina C *in natura*, amassada, após as refeições principais, como o almoço e o jantar. Deve-se preferir a fruta em vez do suco natural. "No entanto, o suco natural (feito na hora) pode ser oferecido, em pequenas quantidades, após as refeições principais".
- Frutas ricas em vitamina C: laranja, limão, caju, lima, acerola, abacaxi, goiaba, tomate etc.

Fator facilitador:

* As carnes e o fígado, além de conterem ferro orgânico, que é absorvido de forma melhor pelo organismo, também facilitam a absorção do ferro inorgânico presente nos vegetais e em outros alimentos (BRASIL, 2010).

** A vitamina A está envolvida no mecanismo de liberação do ferro de depósito. Por tal razão, contribui para o melhor aproveitamento do ferro (WHO, 1998; URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004).

9.3 Alimentação de crianças de 2 a 6 anos

Este período caracteriza-se pela diminuição no ritmo de crescimento e, por consequência, pela diminuição das necessidades nutricionais e do apetite da criança (VITOLO et al., 2005; URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004).

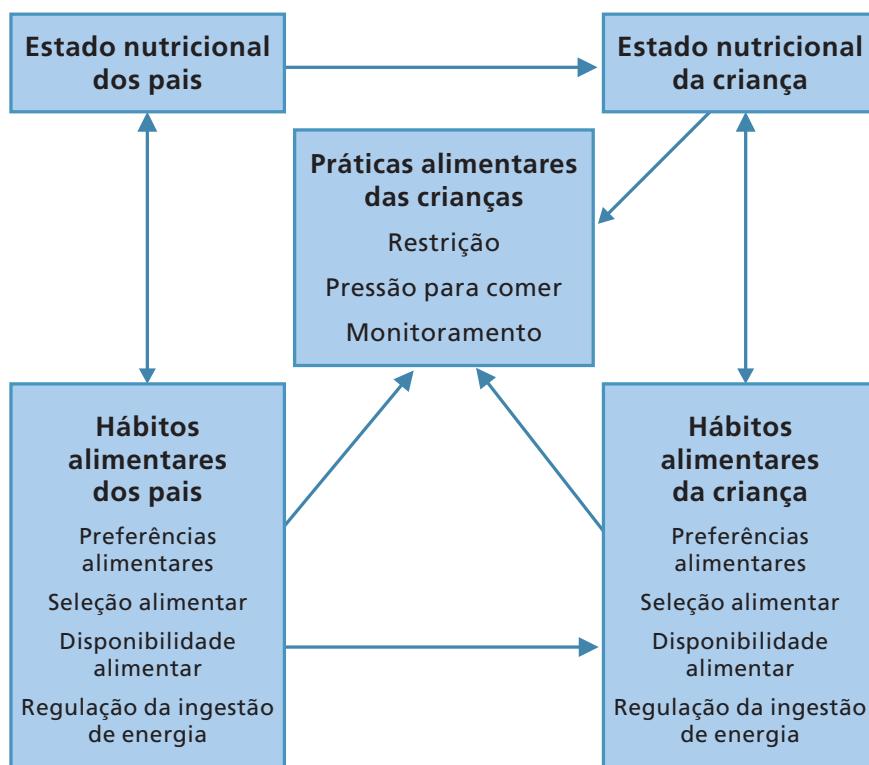
O comportamento alimentar da criança nesta fase é imprevisível, variável e transitório, mas, se não for conduzido adequadamente, poderá se transformar em distúrbio alimentar e perdurar em fases posteriores (SOCIEDADE..., 2006).

A abordagem familiar é uma atividade inserida nas práticas de atenção básica e é fundamental para o entendimento da estrutura e da dinâmica familiares. Os bons hábitos alimentares devem ser transmitidos aos pais e demais familiares para estimular que todos possam adquiri-los (AMERICAN..., 2005).

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

A figura 2 ilustra a influência familiar no estado nutricional da criança.

Figura 2 – Mediadores comportamentais de semelhança familiar no hábito alimentar e no estado nutricional



Fonte: BIRCH, 2002, p. 161-176.

As orientações a seguir são consideradas importantes e devem ser transmitidas aos pais ou responsáveis:

- O esquema alimentar familiar deve ser composto por cinco ou seis refeições diárias, com horários regulares: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia (URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004; SOCIEDADE..., 2006) [D].
- O intervalo entre as refeições deve ser de 2 a 3 horas, e é necessário que se estabeleça um tempo definido e suficiente para cada refeição (SOCIEDADE..., 2006) [D].
- Deve-se oferecer volumes pequenos de alimentos em cada refeição (BIRCH, 1998), respeitando o grau de aceitação da criança (WEFFORT, 2006), pois a criança controla perfeitamente sua ingestão calórica (URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004) [D]. Deve-se oferecer novas quantidades somente se isso for necessário (WEFFORT, 2006).
- Não se deve substituir o almoço e o jantar por leite ou produtos lácteos (URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004; BRASIL, 2009b) [D].
- Não se deve utilizar a sobremesa ou guloseimas como recompensa ou castigo (URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004; SMITH, M. M.; LIFSHITZ, 1994; SOCIEDADE..., 2006; WEFFORT, 2006) [D].
- Não se deve fazer comentários constrangedores durante as refeições, para que a criança não se sinta pressionada (WEFFORT, 2006; URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004; LIFSHITZ, 1994) [D].
- Quando houver repetidas recusas da criança com relação à ingestão de determinado alimento, deve-se mudar a sua forma de preparo ou fazer um intervalo, para nova tentativa (WEFFORT, 2006) [D].
- A oferta de líquidos nos horários das refeições deve ser controlada, pois sua ingestão distende o estômago, podendo dar precocemente o estímulo de saciedade. O ideal é oferecê-los após a refeição, de preferência água ou sucos naturais. O consumo excessivo de sucos, principalmente em substituição ao leite, está relacionado com diarreia crônica e restrição do crescimento [D]. Salgadinhos, balas e doces podem ser consumidos de forma restrita (MAHAN, 1998; LIFSHITZ, 1994; SOCIEDADE..., 2006) [D].
- A criança deve sentar-se à mesa com a família. O ambiente na hora da refeição deve ser calmo e tranquilo, sem televisão ligada ou quaisquer outras distrações, como brincadeiras e jogos. É importante que a atenção esteja centrada no ato de se alimentar para que o organismo possa desencadear seus mecanismos de saciedade (SOCIEDADE..., 2006) [D].
- Deve-se estimular a criança a participar da escolha do alimento, da sua compra, do preparo e de seu manuseio (WEFFORT, 2006; SOCIEDADE..., 2006) [D].
- Deve-se fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância, por meio da expansão das redes de promoção da alimentação saudável voltadas às crianças menores de dois anos (Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável).

9.4 Alimentação de crianças de 7 a 10 anos

Nesta fase, o ritmo de crescimento é constante, com ganho mais acentuado de peso próximo ao estirão da adolescência. A maior independência e a crescente socialização da criança promovem melhor aceitação dos alimentos. As transformações, aliadas ao processo educacional, são determinantes para o aprendizado em todas as áreas e para o estabelecimento de novos hábitos (SOCIEDADE..., 2006; SUMMERBELL et al., 2008; URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004).

Além da grande importância da família, a escola passa a desempenhar papel de destaque na manutenção da saúde da criança (SOCIEDADE..., 2006).

A oferta alimentar modificou-se, causando mudança de hábitos. A mudança no padrão alimentar (tais como: aumento do consumo de alimentos processados e ricos em gordura e diminuição da ingestão de alimentos não industrializados), aliada à redução da atividade física, provocou a *transição nutricional*, caracterizada pela queda das taxas de desnutrição, pelo aumento da prevalência de obesidade e pelo incremento de casos de “fome oculta” – deficiências nutricionais específicas, pouco evidentes clinicamente, mas prejudiciais à saúde (SOCIEDADE..., 2006).

A vigilância da qualidade, da composição, da biossegurança e dos aspectos toxicológicos dos alimentos disponíveis objetiva:

- proporcionar à criança o crescimento e o desenvolvimento em toda a sua potencialidade;
- a profilaxia e o reconhecimento de doenças causadas por escassez ou excesso de nutrientes.

9.4.1 Recomendações gerais para crianças de 7 a 10 anos

- O cardápio deve seguir a alimentação da família, conforme a disponibilidade de alimentos e as preferências regionais. As famílias devem continuar sendo orientadas sobre as práticas para uma alimentação saudável (SOCIEDADE..., 2006) [D].
- As refeições devem incluir o desjejum, lanches, o almoço e o jantar. A merenda escolar deverá adequar-se aos hábitos regionais, devendo ser evitado o uso de alimentos não saudáveis, como salgadinhos, refrigerantes e guloseimas (SOCIEDADE..., 2006) [D].
- Deve-se consumir diariamente frutas, verduras e legumes, ótimas fontes de calorias, minerais, vitaminas hidrossolúveis e fibras (SOCIEDADE..., 2006) [D].
- A ingestão de alimentos que são fontes de vitamina A proporciona estoques adequados no período do estirão, o que contribui para a secreção do hormônio de crescimento (GH). As necessidades de vitamina A são alcançadas com a ingestão diária de frutas ou vegetais amarelos, alaranjados ou verde-escuros ou mediante a ingestão semanal de 150g de fígado de boi (URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004) [D].

- Deve-se consumir sal com moderação, para a formação de bons hábitos alimentares e a prevenção de hipertensão arterial (SOCIEDADE..., 2006; SOCIEDADE..., 2005a) [D].
- Deve-se ingerir diariamente 400ml de leite para que a criança possa atingir a quantidade necessária de cálcio para a formação adequada da massa óssea e a profilaxia da osteoporose na vida adulta [D]. Em substituição ao leite, podem ser usados seus derivados, como iogurte e queijo (BIRCH, 1998; URRESTARAZU DEVINCENZI; BASILE COLUGNATI; SIGULEM, 2004).
- Deve-se estar atento à alimentação fornecida pela escola ou às opções de lanches que são vendidos na escola ou nas proximidades (SOCIEDADE..., 2006) [D].

9.5 Prevenção da obesidade em crianças

A prevalência de sobrepeso e obesidade infantil está aumentando em todo o mundo, com reflexos em curto e longo prazos na saúde pública (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003) [A]. No Brasil, a obesidade vem aumentando em todas as camadas sociais. Estudos nacionais demonstram prevalências de excesso de peso em crianças e adolescentes que variam entre 10,8% e 33,8% em diferentes regiões. O resultado da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, demonstrou que 7% das crianças menores de 5 anos apresentam excesso de peso em relação à altura (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007; CESAR et al., 2006; SOCIEDADE..., 2005; BIRCH apud CHEN; DIETZ, 2002; SOCIEDADE..., 2008).

A aterosclerose e a hipertensão arterial são processos patológicos iniciados na infância e, entre os fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, estão os hábitos alimentares desregrados e a falta de atividade física. Portanto, intervir precocemente, ou seja, prevenir a obesidade na infância significa diminuir, de uma forma racional e menos onerosa, a incidência de doenças crônico-degenerativas (CESAR et al., 2006; SOCIEDADE..., 2008; DANIELS et al., 2008; HAIRE-JOSHU; NANNEY, 2002; ARMSTRONG; REILLY, 2002) [D].

- No desenvolvimento da criança, há situações frequentemente associadas à obesidade que servem para facilitar a identificação de fatores de risco:
- Sobrepeso ou obesidade dos pais. A obesidade da mãe, mesmo antes da gestação, correlaciona-se ao índice de massa corpórea da criança na idade de 5 a 20 anos.
- A inatividade física, indiretamente avaliada pelo número de horas em que a criança assiste à televisão. Deve ser encorajado que se reduza a 2 horas/dia o tempo com atividades sedentárias, como videogames, computador e televisão [D].
- Ausência de aleitamento materno. A maioria dos estudos atribui ao aleitamento materno uma ação protetora contra a obesidade em crianças [B].

- Hábitos alimentares da família e práticas alimentares não saudáveis dos cuidadores da criança (DANIELS et al., 2008; GARTNER et al., 2005; SPRUIJT-METZ et al., 2002; JOHANSSNEN; JOHANSSNEN; SPECKER, 2006; GOLAN et al., 1998; GARCÍA-CASAL et al., 1998).

A figura 3 apresenta orientações norteadoras para a prevenção da obesidade na infância.

Figura 3 – Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência

151



Estilo de vida saudável



Fonte: DANIELS et al., 2008.

Referências

152

- ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-166, jun. 2003.
- ACCIOLY, E; SAUNDERS, C; LACERDA, E. M. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy Statement. *Organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children*. 2005. Disponível em: <<http://www.aap.org>>. Acesso em: 7 maio 2012.
- ARMSTRONG, J.; REILLY, J. J. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, London, v. 359, n. 9322, p. 2003-2004, jun 2002.
- BIRCH, L. L. Childhood overweight: family environmental factors. In: CHEN, C.; DIETZ, W. H. (Eds.). *Obesity in childhood and adolescence*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 161-176.
- BIRCH, L. L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proceedings of the Nutrition Society*, London, v. 57, n. 4, p. 617-624, Nov. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10096125>>. Acesso em: 7 maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Editora MS, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília: Editora MS, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Editora MS, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora MS, 2009b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora MS, 2009a.

BROWN, K. H et al. **State of the art review paper for the meeting on Consultation on complementary feeding.** Montpellier: [s.n.], 1995.

CESAR, J. A. et al. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, nov./dez. 2006.

COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

DANIELS, S. R. et al. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 1, July 2008. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/122/1/198>>. Acesso em: 7 maio 2012.

DEWEY, K. G. et al. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **Journal of Nutrition**, Philadelphia, [s.n.], v. 131, p. 262-267, 2001.

DRANE, D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. **Breastfeeding Review**, Canada, v. 5, n. 1, p. 7-15, 1997.

DUNCAN, B.; SCHMIDT; GUILIANE, Elsa et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

EUROPEAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY, AND NUTRITION AND NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY AND NUTRITION. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, New York, v. 46, n. 1, p. 99-110, Jan. 2008.

FACULTY OF FAMILY PLANNING & REPRODUCTIVE HEALTH CARE. FFPRHC guidance contraceptive choices for breastfeeding women. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, Chichester, v. 30, n. 3, p. 181-189, Jul. 2004.

GARCÍA-CASAL, M. N. et al. . Vitamin A and beta-carotene can improve nonheme iron absorption from rice, wheat and corn by humans. **J Nutr.** [s.l.], v. 128, n. 3, p. 646-650, 1998.

GARTNER, L. M. et al. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, Evanston, v. 115, n. 2, Feb. 2005. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/2/496>>. Acesso em: 7 maio 2012.

GIUGLIANI E. R. J.; VICTORA C. G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: embasamento científico.** Brasília: OPAS, 1997.

GOLAN, M. et al. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 67, p. 1130-1135, 1998.

- HAIRE-JOSHU, D.; NANNEY, M. S. Prevention of overweight and obesity in children: influences on the food environment. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 28, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://tde.sagepub.com/cgi/content/abstract/28/3/415>>. Acesso em: 7 maio 2012.
- HALE, T. W. Drug therapy and breastfeeding. In: RIORDAN J. (Ed). **Breastfeeding and human lactation**. 3. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2005, p. 137-146.
- HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 341-352, 2008. Suplemento.
- JAMIL, K. M. et al. Micronutrients and anaemia. **J Health Popul Nutr**. [s.l.], v. 26, n. 3, p. 340-355, 2008.
- JOHANSSNEN, D. L.; JOHANSSNEN, N. M.; SPECKER, B. L. Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. **Obesity**, Silver Spring, v. 14, n. 3, p. 431-439, mar. 2006.
- KANUFRE, V. et al. O aleitamento materno no tratamento de crianças com fenilcetonúria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, p. 447-452, set./out. 2007.
- KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, [s.l.], n. 1, 2002.
- MAHAN, L. K. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1998.
- MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.
- MODESTO, S. P.; URRESTARAZU DEVINCENZI, M.; SIGULEM D. M. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 405-415, jul./ago. 2007.
- MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004. Suplemento.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/>>. Acesso em: 7 maio 2012.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Codex Alimentarius**. 1962. Disponível em: <http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp>. Acesso em: 7 maio 2012.
- PINTO, L. F. Apego y lactancia natural. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 78, n. 1, p. 96-102, out. 2007. Suplemento.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. **Manual de capacitação de multiplicadores**. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2006.

SCOTTISH INTERCOLLEGiate GUIDELINES NETWORK. **Bronchiolitis in children: a national clinical guideline.** Edinburgh, 2006. Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=10224>. Acesso em: 7 maio 2012.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Trends of breastfeeding in Brazil in the last quarter of the 20th century. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

SMITH, M. M.; LIFSHITZ, F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. **Pediatrics**, Evanston, v. 93, n. 3, p. 438-443, Mar. 1994. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/93/3/438>>. Acesso em: 7 maio 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [s.l.], v. 85, dez. 2005a. Suplemento 6.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. Obesidade: diagnóstico e tratamento da criança e do adolescente. 2005b. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/>>. Acesso em: 7 maio 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola.** São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação.** São Paulo, 2008.

SPRUIJT-METZ, D. et al. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 75, n. 3, p. 581-586, Mar. 2002.

SUMMERBELL, C. D. et al. Interventions for preventing obesity in children. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 2, 2008.

THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE. **Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies.** Leicester: University of Leicester, 2006.

URRESTARAZU DEVINCENZI, M.; BASILE COLUGNATI, F. A.; SIGULEM, D. M. Factores de protección para la anemia ferropriva: estudio prospectivo en niños de bajo nivel socioeconómico. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 54, n. 2, p.174-179, Jun. 2004.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Behavioral interventions to promote breastfeeding: recommendations and rationale.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.

VAN RIJN, M. et al. A different approach to breast-feeding of the infant with phenylketonuria. **European Journal of Pediatrics**, Heidelberg, v. 162, n. 5, p. 323-326, May 2003.

VIEIRA, G. O. et al. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600008&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A. Biodisponibilidade do ferro como fator de proteção contra anemia entre crianças de 12 a 16 meses. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 33-38, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

VITOLO, M. R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2012.

VITOLO, M. R. **Nutrição:** da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WEFFORT V. R. S. **Alimentação láctea no primeiro ano de vida.** Belo Horizonte: Sociedade Mineira de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.smp.org.br>>. Acesso em: 7 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding of young children in developing countries:** a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on infant and young child feeding.** Geneva, Apr. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html>. Acesso em: 7 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices:** conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007 in Washington D. C., USA. Geneva, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf>. Acesso em: 7 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the press.** Geneva: WHO, Apr. 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>>. Acesso em: 7 maio 2012.

Suplementação com Vitaminas e Minerais

10

Joana, você sabe o nome de alguma vitamina boa para meu filho engordar? Já dei algumas, mas não resolvem nada (Ana, mãe de Matheus).

Ana, não se deve dar nenhum medicamento ao seu filho que não seja indicado pelo profissional de saúde. Criança não precisa ser gorda, precisa ter saúde. Vitaminas em excesso são tão nocivas à saúde quanto a carência delas (Joana, agente comunitária de saúde – ACS).

159

Uma em cada três pessoas no mundo é afetada pela deficiência de vitamina A ou pela deficiência de ferro. Manifestações clínicas dessas carências (como morte materna e infantil, resposta imunológica diminuída, cegueira, retardo mental e anemia) afetam mais de meio bilhão da população mundial. Tais efeitos devastadores são somente parte do problema. Outros dois bilhões de pessoas residentes em áreas de baixo nível socioeconômico, tanto na área urbana quanto na rural, são deficientes marginais em micronutrientes, impossibilitados de alcançar seu potencial de desenvolvimento físico e mental (BRASIL, 2007).

Em geral, a criança amamentada exclusivamente até os 6 meses de vida, por uma mãe bem nutrida, não necessita de suplementação com vitaminas, com exceção da vitamina K (que é oferecida de forma rotineira nas maternidades) e da vitamina D em situações selecionadas (GIUGLIANI et al., apud DUNCAN et al., 2004) [D].

Nos casos de crianças não amamentadas, a insegurança e o desconhecimento dos pais em relação à necessidade de ingestão de alimentos de seus filhos acabam levando-os a suplementar a dieta das crianças com preparados multivitamínicos, para compensar uma recusa alimentar ou mesmo pela crença de que tais produtos venham a aumentar seu apetite ou engordá-los. Cabe ao profissional de saúde esclarecer e corrigir possíveis erros alimentares, evitando assim problemas relacionados à carência ou ao excesso de vitaminas.

Além da suplementação de micronutrientes, a tecnologia de fortificação de alimentos é uma oportunidade importante para fornecer nutrientes. As crianças podem ter acesso ao ferro por meio de alimentos enriquecidos, tais como os cereais e o leite. Apesar de mais caros, tais alimentos são uma fonte de ferro a ser considerada. Outros tipos de ações são a modificação e a diversificação dietética por meio de estratégias de educação alimentar e nutricional, visando à promoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Isso envolve mudanças nas práticas de produção e no padrão de seleção de alimentos, assim como nos métodos domésticos tradicionais de seu processamento. O objetivo principal é a melhoria na disponibilidade, no acesso e na utilização de alimentos com alto conteúdo e biodisponibilidade de micronutrientes durante todo o ano (BRASIL, 2007).

10.1 Suplementação de ferro

A anemia, segundo a OMS, é a condição na qual os níveis de hemoglobina circulante estão abaixo dos valores considerados normais para a idade, o sexo, o estado fisiológico e a altitude (STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998). Os valores determinados como "normais" são arbitrários e consistem em níveis de hemoglobina encontrados na maioria da população, o que não significa

obrigatoriamente que qualquer valor abaixo do limite estabelecido esteja relacionado a desfechos clínicos deletérios. Os valores adotados como níveis inferiores da normalidade que definem a anemia (tabela 9) foram escolhidos porque correspondem a “menos 2 desvios-padrão” de uma coorte de indivíduos da população geral, mas não porque estão relacionados a algum desfecho mórbido. Isso tem uma implicância direta no seguimento de indivíduos considerados anêmicos, pois algumas pessoas hígidas têm seu nível normal de hemoglobina abaixo dos padrões predefinidos como normais.

Tabela 9 – Pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir a anemia em pessoas que vivem no nível do mar

Idade/sexo	Hemoglobina abaixo de (g/dL)	Hematócrito abaixo de (%)
Crianças de 6 meses a 5 anos	11,0	33
Crianças de 5 a 11 anos	11,5	34
Crianças de 12 a 13 anos	12	36
Mulheres não grávidas	12	36
Mulheres grávidas	11,0	33
Homens	13	39

Fonte: WHO/UNICEF/ UNU 1997 apud STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998.

Estima-se que metade da população de crianças menores de 4 anos, nos países em desenvolvimento, sofra de anemia ferropriva (BRASIL, 2007). Na América Latina, a anemia afeta 55% das crianças de 6 a 18 meses e 30% das pré-escolares. Estudos apontam que, em vários locais do Brasil, aproximadamente a metade dos pré-escolares é anêmica, com a prevalência chegando a 67,6% nas idades entre 6 e 24 meses. Conforme a PNDS de 2006, a prevalência de anemia no Brasil em crianças de 6 a 59 anos é de 20,9%. No caso de gestantes, estima-se uma prevalência média nacional de anemia em torno de 30% (GIUGLIANI et al., apud DUNCAN et al., 2004).

A anemia é um dos fatores mais importantes relacionados ao baixo peso ao nascer, à mortalidade materna e ao deficit cognitivo em crianças (STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998; GIUGLIANI et al., apud DUNCAN et al., 2004) [D]. A deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia e a carência nutricional específica mais prevalente tanto em países industrializados como nos em desenvolvimento (BRASIL, 2007; STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998), sendo ainda considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes (GIUGLIANI et al., apud DUNCAN et al., 2004).

O clampeamento tardio do cordão, ou seja, realizado após a cessação de seus batimentos (cerca de três minutos após a expulsão do neonato), permite que significativa quantidade de sangue continue fluindo da placenta para o bebê, o que é considerado uma importante estratégia para a prevenção da anemia (CHOPARD; MAGALHAES; BRUNIERA, 2010).

O último trimestre da gestação é o período no qual ocorre o mais importante aumento de peso e de armazenamento de ferro no feto. Crianças pré-termo ou com baixo peso ao nascimento têm menos ferro acumulado do que um recém-nascido a termo.

Após o nascimento, observa-se uma fase de elevada velocidade de crescimento, e, em uma criança a termo, as reservas adquiridas durante a gestação serão utilizadas durante os primeiros 4 a 6 meses de vida. O leite materno possui pequena quantidade de ferro, mas de alta biodisponibilidade, com uma utilização elevada quando na ausência de outros fatores dietéticos, não sendo necessária a suplementação de ferro durante o aleitamento materno exclusivo. Após o esgotamento da reserva, o organismo depende do ferro exógeno (dietético) para evitar o aparecimento de anemia (BRASIL, 2007) [D]. As carnes e alguns órgãos, como o fígado, apresentam alta densidade e biodisponibilidade de ferro. Alguns vegetais também apresentam quantidades razoáveis de ferro, porém sua biodisponibilidade é menor.

Os elevados requerimentos fisiológicos de ferro na primeira infância tornam a criança especialmente vulnerável à anemia por deficiência de ferro durante os dois primeiros anos de vida. Neste sentido, atenção especial deve ser dada ao período de amamentação e à posterior fase de introdução de alimentos complementares, quando deverá ocorrer a introdução oportuna, correta e apropriada dos alimentos ricos em ferro e em outros micronutrientes igualmente necessários ao crescimento e ao desenvolvimento adequado da criança (BRASIL, 2007).

A utilização de leite de vaca em detrimento de outros alimentos ricos em ferro constitui um risco para o desenvolvimento de anemia, por causa de sua baixa biodisponibilidade e baixa densidade de ferro, além de sua associação com micro-hemorragias (OLIVEIRA; OSORIO, 2005).

Estudos realizados principalmente com crianças verificaram que parasitose intestinal não pode ser considerada um fator etiopatogênico importante da anemia no Brasil. Em São Paulo, em análise de crianças de diferentes níveis socioeconômicos, verificou-se elevada prevalência de parasitose em menores de 2 anos de baixa renda, sendo a proporção de anêmicos entre os não parasitados significativamente maior do que entre os parasitados (SIGULEM et al., 1985, p. 308-312) [B]. Também se verificou em São Paulo que as parasitoses atingiam frequências mais elevadas em crianças de maior faixa etária, que são justamente as mais protegidas contra anemia.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde (GUEDES-PINTO, 2006), e a política de fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro no País. Tais estratégias recomendam a suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses (ou, se não estiverem em período de aleitamento materno exclusivo, a partir dos 4 meses) e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer e pré-termo (abaixo de 37 semanas) (BRASIL, 2005) [D]. Os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) também sugerem profilaxia a partir dos 6 meses nas crianças que não recebem ferro suficiente por meio da alimentação complementar (CABELLO, 2011) [D].

A suplementação apresenta algumas dificuldades em relação ao surgimento de efeitos colaterais indesejáveis e à longa duração do tratamento. Em muitos casos, a dificuldade em aderir ao tratamento devido ao surgimento de efeitos adversos é superior às queixas relatadas e relacionadas à própria anemia. Por isso, a falta de motivação para a manutenção do tratamento tem acarretado situações de baixa efetividade deste tipo de terapia medicamentosa. A reconhecida baixa adesão à estratégia de suplementação profilática é hoje questão prioritária a ser superada para que se garanta o controle da anemia por deficiência de ferro.

O Ministério da Saúde revisou e atualizou as condutas preconizadas pelo programa, instituído em 2005. Na atualização se estabelece a recomendação diária de 1 a 2mg de ferro elementar/kg de peso para o público de crianças de 6 a 24 meses. Recomenda-se ainda o uso do sulfato ferroso em gotas, já amplamente utilizado e disponível nas farmácias das unidades de saúde.

O quadro 4 do capítulo 5, que aborda a solicitação de exames complementares, traz a classificação das crianças conforme a idade, a presença de fatores de risco para a anemia e a conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento (STOLTZFUS, R. J.; DREYFUSS, 1998; BRASIL, 2005; CENTERS..., 1998; CABELLO, 2011) [D]

10.2 Suplementação de vitamina A

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (BRASIL, 2004), busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no período pós-parto imediato (antes da alta hospitalar) residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, o programa atende à Região Nordeste, ao norte do Estado de Minas Gerais, ao Vale do Jequitinhonha e ao Vale do Mucuri, além de municípios que compõem a Amazônia Legal. A perspectiva é expandir o programa para outras regiões, considerando-se a relevância da deficiência enquanto problema de saúde pública.

Nas Américas, há 8,2 milhões de crianças acometidas por deficiência de vitamina A (DVA), merecendo destaque neste contexto o Brasil, onde é estimado que se concentre cerca de 30% dos casos de xeroftalmia do continente. Tal deficiência é a principal causa de cegueira evitável no mundo, estando também associada a 23% das mortes por diarréias em crianças (BHUTTA et al., 2008). O efeito da descoberta da vitamina A como recurso para salvar a vida de crianças – pela possibilidade de reduzir a incidência e a gravidade das infecções (em especial, as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas) – estimulou um interesse global no sentido de produzir conhecimento científico sobre a extensão dos benefícios da suplementação com vitamina A e de outros micronutrientes, além de seu significado para a saúde pública (SAUNDERS et al., 2007).

Uma revisão realizada por grupo de estudos da OMS sobre a subnutrição (BHUTTA et al., 2008, p. 417-440) avaliou o impacto da suplementação de vitamina A em diversos países em desenvolvimento. Em neonatos, a megadose administrada de vitamina A reduziu a mortalidade entre zero e 6 meses. Entre 1 e 59 meses, reduziu a morbidade (redução da diarréia persistente, razão de risco 0,45, IC 95% 0,21-0,94) e a mortalidade (risco relativo 0,76, IC 95% 0,69-0,84), efeito mais comum entre 6 a 11 meses de idade. Entretanto, tal efeito restringiu-se a populações carentes do Sul da Ásia, única região para onde a OMS recomendou a referida intervenção.

Em metanálise de 17 estudos (11 realizados na Ásia, 5 na África e 1 na América Latina) sobre a mortalidade em geral, observou-se que a vitamina A reduz o risco global de morte em 24% – razão de risco (RR): 0,76; intervalo de confiança de 95%: 0,69-0,83. Em sete estudos, observou-se que a administração de suplementos de vitamina A reduz significativamente a mortalidade relacionada com a diarréia (RR: 0,72; IC: 95%: 0,57-0,91) (OMS, 2011).

Considerando-se a etiologia da DVA, existem evidências de que a renda e a escolaridade não sejam os únicos fatores determinantes dessa carência nutricional. Tal constatação reforça a noção de que a ingestão inadequada de alimentos que sejam fontes de vitamina A possa estar mais relacionada aos hábitos alimentares inadequados do que aos fatores econômicos. Assim, restrições alimentares importantes e inadequadas podem causar deficiências nutricionais graves, sobretudo de vitamina A, com risco de danos irreversíveis ao organismo (SAUNDERS et al., 2007).

A concentração de vitamina A no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe. Para crianças amamentadas, pode-se aumentar a oferta de vitamina A orientando uma dieta para mãe rica nesse micronutriente (fígado, gema de ovo, produtos lácteos, folhas verdes escuras, vegetais e frutas cor de laranja) ou suplementando a mãe com essa vitamina (GIUGLIANI et al., apud DUNCAN et al., 2004; BRASIL, 2004) [D]. Crianças que recebem leite materno com quantidade suficiente de vitamina A suprem facilmente a necessidade dessa vitamina com a alimentação complementar. Após a introdução dos alimentos complementares, 50g de fígado de boi por semana fornecem a quantidade suficiente de vitamina A para lactentes (de 5 a 12 meses).

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

- para crianças de 6 meses a 11 meses de idade: 1 megadose de vitamina A na concentração de 100.000 UI;
- para crianças de 12 a 59 meses de idade: 1 megadose de vitamina A na concentração de 200.000 UI a cada 6 meses;
- para puérperas: 1 megadose de vitamina A na concentração de 200.000 UI, no período pós-parto imediato, ainda na maternidade (BRASIL, 2004).

A utilização dessas doses é segura e tem baixa incidência de efeitos colaterais. No entanto, é necessário cuidado especial no que concerne aos grupos de risco (mulheres no período reprodutivo e gestantes) ante os problemas potenciais que tal estratégia pode apresentar (como, por exemplo, casos de toxicidade e até efeitos teratogênicos sobre o feto, no caso de administração inadequada a gestantes) (BRASIL, 2004).

10.3 Suplementação de vitamina D

Atualmente, não se dispõe de evidências científicas que avaliem a recomendação de suplementação universal de vitamina D no Brasil (GIUGLIANI et al., apud DUNCAN et al., 2004; ALONSO et al., 2002) [D].

O raquitismo atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e à restrição à exposição solar é uma condição prevenível, mas que continua ocorrendo, mesmo em países desenvolvidos (ALONSO et al., 2002; SCANLON, 2001; WAGNER et al., 2008).

Os hábitos sedentários, a urbanização e o medo da violência fazem com que as crianças fiquem restritas em casa (SCANLON, 2001). Estudo norte-americano estima que a quantidade de luz solar necessária para prevenir a deficiência de vitamina D, naquela latitude, seja de 0,5 a 2 horas por semana (17min/dia), com exposição apenas da face e das mãos do bebê (SPECKER et al., 1985). Se o bebê estiver usando apenas fraldas, a exposição deve ser de 30min/semana (4min/dia).

É importante lembrar que crianças com pele escura podem requerer de 3 a 6 vezes mais exposição do que a indicada para bebês de pele clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D (ALONSO et al., 2002; SCANLON, 2001). Porém, a Academia Americana de Pediatria recomenda evitar a exposição solar direta dos bebês até 6 meses, pelo risco cumulativo de câncer de pele – o que a faz recomendar suplementação de 400UI/dia de vitamina D a todas as crianças (mesmo aquelas amamentadas ao peito), a partir dos primeiros dias de vida até a adolescência (WAGNER et al., 2008) [D].

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

10.4 Suplementação de vitamina K ao nascer

Atualmente, existem informações suficientes para se manter a recomendação de administrar vitamina K ao nascimento como profilaxia contra a doença hemorrágica neonatal por deficiência de vitamina K (ALONSO et al., 2002) [B]:

- Bebês com idade gestacional acima de 32 semanas e com mais de 1.000g: 1mg IM ou EV.
- Bebês com menos de 32 semanas e com mais de 1.000g: 0,5mg IM.
- Bebês com menos de 1.000g, independentemente da idade gestacional: 0,3mg IM.

Se houver recusa dos pais quanto à administração injetável, deve ser garantido o fornecimento da vitamina K oral (2mg ao nascer), seguido de 1mg/semana durante os 3 primeiros meses. As doses repetidas são imprescindíveis para os bebês amamentados ao peito. Naqueles com outro tipo de alimentação, poderia ser suficiente a dose inicial.

10.5 Suplementação de zinco

O papel do zinco na prevenção da morbimortalidade por doenças infecciosas foi reconhecido recentemente. Trabalhos foram realizados com populações extremamente vulneráveis de países em desenvolvimento, usando-se a suplementação de zinco em diversas apresentações (BHUTTA et al., 2008; BHATNAGAR, 2007) [A]. A OMS, em seu site oficial, já incluiu a recomendação de suplementar zinco no tratamento de diarreia, além dos sais de reidratação oral (WHO, 2011) [A].

Entretanto, não há uma recomendação universal quanto à suplementação de zinco para a população brasileira. Deve-se enfatizar o consumo de alimentos ricos em zinco, como carnes, vísceras (em especial, o fígado) e gema de ovo (GIUGLIANI et al., apud DUNCAN, 2004) [D]. Produtos vegetais costumam ser pobres em zinco, além de ter uma baixa biodisponibilidade, particularmente cereais e legumes com altas concentrações de fitatos (substâncias antinutritivas, assim como taninos, oxalatos e fosfatos, que atrapalham a absorção dos nutrientes, pois se ligam aos minerais, formando complexos). Ao contrário do que ocorre com o ferro, o ácido ascórbico não aumenta a biodisponibilidade do zinco.

Referências

166

ALONSO, C. R. P. et al. Vitaminas y oligoelementos. **PrevInfad**, Espanha, oct. 2002. Disponível em: <<http://www.aepap.org/previnfad/previnfad-inicio.htm>>. Acesso em: dez. 2008.

BHATNAGAR, S. Effects of zinc supplementation on child mortality. **Lancet**, London, v. 369, n. 9565, p. 927-934, Mar. 2007.

BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **Lancet**, London, v. 371, n. 9610, p. 417-440, Feb. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição - PNAN**. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/vita.php>>. Acesso em: 8 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Editora MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vitamina A mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: condutas gerais**. Brasília: Editora MS, 2004. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/vita/manual_vita.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde; UNICEF. **Cadernos de atenção básica: carências de micronutrientes**. Brasília: Editora MS, 2007.

CABELLO, F. J. S. R. Prevención primaria y detección precoz de la ferropenia en lactantes. **PrevInfad**, Espanha, jun. 2011. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_ferropenia.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v. 47, n. 3, p. 1-36, Apr. 1998. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm>>. Acesso em: 8 maio 2012.

CHOPARD, Maria Renata T.; MAGALHAES, Maurício; BRUNIERA, Paula. Deficiência de ferro no feto e no recém-nascido. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 32, p. 32-37, 2010. Suplemento 2.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Alimentação da criança pequena. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Deficiência de ferro e anemia na infância. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Subcommittee on the tenth edition of the recommended dietary allowances. Food and nutrition board, Commission on life sciences. **Recommended dietary allowances**. 10th ed. Washington: National Academy Press, 1999.

OLIVEIRA, Maria A. A.; OSORIO, Mônica M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. *J. Pediatr.* Porto Alegre, v. 81, n. 5, out. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Directriz**: administración de suplementos de vitamina A a lactantes y niños 6–59 meses de edad. Ginebra: OMS, 2011.

SAUNDERS, C. et al. A investigação da cegueira noturna no grupo materno-infantil: uma revisão histórica. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 95-105, jan./fev. 2007.

SCANLON, K. S. (Ed.). **Vitamin D expert panel meeting**: final report. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2001. 42 p. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/pdf/Vitamin_D_Expert_Panel_Meeting.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.

SIGULEM, D. M. et al. Anemia nutricional e parasitose intestinal em menores de cinco anos. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v. 103, n. 6, p. 308-312, 1985.

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

STOLTZFUS, R. J.; DREYFUSS, M. L. **Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia**. International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). Geneva: World Health Organization, 1998.

VANNUCCHI, H.; VÍTOLO, M. R.; JORDÃO JR., A. A. Micronutrientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Centro Brasileiro de Análise e Planejamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 249-263.

WAGNER, C. L. et al. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*, Evanston, v. 122, n. 5, p. 1142-1152, Nov. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **10 facts on child health**. out. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/en/index.html>. Acesso em: 8 maio 2012.

A Saúde Bucal da Criança

11

A gente aprende a cuidar até mais da gente mesmo, agora que tem esse acompanhamento com dentista para os pequenos desde bebê (Gabriela, 26 anos, mãe de Guilherme, 6 anos, e Alex, 1 ano, moradora da área de atuação do Serviço de Saúde Comunitária do *Grupo Hospitalar Conceição –SSC/GHC*, de Porto Alegre).

A educação e a motivação de todo o núcleo familiar são importantes para a saúde bucal da criança, especialmente nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2006) [D].

A incorporação de hábitos de higiene bucal, o controle da ingestão de açúcares e a alimentação saudável feita pela família resultarão em saúde bucal para a criança e, consequentemente, melhor qualidade de vida para todos. A equipe de saúde deve estar atenta para avaliar quais são os hábitos familiares e estimular, desde o pré-natal, o envolvimento da mãe e dos familiares no cuidado da saúde bucal do bebê (BRASIL, 2006) [D].

Uma das principais doenças bucais, a cárie dentária, quando ocorre em crianças menores de 3 anos, torna-se um importante alerta de risco, pois há maior probabilidade de que as crianças desenvolvam cárie na dentição decídua e também na dentição permanente (BRANDÃO et al., 2006) [C].

Os relatórios que investigam padrões de cárie precoce e amamentação noturna sugerem que o leite permanece estagnado sobre e ao redor do dente quando a criança cai no sono. Neste período, ocorre ainda a diminuição do reflexo de deglutição e o declínio da secreção salivar. Isso intensifica a formação de placa e acarreta uma grande redução do seu "ph", o que se torna um fator causal à sua evolução. Outra explicação estaria no fato de que a mamadeira pode bloquear totalmente o acesso da saliva às superfícies dentais, principalmente da arcada superior, o que aumentaria a cariogenicidade do alimento ingerido, pelo seu maior tempo de permanência na boca (FADEL, 2003).

O hábito da amamentação não deve se constituir de um método usado para confortar a criança, pois isso se tornaria uma contribuição significativa para o desenvolvimento da cárie. A síndrome da cárie de mamadeira tem por característica o fato de se associar ao uso de chupetas adoçadas, além de estar também associada ao uso incontrolado e irrestrito do aleitamento, principalmente no turno da noite. Atualmente, a cárie é vista não só como resultado de um comportamento alimentar inadequado, mas também de supertolerância e negligência por parte dos pais, que muitas vezes não têm conhecimento das consequências de suas ações (FADEL, 2003).

As consequências da cárie precoce são observadas na saúde como um todo: as crianças, por exemplo, podem apresentar baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer [D]. Porém, medidas simples (como o controle da ingestão de açúcar e a higiene bucal) podem preveni-la [D]. A informação para as mães e os cuidadores acerca da importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal tende a resultar em uma redução da cárie dentária (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2001) [D]. O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação dos pais e responsáveis (KUHN, 2002).

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente aos 6 meses) e os 12 meses de idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003) [D]. Crianças que são levadas ao cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância (KRAMER et al., 2008) [C]. Após a primeira consulta, a equipe de saúde bucal fará uma programação de visitas periódicas para a criança, em função de seu perfil de risco.

Além de encaminhar a criança para a consulta odontológica, toda a equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre a saúde bucal das crianças.

A primeira informação importante é sobre a cronologia da erupção dentária (quando os dentes nascem). O mais comum é que os dentes decíduos (de leite) começem a erupcionar em torno dos 6 meses (GUEDES-PINTO, 2006). Porém, é possível que haja retardo na erupção, o que não deve ser motivo de preocupação se ela acontecer até os 12 meses (YKEDA, F.; RAMALHO, 2002) [D]. Após um ano de idade da criança, se não ocorreu a erupção, é necessário investigar o caso, pois existe a possibilidade (rara) de ocorrer anodontia (ausência dos dentes) (FARIA, 2008). Também pode ocorrer de o bebê nascer com dentes (caso de dentes natais) ou vir a tê-los no primeiro mês (caso de dentes neonatais). Eles precisam ser extraídos, pois sua inserção é apenas na gengiva. Por tal razão, podem prejudicar a amamentação natural (ADEKOYA-SOFOWORA, 2008) [D] e apresentam o risco de ser aspirados para o pulmão.

Por volta dos 18 meses aparecem os molares decíduos, o que vai exigir maiores cuidados de limpeza (introdução obrigatória da escova dental), pois estes dentes apresentam sulcos retentivos de placa bacteriana (BRASIL, 2006) [D].

Aos 36 meses, deve estar completa a dentição decídua, que consta de 10 dentes superiores e 10 inferiores.

11.1 Recomendações para crianças de zero a 3 anos

11.1.1 Amamentação

Deve-se estimular o aleitamento materno, ressaltando sua importância para o correto desenvolvimento facial (CURITIBA, 2004) [D]. Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular durante a amamentação favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de desenvolvimento das arcadas e de posicionamento dos dentes. A amamentação favorece a obtenção de um tônus muscular orofacial adequado, que irá interferir positivamente nas funções de mastigação, deglutição e fonação (CURITIBA, 2004) [D].

Crianças que são amamentadas possuem menor probabilidade de desenvolver lesões de cárie do que aquelas que utilizam aleitamento artificial (CPLAN, 2008) [C].

Quando a amamentação não for possível e o uso da mamadeira se fizer necessário, os pais e os cuidadores devem ser orientados a não colocar açúcar no leite, no suco ou no chá dos bebês. Além de evitar o uso do açúcar, eles devem alimentar a criança sentada no colo, nunca deitada no berço, para evitar que ela durma com a mamadeira na boca, pois tal hábito pode ocasionar o desenvolvimento da cárie precoce da infância (*early childhood caries – ECC*) (OLIVEIRA; CHAVES; ROSENBLATT, 2006) [B], também conhecida como “cárie da mamadeira noturna”, que se caracteriza por lesões nos incisivos superiores.

O uso de mamadeiras açucaradas à noite, associado à diminuição do fluxo salivar durante o sono, ocasiona o desenvolvimento de lesões de cárie. A saliva tem um importante papel de neutralização dos ácidos produzidos a partir do açúcar, devido à sua capacidade de funcionar como tampão (GUEDES-PINTO, 2006) [D]. Lesões de cárie na infância também podem estar relacionadas ao uso prolongado de medicamentos que contêm sacarose (DURWARD; THOU, 1997) [C]. Os pais devem ser orientados quanto à necessidade de higiene bucal das crianças após o uso de xaropes (DURWARD; THOU, 1997) [C] e após a ingestão de alimentos com potencial cariogênico. Especial atenção deve ser dada à limpeza bucal da criança antes que ela durma.

11.1.2 Alimentação

O consumo frequente de açúcar apresenta correlação positiva com a prevalência de cárie em crianças de zero a 36 meses [C]. Os pais e os cuidadores devem ser orientados a não colocar açúcar em frutas e sucos, possibilitando que a criança aprecie o sabor natural dos alimentos. A idade em que a criança começa a consumir açúcar é importante, pois a presença dele na alimentação, além de facilitar a implantação de uma microbiota cariogênica, influencia o padrão alimentar futuro, criando a necessidade de consumo cada vez mais frequente do referido produto (CPLAN et al., 2008; WARREN et al., 2008; ANTUNES; ANTUNES; COSTA, 2006) [C].

11.1.3 Higiene bucal

A presença do biofilme bacteriano (placa dental) visível está associada ao desenvolvimento de cárries. Por isso, a adoção de práticas de higiene bucal deve se iniciar na mais tenra infância (WARREN et al., 2008) [C]. Os pais e os cuidadores devem ser orientados a realizar a higiene da seguinte forma:

- **Para bebês sem dentes:** a limpeza da cavidade bucal do bebê deve ser iniciada a partir dos primeiros dias de vida, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca. A limpeza

pode ser realizada com uma gaze ou fralda limpa – embebida em água potável ou solução com uma colher de água oxigenada (vol. 10) em $\frac{1}{2}$ copo de água potável (fria) –, que deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda a mucosa oral do bebê pelo menos uma vez ao dia (KUHN, 2002) [A].

- 174
- **Para bebês em fase de erupção dos incisivos (de 6 a 18 meses):** gaze ou fralda umedecida em água potável, duas vezes ao dia (PROTOCOLO..., 2004) [D].
 - **Para bebês em fase de erupção de molares (de 18 a 36 meses):** com a erupção dos molares decíduos (ao redor dos 18 meses), deve-se iniciar o uso da escova dental macia, duas vezes ao dia [D]. O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia (PROTOCOLO..., 2004) [D].

11.1.4 Uso de bicos e chupetas

Deve-se desestimular este hábito, pois a sucção da chupeta ou da mamadeira pode acarretar alterações bucais em crianças, como más oclusões e alterações no padrão de deglutição (LEITE-CAVALCANTI; MEDEIROS-BEZERRA; MOURA, 2007) [C]. Para se evitar o uso da chupeta, deve-se recomendar a técnica correta de amamentação, não retirando a criança do seio logo que ela já esteja satisfeita, especialmente se ela continuar sugando. Caso o hábito já esteja instalado, deve-se procurar removê-lo o quanto antes para prevenir as alterações e possibilitar sua reversão natural (VELLINI, 1998) [D]. Enquanto o hábito estiver instalado, orienta-se o uso de bico de mamadeira curto e com orifício pequeno e recomenda-se que a mãe não aumente o furo para dar alimentos mais espessos. Estes devem ser oferecidos com colher ou copo.

11.1.5 Uso de fluoretos

A fluoretação das águas de abastecimento público tem sido uma importante medida de promoção de saúde, sendo responsável pela queda nos índices de cárie tanto no Brasil como no mundo (CURY, 2001; HOROWITZ, 2003; NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999; RAMIREZ; BUZALAF, 2007; YEUNG, 2008) [D]. Sendo esta a fonte principal de ingestão de flúor, não se recomenda o uso de suplementação de flúor no pré-natal nem na puericultura em locais onde existe água de abastecimento fluoretada (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2001; CANGUSSU et al., 2002) [D].

Em relação ao flúor tópico, deve-se tomar o cuidado para que ele não seja ingerido. Estudos mostram que a ingestão frequente de flúor acima dos níveis aceitáveis é responsável pelo aparecimento de fluorose na dentição permanente (DO; SPENCER, 2007) [D]. Um estudo realizado com crianças de 11 e 12 anos demonstrou que as crianças que começaram a usar pasta de dentes fluoretada antes dos 3 anos tinham uma chance 4,4 vezes maior de apresentar fluorose dental

em relação a aquelas que começaram a usar pasta fluoretada depois dos 3 anos (PEREIRA, 2000) [B]. A fluorose dental leve causa apenas alterações estéticas, caracterizadas por pigmentação branca do esmalte dentário. A fluorose dental moderada e grave, caracterizada por manchas amarelas ou marrons, pode apresentar defeitos estruturais no esmalte, comprometendo a estética e a função. Portanto, recomenda-se que o creme dental fluoretado somente seja usado com a supervisão dos pais e/ou cuidadores, na última escovação do dia, em quantidade mínima (de um grão de arroz cru, conforme consta no Caderno de Atenção Básica nº 17, 2008), após a erupção dos primeiros molares decidídos (em torno dos 18 meses), com o incentivo para a criança cuspir a pasta após a escovação (TAVENER et al., 2004) [A]. Caso a criança demonstre que gosta de ingerir o creme dental, este não deve ser usado até os 3 anos.

Caso a criança de zero a 3 anos já apresente atividade de cárie (manchas brancas que indiquem descalcificação e/ou cavidades), ela deve ser encaminhada o quanto antes à equipe de saúde bucal, para tratamento e aplicação de verniz com flúor (DO; SPENCER, 2007) [D].

11.2 Recomendações para crianças de 3 a 6 anos

11.2.1 Alimentação

Deve-se reforçar a importância do controle da ingestão de açúcar, evitando principalmente seu uso frequente (entre as refeições), o que está fortemente relacionado com a ocorrência de lesões de cárie (TINANOFF; PALMER, 2000) [D].

11.2.2 Higiene bucal

A responsabilidade pela higiene bucal continua sendo dos pais/cuidadores, porém a criança deve ser estimulada a já escovar seus dentes, com supervisão, possibilitando assim o desenvolvimento das suas capacidades motoras. A escovação noturna (antes de dormir) deve ser realizada pelos pais (BRASIL, 2006) [D].

11.2.3 Uso de fluoretos

Deve-se estimular o hábito de uso de creme dental fluoretado (tomando-se cuidados para evitar sua ingestão), haja vista ser este um importante método de prevenção de cárie, pelo contato frequente com o flúor (SAMPAIO, 2006) [D]. Cabe aos pais/cuidadores a responsabilidade de colocar o creme dental sobre a escova (na medida de um grão de arroz cru, conforme consta no Caderno de Atenção Básica nº 17, publicado em 2008). Crianças com atividade de cárie devem ser encaminhadas à equipe de saúde bucal para tratamento e aplicação de flúor tópico (verniz ou gel).

Dos 3 aos 6 anos não ocorrem erupções dentárias, nem esfoliação (queda) dos dentes de leite. Em torno dos 6 anos, há um importante fato que deve ser do conhecimento dos pais/cuidadores: a erupção do *primeiro molar permanente*, que nasce atrás do último dente de leite. Muitas vezes confundido com dente de leite (em função do fato de nenhum ter caído para que ele erupcionasse), o primeiro molar permanente, ou molar dos 6 anos, é um guia para o estabelecimento de uma oclusão harmoniosa (VELLINI, 1998) [D].

Em torno dos 6 a 7 anos, iniciam-se as trocas dentárias. Os primeiros dentes que são trocados são os incisivos inferiores, seguidos pelos superiores.

11.3 Recomendações para crianças de 6 a 9 anos

Esta é a fase ideal para a participação das crianças em programas educativos preventivos, com atividades lúdicas. O enfoque familiar é de suma importância, uma vez que o aprendizado se dá, também, por meio da observação do comportamento dos pais.

O exame da cavidade bucal das crianças deve ser atividade de rotina para toda a equipe. Portanto, outros profissionais da equipe devem estar atentos à presença de lesões dentárias ou em tecidos moles, podendo efetuar o encaminhamento para a equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006) [D]. Orientações quanto à importância da higiene bucal e do controle de ingestão de açúcares devem fazer parte das consultas da criança com todos os profissionais da equipe de saúde.

11.3.1 Alimentação

É importante que os pais/cuidadores tenham informações sobre a pirâmide dos alimentos e que adquiram para si uma alimentação saudável, com diminuição de ingestão de açúcar, dando bons exemplos aos filhos (MAIA; SAMPAIO; SILVA, 2006) [D].

Algumas recomendações:

- Deve-se evitar referências a alimentos não saudáveis e enfatizar os saudáveis, que incluem carne, verduras, vegetais, frutas e alimentos naturais [D].
- Deve-se dar o exemplo de como combinar alimentos que possam estimular a mastigação, a produção de saliva e a consequente limpeza da cavidade oral [D].
- Deve-se sugerir que, juntamente com a ingestão de alimentos cariogênicos,* faça-se uso de alimentos cariostáticos** (MAIA; SAMPAIO; SILVA, 2006) (grifo nosso) [D].

* **Alimentos cariogênicos:** alimentos que contêm carboidratos fermentáveis, que podem causar a diminuição do pH salivar e a consequente desmineralização dos tecidos dentais. Quando em contato com os micro-organismos da boca, tais alimentos provocam o desenvolvimento da cárie dentária (por exemplo: alimentos que contêm açúcar).

**** Alimentos cariostáticos:** possuem a característica de não ser metabolizados pelos micro-organismos na placa, não provocando queda de pH salivar (por exemplo: queijos, nozes, peixes, carnes, ovos, óleos, margarina, manteiga e sementes).

11.3.2 Higiene bucal

177

A partir dos 6 anos, a criança deve ser estimulada a realizar ela mesma sua higiene bucal, o que contribui para a sua autonomia. Os pais/cuidadores devem supervisionar principalmente a escovação noturna, complementando a escovação feita pela criança.

Nesta faixa etária, inicia-se a troca da dentição decídua pela permanente, o que pode dificultar a higiene bucal, em função da mobilidade dentária do dente decíduo e da irregularidade do contorno gengival logo após ele ter caído, o que pode provocar dor e sangramento durante a escovação. É importante investigar se há dentes permanentes erupcionando sem ter havido a queda do decíduo. Neste caso, a criança deve ser encaminhada à equipe de saúde bucal.

Deve-se perguntar à criança e aos pais/cuidadores se as gengivas dela sangram durante a escovação, devendo ser explicado a eles que, se isso ocorre, há presença de inflamação, razão pela qual a higiene bucal deve ser intensificada (OPPERMANN; RÖSING, 2003) [D].

11.3.3 Uso de fluoretos

Para crianças sem atividade de cárie, é importante o uso diário de creme dental fluoretado. Estudos têm demonstrado que a escovação com dentífrico fluoretado é um método eficaz e simples de prevenção de cárie (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2002) [A], devendo ser incentivada. Para indivíduo com alta atividade de cárie, além do uso diário do creme dental fluoretado, recomenda-se bochecho com solução de flúor, conforme indicação do cirurgião-dentista, e aplicação de gel ou verniz de flúor, feita pela equipe de saúde bucal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2007) [D].

11.4 Recomendações para crianças de 9 a 10 anos

A equipe de saúde deve reforçar as atividades que já estavam sendo realizadas e consolidar, nesta faixa etária, a ideia do autocuidado e a importância da saúde bucal (BRASIL, 2006) [D].

Deve-se assegurar informações sobre os riscos com acidentes e traumatismos dentários em brincadeiras comuns da referida faixa etária, estimulando o uso de proteção (BRASIL, 2006) [D].

Ao se aproximar da adolescência, a criança começa a experimentar hábitos que são nocivos à sua saúde. Deve-se dar-lhe informações sobre os riscos do álcool e do fumo para a sua saúde geral, hábitos que, por sinal, podem lhe causar mau hálito, manchas nos dentes, doença de gengiva e câncer bucal (BRASIL, 2006) [D].

178

11.4.1 Alimentação

As orientações dadas aos pais/cuidadores sobre a ingestão combinada de alimentos para evitar cárie podem ser dadas às crianças desta faixa etária, que já têm autonomia de acesso aos alimentos (MAIA; SAMPAIO; SILVA, 2006) [D]. Deve-se orientar que as crianças levem frutas e alimentos salgados para o lanche na escola.

Referências

ADEKOYA-SOFOWORA, C. A. Natal and neonatal teeth: a review. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, Nigeria, v. 15, n. 1, p. 38-41, Mar. 2008.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Clinical guideline on baby bottle tooth decay/early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries:** unique challenges and treatment options. May 2001. Disponível em: <http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEC.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents.** Chicago, 2007. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Periodicity.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2008.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Section of Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics*, Evanston, v. 111, n. 5, p. 1113-1116, May 2003.

ANTUNES, L. A. A.; ANTUNES, L. S.; COSTA, E. P. R. Fatores utilizados como preditores de cárie na primeira infância. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 117-124, maio/ago. 2006.

BELTRÃO, E. M. et al. Prevalence of dental trauma children aged 1-3 years in João Pessoa (Brazil). *European Archives of Paediatric Dentistry*, Inglaterra, v. 8, n. 3, p. 141-143, Sep. 2007.

BRANDÃO, I. M. G. et al. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 1247-1256, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Editora MS, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

CAMPAGNOLI, E. B. et al. Candidose, qual o melhor tratamento? *JBC: Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada*, Curitiba, v. 8, n. 43, p. 72-76, 2004.

CANGUSSU, M. C. T. et al. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-15, jan./fev. 2002.

CAPLAN, L. S. et al. The potential role of breast-feeding and other factors in helping to reduce early childhood caries. *Journal of the Public Health Dentistry*, Raleigh, Mar. 2008.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 129-139, jan./fev. 2002.

CURITIBA. Secretaria da Saúde de Curitiba. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal.** Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/bucal.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2008.

180
CURY, J. A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora.** São Paulo: Santos; 2001. p. 34-68.

DIAB, M.; ELBADRAWY, H. E. Intrusion injuries of primary incisors. Part II: Sequelae affecting the intruded primary incisors. **Quintessence International**, Berlin, v. 31, n. 5, p. 335-341, May 2000.

DO, L. G.; SPENCER, A. J. Risk-benefit balance in the use of fluoride among young children. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 86, n. 8, p. 723-728, Aug. 2007.

DURWARD, C.; THOU, T. Dental caries and sugar-containing liquid medicines for children in New Zealand. **New Zealand Dental Journal**, Dunedin, v. 93, n. 414, p.124-129, 1997.

FADEL, C. B. Cárie dental precoce: qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia? **Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3, p. 83-89, set./dez. 2003.

FARIA, T. R. S. **Ausência congênita de incisivos laterais permanentes.** 2008. Monografia. (Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial), 2008. Disponível em: <<http://www.ortotuliofaria.com.br/monogra.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2008.

FLORES, M. T. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 23, n. 3, p. 130-136, May 2007.

FLORES, M. T. et al. Guideline for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 23, n. 4, p. 196-202, Jul. 2007.

FLORES, M. T. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 18, n. 6, p. 287-298, Dec. 2002.

GUEDES-PINTO, A. C. (Ed). **Odontopediatria.** 6. ed. São Paulo: Santos, 2006.

HOROWITZ, H. S. The 2001 CDC recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in United States. **Journal of the Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 63, n. 1, p. 3-10, 2003.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A. **Traumatismo na dentição decídua:** prevenção, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos, 2005.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR.** 2002. 77 f. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LEITE-CAVALCANTI, A.; MEDEIROS-BEZERRA, P. K.; MOURA, C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in brazilian preschool children. *Revista de Salud Publica*, Bogota, v. 9, n. 2, p. 194-204, Apr./Jun. 2007.

MAIA, M. C. G.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, C. A. B. Nutrição, dieta e cárie dentária. In: DIAS, A. A. et al. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006. p. 139-154.

NARVAL, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A. Declínio da experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1/2, p. 25-29, 1999. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/departamentos/social/legal/arquivos/declinio_carie.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2008.

OLIVEIRA, A. F. B.; CHAVES, A.; ROSENBLATT, A. The influence of enamel defects on the development of early childhood caries in a population with low socioeconomic status: a longitudinal study. *Caries Research*, Basel, v. 40, n. 4, p. 296-302, 2006.

OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: KRIGER, L. **ABOPREV Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 265-286.

PEREIRA, A. C. Dental caries and fluorosis prevalence study in a nonfluoridated Brazilian community: trend analysis and toothpaste association. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, Chicago, v. 67, n. 2, p.132-135, Mar./Apr. 2000.

PROTOCOLO de atenção odontológica à criança de 0 a 3 anos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS, 5., 2004, Londrina. **Documento final**. Londrina: ENOB, 2004. Disponível em: <<http://www.bebeclinica.uel.br/DocumentoFinal.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2008.

RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinqüenta anos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/24.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

SAMPAIO, F. C. Flúor: pesquisas atuais. In: DIAS, A. A. et al. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006. p. 175-186.

SORIANO, E. P. et al. Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dental Traumatology*, Copenhagen, v. 23, n. 4, p. 232-240, Jul. 2007.

TAVENER, J. A. et al. The prevalence and severity of fluorosis and other developmental defects of enamel in children who received free fluoride toothpaste containing either 440 or 1450 ppm F from the age of 12 months. *Community Dental Health*, London, v. 21, n. 3, p. 217-223, 2004.

TINANOFF, N.; PALMER, C.A. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *Journal of the Public Health Dentistry*, Raleigh, v. 60, n. 3, p. 197-206, 2000.

VELLINI, F.F. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico.** São Paulo: Artmed, 1998.

WARREN, J. J. et al. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. **Journal of the Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 68, n. 2, p. 70-76, 2008.

YEUNG, C. A. A systematic review of the efficacy and safety of fluoridation. **Evidence-Based Dentistry**, London, v. 9, n. 2, p. 39-43, 2008.

YKEDA, F.; RAMALHO, L. T. O. **Atlas e texto interativo de histologia e embriologia bucal.** São Paulo: UNESP, 2002.

Prevenção de Acidentes

12

A palavra “acidente” é tradicionalmente usada para definir a ocorrência de eventos que resultem em uma lesão. Por ser mais abrangente, considera as categorias: “intencional” e “não intencional”, sendo que a categoria “intencional” pode ser subdividida em violência “interpessoal” e “autoprovocada”. Entretanto, tal distinção entre *acidente* e *lesão* em termos de causa e efeito é motivo de confusão, pois não é a lesão em si que é intencional ou não intencional, mas sim o ato decorrente da lesão. A OMS define um *acidente* como algo que resultou ou poderia ter resultado em uma lesão; contudo, a palavra “acidente” carrega uma conotação de imprevisibilidade ou casualidade, levando a crer que seja incontrolável ou não prevenível, como se fosse uma determinação do destino (WELANDER; SVANSTRÖM; EKMAN, 2000, p. 16).

O Ministério da Saúde adota o termo *acidente* na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) tendo em vista que a expressão está consagrada pelo uso, retirando-lhe, contudo, as conotações fortuita e causal que lhe podem ser atribuídas. O MS assume, portanto, que tais eventos são, em maior ou menor grau, previsíveis e preveníveis (BRASIL, 2001).

Por isso, é importante que os profissionais de saúde reflitam sobre essas categorias e suas repercussões ao abordar os casos de “acidentes” e a prevenção de situações que coloquem em risco a integridade física e mental da criança que sofreu algum tipo de “acidente”. São atitudes que podem contribuir para a desconstrução do caráter imprevisível de eventos cuja cadeia causal pode ser identificada e rompida (BRASIL, 2001).

Para efeitos de registro nas bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), os acidentes e as violências são incluídos na categoria denominada *causas externas*, definição atribuída no capítulo XX da 10^a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde (CID-10), que abrange tanto os eventos accidentais quanto as causas violentas. No ano de 2007, segundo dados do SIM, as causas externas representavam a primeira causa de óbitos de crianças na faixa etária entre 1 a 10 anos no País, sendo que as principais causas de óbitos em crianças de 0 a 10 anos foram os acidentes de transporte (29,3%), seguidas pelos afogamentos (21,0%) e outros riscos à respiração, como engasgamento com o próprio vômito e por corpo estranho (15,4%). No mesmo ano, as agressões (violências) foram responsáveis por 6,9% dos óbitos em crianças na referida faixa de idade (MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2009; BRASIL, 2009a).

Para conhecer a dimensão e o perfil dos acidentes que não acarretam o óbito e que nem sempre ocasionam a internação, o Ministério da Saúde estruturou o módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), em dois componentes: Viva-Contínuo e Viva-Sentinela. Este último, realizado em unidade de emergências hospitalares por meio de pesquisa/inquérito, permite conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no País, mediante a coleta de dados sobre atendimentos realizados em plantões de 12 horas e em turnos alternados em um único mês (BRASIL, 2009a).

Os atendimentos foram classificados em dois grupos: acidentes e violências. O acidente foi definido como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, ocorrido no ambiente doméstico (moradia/espaço de convivência familiar) ou social (trabalho, escola, esporte e lazer). A violência é entendida como o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, de forma que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, que será tratada no capítulo 13 deste Caderno de Atenção Básica.

Os resultados do Viva-Sentinela no ano de 2007 mostraram que as principais causas de atendimento de crianças na rede de serviços de saúde foram as quedas (67%), seguidas dos acidentes de transporte (15%), do choque por objetos/pessoas (8%) e dos ferimentos por objetos cortantes (7%) (BRASIL, 2009a). Todas as referidas causas são preveníveis e evitáveis. Neste sentido, os profissionais de saúde exercem papel fundamental na mudança de hábitos e comportamentos saudáveis junto à comunidade, por meio de uma abordagem educativa e informativa sobre os meios de se fazer a prevenção (BRASIL, 2005).

12.1 Os diferentes momentos de se fazer prevenção

Os acidentes constituem o extremo de um processo cuja cadeia causal pode ser antecipada, razão pela qual é fundamental contextualizá-los para propor ações possíveis e viáveis de prevenção. O procedimento de atribuir uma multidimensionalidade (BRASIL, 2005) que contemple inclusive a tomada de decisão informada enriquece a análise e a variedade de opções de intervenção (ROCHA et al., 2001).

O quadro 19, idealizado por William Haddon Jr. e adaptado para a finalidade deste Caderno de Atenção Básica, caracteriza graficamente as possibilidades de identificação de risco e intervenção (RUNYAN, 1998) em relação à ocorrência de lesões. Já o quadro 20 exemplifica as possibilidades de identificação de risco e intervenção a partir de um exemplo como a queda de crianças de uma janela.

Quadro 17 – Dimensão epidemiológica dos acidentes

Fases	Criança	Agente causador	Ambiente físico	Ambiente socioeconômico
Pré-evento	Campanhas de prevenção	Reducir a quantidade e/ou intensidade	Separar o agente da vítima	Modificações ambientais
Evento	Estabilizar e reparar	Diminuir a liberação de energia	Afastar outros agentes	Instalação de barreiras ou proteções
Pós-evento	Reabilitar	Avaliar seu controle	Centros de trauma	Supporte e treinamento em atendimento de emergência

Fonte: RUNYAN, 1998.

Quadro 18 – Dimensão epidemiológica no contexto de um exemplo de acidente

Fases	Criança	Aberturas e vãos desprotegidos	Residência	Comunidade
Antes da queda	Orientar a criança para não se pendurar em janelas	Manter as janelas protegidas com redes ou grades	Impedir o acesso da criança à janela	Orientar a família para não instalar móveis junto às janelas e providenciar a instalação de barreiras de acesso a janelas, escadas e sacadas.
Durante a queda ou imediatamente depois	Prestar os primeiros socorros	Diminuir o risco de nova queda pela retirada de móveis de perto das janelas e pela instalação de barreiras	Instalar barreiras de proteção	Ensinar normas de primeiros socorros à comunidade. Elaborar normas que regulamentem a instalação mandatória de barreiras de acesso a aberturas e vãos.
Depois da queda	Providenciar o atendimento necessário	Avaliar a qualidade da instalação do equipamento de proteção	Construir moradias com proteção incluída	Facilitar o acesso ao atendimento pós-queda e o acompanhamento da família envolvida.

Fonte: RUNYAN, 1998.

12.2 Fatores de risco e de vulnerabilidade para acidentes

Os fatores de risco e de vulnerabilidade para a ocorrência de acidentes (lesões accidentais não intencionais), segundo estudos, são divididos em: (i) intrapessoais, que são relacionados à idade, ao sexo e ao comportamento de risco, este último atribuído a adolescentes; (ii) interpessoais, que são relacionados aos cuidados exercidos pela família e ao ambiente doméstico; (iii) institucionais, que são relacionados à comunidade, ao bairro, à escola e à urbanização; e (iv) fatores culturais, que são aqueles relacionados à sociedade (BAKER; RUNYAN, 2012).

Levando-se em consideração os fatores intrapessoais, observa-se que a criança, em seu processo natural de crescimento e desenvolvimento e com seu comportamento exploratório, enfrenta situações que podem colocar em risco a sua integridade. Tais situações ocorrem conforme a fase do desenvolvimento da criança, o sexo e a faixa etária (HADDON, 1980).

- Menores de 2 anos estão sujeitos a riscos impostos por terceiros, como queimaduras, intoxicações, colisão de automóvel e quedas.
- Meninos estão mais propensos a sofrer acidentes do que as meninas (BLANK, 2005; WAKSMAN, 2007).

- 188
- Pré-escolares (de 2 a 6 anos) sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão, quedas de lugares altos, ferimentos, lacerações e queimaduras.
 - Crianças na idade escolar (de 6 a 10 anos) podem ser vítimas de atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, traumatismos dentários, ferimentos com armas de fogo e lacerações.

Neste contexto, o conceito de vulnerabilidade permite que sejam repensadas as práticas de saúde, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir para a mudança de hábitos e incentivar comportamentos saudáveis que resultem em impactos significativos no perfil epidemiológico, a partir da compreensão de que é no contexto da vida social e familiar que aumentam as chances de exposição das crianças aos acidentes e às violências, resultantes de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos (BRASIL, 2010).

12.3 Atitudes promotoras de segurança em determinados contextos e espaços sociais

As ações de prevenção podem incidir nas comunidades para facilitar a reflexão sobre as questões socioeconômicas, culturais e ambientais relevantes, além de propiciar ações que estimulem a modificação dos determinantes de risco a lesões (acidentes) nos âmbitos da moradia, do transporte, do lazer e da educação, entre outros. De igual forma, podem proporcionar uma boa qualidade de vida para todos. Por exemplo: o uso de fogos de artifício para comemorações é mais intenso nas regiões Norte e Nordeste no período das festas de São João, que acontecem nos meses de junho e julho, no fim do ano em grande parte do País e na passagem do ano, mas pode haver uma grande incidência de lesões (acidentes) após a partida final de um campeonato esportivo em qualquer época do ano. Tal análise favoreceria a intensificação de atitudes promotoras de segurança em determinados contextos. Outra situação, infelizmente comum, é o afogamento de crianças pequenas em recipientes que contêm um pouco d'água (MATTOS, 2001).

A partir da reflexão do profissional sobre os atendimentos realizados nos serviços de saúde relacionados a eventos como os citados, tais ocorrências servem como sinais de alerta para a adoção de medidas preventivas, o que requer a intensificação do trabalho educativo com as famílias e as comunidades que apresentam maior risco para os referidos tipos de eventos.

12.4 Orientações aos familiares e às crianças para evitar e prevenir acidentes

Os profissionais da Atenção Básica, por manterem um contato mais próximo com as comunidades nas quais trabalham, especialmente com as crianças e suas famílias, têm oportunidades únicas durante as visitas domiciliares para realizar ações educativas de como evitar e prevenir acidentes. É recomendado que cada profissional aproveite os momentos das visitas para avaliar aspectos relevantes de segurança no ambiente doméstico e de todos os membros da família [A]. Além disso, também fazem parte do rol de ações dos profissionais e de toda equipe de saúde as orientações sobre a promoção, a proteção e a defesa dos direitos das crianças ao acesso a equipamentos públicos e insumos necessários à recuperação e à manutenção da sua saúde e da sua qualidade de vida.

Outro aspecto importante que merece atenção e cuidados é a possibilidade de que remédios estejam ao alcance de crianças. Neste caso, recomenda-se o uso de tampas “à prova de criança”. São mais efetivas na prevenção de acidentes (GASPAR et al., 2004), embora as intervenções de aconselhamento comportamental que incluam um componente educativo tenham maior efetividade quando acompanhadas de uma demonstração de uso de determinado equipamento ou de sua distribuição (MARTINS; ANDRADE, 2005).

Entretanto, ressalta-se que a situação de cada criança deve ser analisada conforme seu contexto socioeconômico e cultural (PAES; GASPAR, 2005), além do estágio de desenvolvimento próprio de cada uma (USPSTF, 2007). As orientações não devem ser “recitadas”, mas sim apresentadas e discutidas com pais e responsáveis durante as consultas de rotina ou as visitas domiciliares, com uma linguagem acessível e sem julgamentos sobre a culpabilidade de alguém (CUBBIN; SMITH, 2002).

As informações a seguir, relacionadas aos cuidados para a segurança das crianças, no sentido de evitar e prevenir acidentes, objetivam auxiliar o profissional de saúde na orientação aos pais, responsáveis e/ou cuidadores de crianças entre 0 e 10 anos, sobre os hábitos e as atitudes do cotidiano promotoras de um ambiente seguro e saudável para a criança, conforme as atividades prováveis, por faixa etária e/ou ambiente onde as crianças vivem e transitam. Tais recomendações encontram-se também na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2009b), que é distribuída gratuitamente pelo Ministério da Saúde para todas as crianças nascidas no território nacional, o que permite o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento aos 10 anos de idade incompletos. Após tal idade, o acompanhamento deve ser feito na Caderneta de Saúde do Adolescente ou da Adolescente.

Quadro 19 – Cuidados para garantir a segurança das crianças, a fim de evitar acidentes

De 0 a 6 meses	
Quedas	Proteja o berço e o cercado com grades altas com no máximo 6cm entre elas. Nunca deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem por um segundo. Jamais deixe a criança sob os cuidados de outra criança.
Queimaduras	No banho, verifique a temperatura da água (o ideal é 37°C). Enquanto estiver com a criança no colo, não tome líquidos quentes. Evite fumar dentro de casa, principalmente com a criança no colo.
Sufocação	Nunca use talco próximo ao rosto da criança. Ajuste o lençol do berço, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis.
Afogamentos	Nunca deixe a criança sozinha na banheira.
Medicamentos	Nunca dê à criança um remédio que não tenha sido receitado pelo médico.
Acidentes no trânsito	O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

De 6 meses a 1 ano (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)	
<i>Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa.</i>	
Choques	Coloque protetores nas tomadas e nos fios elétricos, deixando-os longe do alcance de crianças.
Quedas	Coloque, nas janelas, redes de proteção ou grades que possam ser abertas em casos de incêndio. Instale barreiras de proteção nas escadas. Certifique-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar acidentes.
Queimaduras	Use as bocas de trás do fogão e mantenha os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão. Mantenha as crianças longe do fogo, de aquecedores e ferros elétricos.
Sufocação	Afaste sacos plásticos, cordões e fios.
Afogamentos	Não deixe as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas.
Intoxicação	Mantenha produtos de limpeza e medicamentos fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados.
Acidentes no trânsito	O Código de Trânsito Brasileiro determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

continua

continuação

De 1 a 2 anos**(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)***A criança já anda sozinha e gosta de mexer em tudo.*

Quedas	Coloque proteções nas escadas e janelas. Proteja os cantos dos móveis.
Segurança em casa	Coloque obstáculo na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro.
Outros cuidados	Não deixe ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos. Coloque longe do alcance das crianças objetos que se quebrem, detergentes, medicamentos e outros produtos com substâncias corrosivas, pois as crianças gostam de explorar o ambiente onde vivem.
Acidentes no trânsito	O CTB determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e rua) e escolha lugares seguros para as crianças brincarem (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

De 2 a 4 anos**(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)***A criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo.*

Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque ou corra em locais com fluxo de veículos (garagem e locais próximos a rodovias), escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).
Outros cuidados	Não deixe a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando.

continua

continuação

192

De 4 a 6 anos**(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)***Embora mais confiante e capaz de fazer muitas coisas, a criança ainda precisa de supervisão.**Converse com ela e explique sempre as situações de perigo.*

Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Queimaduras	As crianças não devem brincar com fogo. Evite que usem fósforo e álcool. Mantenha-as longe de armas de fogo.
Afogamentos	A criança não deve nadar sozinha. Ensine-a a nadar. Não é seguro deixar crianças sozinhas em piscinas, lagos, rios ou no mar, mesmo que elas saibam nadar.
Segurança em casa e na rua	Mantenha a criança sob supervisão constante quando estiver com ela em lugares públicos como parques, supermercados e lojas. Produtos inflamáveis (álcool e fósforos), facas, armas de fogo, remédios e venenos devem estar totalmente fora do alcance das crianças.
Acidentes no trânsito	As crianças devem usar os equipamentos chamados de <i>assentos de elevação (boosters)</i> , com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro, até os 7 anos e meio.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Escolha lugares seguros para as crianças andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

De 6 a 10 anos**(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)***Com a criança quase independente, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão nas atividades fora de casa. Explique sempre para a criança os riscos que ela pode correr no dia a dia.*

Quedas	Nunca deixe que a criança brinque em lajes que não tenham grades de proteção. Ao andar de bicicleta, skate ou patins, a criança deve usar capacete de proteção e não deve circular em ruas por onde transitam veículos.
Queimaduras	Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifício.
Choque elétrico	Não deixe a criança soltar pipa (papagaio, arraia) em locais onde há fios elétricos, devido ao risco de choque de alta tensão.
Acidentes no transito	Evite acidentes. Utilize corretamente para a criança o assento de elevação até ela completar 7 anos e meio de idade. A partir desta idade, as crianças deverão usar o cinto de segurança de três pontos no banco de trás. Sentar-se no banco da frente só é permitido pela lei a partir dos 10 anos de idade e com o uso do cinto de segurança.

continua

continuação

De 6 a 10 anos**(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)**

Com a criança quase independente, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão nas atividades fora de casa. Explique sempre para a criança os riscos que ela pode correr no dia a dia.

Acidentes com armas de fogo	Armas de fogo não são brinquedos. Evite-as dentro de casa.
Atropelamentos	Nesta fase, ainda é preocupante este tipo de acidente. Por isso, oriente seu filho sobre as normas de trânsito.

193

Atenção: em casos de acidentes com materiais de limpeza, medicamentos e outros produtos tóxicos, ligue para o centro de informação toxicológica ou o centro de controle de intoxicações mais próximo.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2012.

Referências

BAKER, S. P.; RUNYAN, C. W. **William Haddon, Jr., his legacy.** Disponível em: <<http://www.iprc.unc.edu/pages/training/p1.ppt>>. Acesso em: 8 maio 2012.

194

BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. *J Pediatría* v. 81, n. 5, p. 123-136, 2005. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania.** Brasília: 6. ed. Editora MS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1E, n. 96, 18 maio, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Editora MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA – Vigilância de Violência e Acidente.** 2006 – 2007. Brasília: Editora MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade, 2005.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 out. 2008.

CUBBIN, C.; SMITH, G. S. Socioeconomic inequalities in injury: critical issues in design and analysis. *Annu Rev Public Health*, [s.l.], v. 23, p. 349-375, 2002.

GASPAR VLV, LAMOUNIER JA, CUNHA FM, GASPAR JC. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. *J Pediatría*, [s.l.], v. 80, n. 6, p. 447-452, 2004.

HADDON, W. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Reports*, [s.l.], v. 95, n. 5, p. 411-421, 1980.

MAGALHÃES, M. L.; FRANCO NETTO, T.L. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes:** prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal. Brasília: 2009.

MARTINS, C. B. de G.; ANDRADE, S. M. de A. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MATTOS, I. E. Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 12 anos: uma análise dos registros de atendimento de um hospital do Rio de Janeiro. *Inf. Epidemiol. SUS*, v. 10, n. 4, p.189-198, dez. 2001.

PAES CEN, GASPAR VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar. **J Pediatria**, [s.l.], v. 81, n. 5, p. 146-154. Suplemento.

ROCHA, F. et al. Mortalidade em crianças de cinco a nove anos, Porto Alegre, 1988 a 2000. **Bol. da Saúde**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 159, 2001.

RUNYAN, C. W. Using the Haddon Matrix: introducing the third dimension. **Injury Prevention**, n. 4, p. 302-307, 1998.

195

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Counseling about proper use of motor vehicle occupant restraints and avoidance of alcohol use while driving**. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/mvoi/mvoirs.htm#clinicalClinical%20Considerations>> Acesso em: 8 maio 2012.

WAKSMAN, R. D. (Coord.). Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência Contra Crianças e Adolescentes, 2., **Anais...** São Paulo, 21 de agosto de 2007. Disponível em: <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p1.pdf>;<http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p2.pdf>;<http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p3.pdf>http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p2.pdf>. Acesso em 7 jul. 2008.

WELANDER, G.; SVANSTRÖM, L.; EKMAN, R. **Safety promotion: an introduction**. Stockholm: Karolinska Institutet, 2000, p. 16.

Proteção e Cuidados para Crianças e Suas Famílias em Situações de Violência

13

A violência interpõe-se como uma poderosa ameaça ao direito à vida e à saúde da criança e de sua família. Mais do que qualquer outro tipo de violência, a cometida contra a criança não se justifica, pois as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade. A exposição da criança a qualquer forma de violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como a negligência e o abandono, principalmente na fase inicial da sua vida, podem comprometer seu crescimento e seu desenvolvimento físico e mental, além de gerar problemas de ordem social, emocional, psicológica e cognitiva ao longo de sua existência (PINHEIRO, 2006; MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2008; BRASIL, 2010).

Neste sentido, desde 1996, há uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que as violências devem ser encaradas como importantes problemas de saúde pública.

No Brasil, as agressões (violências) no ano de 2007 ocupavam a quinta causa de óbitos de crianças menores de um ano de idade (SIM/SVS/MS). No entanto, são os atendimentos e as internações de crianças vítimas desses eventos que exigem maior atenção dos profissionais de saúde, tanto da atenção especializada quanto da atenção básica, para o acompanhamento das crianças e das famílias após a alta hospitalar. Os resultados do componente da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva-Contínuo), realizado no período de 1º de agosto de 2006 a 31 de julho de 2007, em 27 municípios brasileiros, mostraram que a violência sexual foi a principal causa de atendimentos de crianças nos serviços de saúde. Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 (44%) foram por violência sexual, seguida da violência psicológica (36%), da negligência (33%) e da violência física (29%). A residência foi o local de maior ocorrência dos casos de violência contra crianças (MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2008; BRASIL, 2009).

As crianças mais novas estão mais expostas à agressão física. Quanto ao recorte de gênero, principalmente os meninos sofrem mais agressões físicas. Já as meninas estão mais expostas aos seguintes tipos de agravos: violência sexual, negligência nutricional e educacional, exploração sexual comercial e no turismo. Por sua vez, as crianças maiores estão mais expostas à violência escolar e à violência urbana (SOUZA, 2007).

As situações de violência se apresentam para a Atenção Básica à Saúde num leque de novos desafios epidemiológicos para a saúde da criança, caracterizados por um forte componente psicossocial. Para um enfrentamento eficaz deste novo perfil de morbidade, a unidade básica de saúde precisa desenvolver uma atenção baseada em trabalho de equipe multiprofissional, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade e forte parceria intersetorial, sob pena de se tornar “gradativamente irrelevante para a saúde infantil!” (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Assim, o profissional da Atenção Básica deve estar preparado para:

- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violências;

- 200
- Conhecer as diversas formas de manifestação da violência;
 - Identificar os casos suspeitos de violência na comunidade;
 - Cuidar de crianças em situação de violência, procurando ampliar a rede de cuidados e de proteção social para a tomada de decisões;
 - Buscar apoio da rede de cuidados e de proteção social no território, para interromper a violência, especialmente a de repetição, encaminhando as crianças para os serviços especializados identificados como referências no território;
 - Realizar o acompanhamento da criança e da família, enquanto não houver a alta do serviço de saúde;
 - Realizar o seguimento da criança e de sua família em situação de violência para a continuidade do cuidado na rede de proteção social;
 - Fazer intenso trabalho de articulação em todo este processo, não apenas com os serviços da rede de saúde e das demais políticas públicas (escola, Cras etc.), mas também com as forças vivas da comunidade, como associações de moradores, organizações não governamentais, sindicatos, igrejas, etc. (SOUZA, 2007; FERNANDES; CURRA, 2007).

13.1 Tipos e natureza das violências

Os tipos de violências, segundo Relatório da Organização Mundial da Saúde, estão divididos em três grandes categorias:

1. **violência dirigida a si mesmo ou autoinfligida:** inclui a tentativa de suicídio (comportamento suicida), o suicídio e a automutilação;
2. **violência interpessoal:** pode ser intrafamiliar (cometida por quaisquer membros da família) ou comunitária (cometida por pessoas conhecidas ou não);
3. **violência coletiva:** pode ser social, política ou econômica (envolve organizações maiores, tais como grupos armados, o poder do Estado ou de governos sobre os cidadãos, entre outros) (KRUG et al., 2002).

A natureza dos atos violentos poderá ser física, sexual, psicológica ou poderá envolver a negligência, a privação e o abandono.

O termo “maus-tratos” é utilizado como sinônimo do termo “violência” em muitos artigos e publicações e também pelos profissionais que lidam com crianças e adolescentes. Mas para efeitos de intervenção faz-se necessário reconhecer os tipos e a natureza de tais violências. A “Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”, lançada pelo Ministério da Saúde, possibilita a notificação da violência de natureza física, sexual e psicológica, além da negligência, da privação e do abandono e de suas várias formas de manifestação (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

13.1.1 Natureza da violência

- **Física:** violência empregada com o uso da força ou de ações, em geral, praticadas por pais ou responsáveis, pessoas conhecidas ou desconhecidas, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes.
- **Psicológica:** toda forma de rejeição, depreciação e desrespeito cometidos contra a criança com o intuito de atender às necessidades psíquicas dos adultos. Cobranças e punições exageradas são formas de violência psicológica que podem trazer graves danos ao desenvolvimento da criança.
- **Negligência:** omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, mental e social. São exemplos: privação de medicamentos e cuidados com a saúde da criança, descuido com a higiene, ausência de proteção contra o frio, o calor, privação de alimentos, falta de estímulos e condições para frequentar a escola. O *abandono* é a forma extrema de negligência.
- **Sexual:** abuso de poder, quando a criança é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais de que ela não tem entendimento, com ou sem violência física associada (ASSOCIAÇÃO..., 2003; SOCIEDADE..., 2001; ASSOCIAÇÃO..., 2008a; ASSOCIAÇÃO..., 2008b; ASSIS, 2007).

13.2 Formas e manifestações da violência sexual

- *Violência sexual doméstica ou intrafamiliar ou incestuosa:* quando existe laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor.
- *Violência sexual comunitária ou extrafamiliar:* quando geralmente o agressor é alguém em quem a vítima confia (educadores, profissionais de saúde, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos etc.). Há também casos de violência por desconhecidos.
- *Violência sexual ou assédio sexual:* se expressa por meio de ameaças e chantagens, conversas abertas, exibicionismo, voyeurismo, pornografia.
- *Violência sexual com contato físico:* carícias nos órgãos genitais, tentativas de relação sexual, sexo oral, penetração vaginal e anal.
- *Pedofilia:* atração erótica por crianças, podendo o pedófilo se satisfazer com fotos, fantasias ou com o ato sexual.
- *Exploração sexual:* caracteriza-se pela utilização de crianças e adolescentes com intenção de lucro ou em troca de favores e dinheiro. Ocorre em redes de prostituição, de pornografia, de tráfico para fins sexuais, em viagens e no turismo.

- *Pornografia*: uso e exposição de imagens eróticas, de partes do corpo ou de práticas sexuais entre adultos e crianças, outros adultos, animais, por intermédio de livros, fotos, filmes, internet. Este crime diz respeito a quem fotografa, filma, guarda e veicula as imagens.
- *Turismo para fins sexuais*: caracterizado por excursões com fins velados ou explícitos de proporcionar prazer e sexo aos turistas.
- *Tráfico para fins de exploração sexual*: envolve sedução, aliciamento, rapto, intercâmbio, transferência e hospedagem para posterior atuação das vítimas (BRASIL, 2012; ASSIS, 2007).

13.3 Outras formas de violência contra crianças

Síndrome do bebê sacudido: caracteriza-se por lesões de gravidade variável que ocorrem quando um adulto provoca fortes sacudidas num bebê (em geral, menor de 6 meses), frequentemente pela irritação com o seu choro ou quando a criança realiza algum ato sobre o qual não tem domínio, o que desagrada o cuidador. São sequelas frequentes deste tipo de violência: cegueira ou lesões oftalmológicas, hemorragia de retina, atraso no desenvolvimento, convulsões, fraturas de costelas, lesões na coluna, lesões ou hemorragias cerebrais (hematoma subdural). Dependendo da gravidade da violência, o quadro pode evoluir para o óbito da criança (ASSOCIAÇÃO..., 2003; ASSOCIAÇÃO..., 2008b; BRASIL, 2002).

Síndrome de Münchausen por procuração: é a condição em que doenças ou sintomas são forjados na criança, em geral por suas mães. É um transtorno psiquiátrico da mãe, que assume a doença indiretamente, por intermédio da criança, exacerbando, falsificando ou produzindo histórias clínicas e evidências laboratoriais, causando lesões físicas e induzindo a criança à hospitalização com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos para ela.

Trabalho infantil: é o conjunto de tarefas de natureza econômica que inibem as crianças de viver sua condição de infância e pré-adolescência. Consiste em tarefas efetuadas de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições desqualificadas e que põem em risco o bem-estar físico, psíquico, social ou moral da criança, limitando seu crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.

“É proibido qualquer trabalho a menores de 16 anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos. O trabalho do menor não poderá ser realizado em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários que não permitam a frequência à escola” (BRASIL, 1943).

Tráfico de seres humanos: ato de promover e/ou facilitar a entrada, no território nacional, de pessoa que nele venha a exercer a prostituição ou a saída de pessoa que vá exercê-la no estrangeiro, incluindo o trabalho sem remuneração, forçado ou escravo, de forma que submeta a pessoa à situação em que se utilize ou não o emprego da violência, de grave ameaça ou fraude, com fim de lucro, segundo o Artigo nº 231 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Violência no ambiente escolar contra estudantes ("bullying"): como não existe um só termo na língua portuguesa que seja capaz de agregar, em seu sentido, todas as situações em que são praticados atos de violência física, emocional ou psicológica possíveis de ocorrer, adotamos no Brasil a terminologia *bullying* (vocabulo de origem inglesa), assim como a maioria dos países. Porém, os termos *acossamento, ameaça, assédio, intimidação*, além dos mais informais (como *implicar*), além de diversos outros termos utilizados pelos próprios estudantes em diversas regiões, podem ser utilizados com o mesmo sentido. Este tipo de violência pode se expressar de várias maneiras: com implicância, colocação de apelidos, exclusão do grupo, intimidação, assédio, humilhação, difamação, agressão física etc. É um problema mundial que perpassa todas as classes sociais. Os meninos têm mais chances de se envolver com esta forma de violência do que as meninas. Os alvos são, em geral, pessoas inseguras, com baixa autoestima e com pouca habilidade de fazer cessar a violência. Tais crianças têm maiores chances de apresentar sentimentos de angústia, tristeza e solidão, depressão e ideias suicidas (ASSIS, 2007).

13.4 Alerta para os sinais e sintomas da violência

Todos os profissionais que atendem crianças devem estar atentos aos sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência ou à negligência, mesmo que até o momento não se tenha evidências fortes que subsídiam as recomendações deste rastreamento (AMERICAN..., 2008) [D]. A suspeita de violência, também conhecida como maus-tratos, surge, em geral, no momento em que se procede à anamnese ou ao exame físico da criança. Muitos sinais e sintomas são inespecíficos. Portanto, é necessário contextualizar a situação em que os sintomas se apresentam, conhecer os sentimentos e o comportamento da criança e a forma como ela se relaciona dentro e fora do grupo familiar (SOCIEDADE..., 2001) [D].

A criança pode ser levada para o atendimento ao evidenciar uma história de falhas no seu desenvolvimento (desnutrição, obesidade, sintomas depressivos, dificuldades no aprendizado, distúrbios de conduta ou comportamento, distúrbios do sono, fobias e outros sinais de negligência psicológica ou física). Com frequência, quando a criança é vítima de violência, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato ou para os sinais e sintomas de sofrimento geralmente associados (ASSOCIAÇÃO..., 2003).

Sempre se deve associar sinais e sintomas aos indícios que ocasionaram a suspeita de violência, haja vista não haver sintomas específicos que caracterizem o sofrimento ou o adoecimento por violências. A identificação das vítimas pode ocorrer durante o atendimento da criança em um serviço de saúde, em sua estada na creche, na pré-escola ou na escola. Por isso, é de primordial importância a participação ativa dos profissionais de saúde na estratégia de atuação coletiva contra a violência, além de constituir uma rede de apoio à família (FERNANDES; CURRA, 2007; SOCIEDADE..., 2001).

Segundo a Abrapia (2003), é preciso que se tenha atenção às mudanças de comportamento e aos sinais físicos na criança. Muitas vezes, eles sinalizam que algo está ocorrendo, para o qual não há possibilidade de formulação verbal do discurso.

Ao atender um caso suspeito de violência, o profissional de saúde deve formular as seguintes questões:

- A lesão está de acordo com o que está sendo relatado? Há discrepância entre a história e o exame físico? As informações fornecidas pelos responsáveis são contraditórias, duvidosas ou confusas?
- Ela realmente pode ter ocorrido desta forma?
- A relação temporal está correta?
- As lesões são compatíveis com algum tipo de violência?
- A postura da família está adequada à gravidade do ocorrido?
- Houve retardo na busca de auxílio? É inexplicável o atraso entre o “acidente” e a procura de tratamento médico?
- Existem dados contraditórios na história da lesão? Existe história anterior semelhante?
- Os “acidentes” são recidivantes e os irmãos frequentemente apresentam achados semelhantes ou são responsabilizados pelo ocorrido?

É importante que todas estas questões sejam avaliadas sempre em equipe. Após prestar o acolhimento, o atendimento e fazer a notificação do caso suspeito ou confirmado, a equipe deve acionar a rede para a adoção de medidas de proteção à criança e à sua família, especialmente perante o conselho tutelar (CADERNO..., 2012).

13.4.1 Sinais de violência física

As lesões físicas intencionais mais frequentes são equimoses, hematomas e escoriações, em geral encontradas em locais normalmente protegidos, como costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés. Mordidas e queimaduras em locais bizarros e a marca do objeto utilizado na agressão são de fundamental importância (CADERNO..., 2012).

Devem ser observadas:

- Lesões não compatíveis com a idade ou o desenvolvimento psicomotor da criança:
 - Fraturas em crianças menores de 18 meses (BANASZKIEWICZ; SCOTLAND; MYERSCOUGH, 2002) [C].
- Lesões não justificáveis pelo acidente relatado:
 - Fraturas de fêmur em crianças menores de dezoito meses (REX et al., 2000) [B];
 - Fraturas de crânio em relato de quedas de berço (SOCIEDADE..., 2004);

- Fraturas de perna em quedas de bicicleta em crianças com menos de 4 anos (SOCIEDADE..., 2004).
- Lesões bilaterais:
 - Hemorragia bilateral de retina (BECHTEL et al., 2004) [A].
- Lesões em várias partes do corpo:
 - Lacerações, equimoses, hematomas, cortes, perfurações ou queimaduras que lembrem objetos (como fios, cintos, fivelas, solado de sapato etc.) ou partes do corpo do(a) agressor(a) (mãos, dedos etc.);
 - Lesões circulares no pescoço, nos punhos ou nos tornozelos são indícios de tentativa de enforcamento ou de que a criança estivesse sendo mantida amarrada (REX et al., 2000);
 - Ausência de cabelo e presença hemorrágica no couro cabeludo indicam puxões vigorosos dos cabelos e encobrem lesões internas mais comprometedoras, como fraturas (RUBIN et al., 2003) [B];
 - Edema subdural (NATIONAL..., 2006) [C];
 - Lesões que envolvem regiões do corpo usualmente cobertas (como em grandes extensões de dorso, na região interna da coxa, na genitália), dentes amolecidos ou fraturados (SOCIEDADE..., 2004);
 - Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura são características de maus-tratos, o que indica injúrias repetidas, que podem culminar com a morte da criança (CADERNO..., 2012);
 - Queimaduras por imersão ou escaldadura em luva, em meia, com limites bem definidos, envolvendo todo o membro ou parte dele, em região genital e na área das nádegas, ou ainda com forma do objeto, como ponta de cigarro (SOCIEDADE..., 2004);
 - Lesões abdominais em crianças maiores e adolescentes, decorrentes de espancamentos, socos ou pontapés, podem acarretar a ruptura ou o sangramento de vísceras ou síndromes obstrutivas de intestino delgado, por formação de hematomas de parede (idem).

13.4.2 Sinais de violência sexual

O quadro 22 apresenta os sinais físicos e comportamentais e os sentimentos frequentes das crianças e dos adolescentes que são vítimas de violência sexual.

Quadro 20 – Sinais físicos e comportamentais e os sentimentos decorrentes da violência sexual*

Sinais físicos	Sinais comportamentais**	Sentimentos frequentes
<p>Traumatismos e lesões diversas na genitália e/ou no ânus (vermelhidão, inchaço, mordida).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatação himenal. • Sangramentos (na vagina, no ânus etc.). • Secreções vaginais (“corrimentos”). • Infecções urinárias. • Doenças sexualmente transmissíveis (DST). • Gravidez. • Infecções crônicas de garganta. Nestes casos, deve-se fazer o diagnóstico diferencial. O agravo pode ter se dado pela prática do sexo oral. Deve-se pensar em gonorreia. • Doenças psicossomáticas (dor de barriga, dor de cabeça, dor nas pernas, nos braços, na vagina, no ânus). • Dores abdominais. • Enurese. • Encoprese. • Distúrbios na alimentação (perda ou ganho excessivo de peso). 	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios do sono (sonolência, pesadelos, cansaço, recusa em ir para a cama, insônia) ou do apetite (bulimia, anorexia). • Sintomas obsessivos compulsivos, como preocupação exacerbada com limpeza. • Ansiedade extrema. • Comportamento muito agressivo ou apático. • Imagem corporal distorcida. • Baixa autoestima, insegurança. • Dificuldade de concentração e aprendizagem. • Relutância em voltar para casa. • Faltas frequentes à escola. • Dificuldades para participar de atividades físicas. • Afastamento, isolamento social, existência de poucos amigos da mesma faixa etária. • Choro sem motivo aparente. • Medos constantes (medo de adultos, medo de ser atraente, repulsa ao contato físico). • Comportamento tenso, hipervigilância (“estado de alerta”). • Desconfiança. • Tristeza, abatimento profundo, depressão (em razão de sentimento de culpa, de sentir-se “mau”). • Conduta regressiva com comportamento muito infantilizado. • Comportamento sexualmente explícito (quando a criança brinca, demonstra conhecimento detalhado sobre sexo, inapropriado para a idade). • Masturbação excessiva, brincadeiras sexuais agressivas. • Comportamento sedutor. • Fugas. • Automutilação. • Comportamentos antissociais. • Uso de álcool e drogas. • Agressões sexuais. • Promiscuidade, “prostituição”. • Tentativas ou fantasias suicidas, suicídio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa. • Vergonha. • Impotência. • Confusão. • Ambivalência. • Tristeza. • Medo. • Insegurança. • Desamparo.

Fonte: ABRAPIA, 2003.

Legenda:

* Estes indicadores podem estar presentes em outras formas de violência.

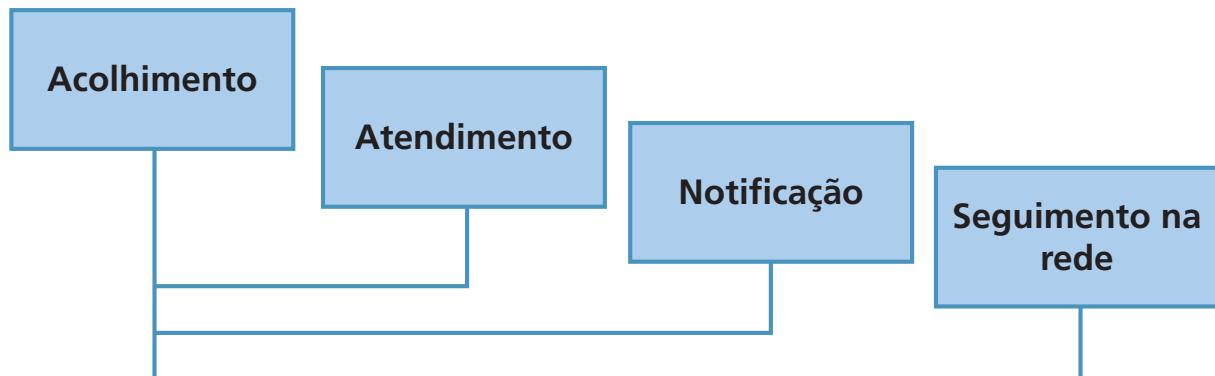
** Não se deve considerar nenhum indicador isoladamente, pois cada um deles pode caracterizar diferentes etapas do desenvolvimento normal ou outros fatores desencadeantes de problemas físicos e/ou psicológicos. Deve-se observar a ocorrência concomitante de vários sintomas e sinais ou seu surgimento inapropriado para a idade da criança.

13.5 Cuidados com a criança em situações de violência

A Atenção Básica assume um papel importante para a atenção integral à saúde das crianças e de suas famílias em situações de violência, por ser o serviço responsável pela coordenação das ações de cuidado no território.

Os cuidados relativos às crianças em situações de violência encontram-se detalhados no documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde”. No seu conteúdo são abordados os seguintes temas: (a) promoção da saúde e da cultura da paz; (b) prevenção de violência; (c) vulnerabilidade para violências; (d) situações de risco e de proteção; (e) alerta para sinais e sintomas de violências; (f) definição das quatro dimensões em linha de cuidado; e (g) rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2010). A seguir, serão apresentadas, de forma resumida, as quatro dimensões do cuidado *como prática de saúde*, conforme mostra a figura 4.

Figura 4 – Linha de cuidado: dimensões do cuidado como prática de saúde



Fonte: BRASIL, 2010.

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho a ser percorrido para o alcance da atenção integral, uma vez que cria a sinergia entre os profissionais envolvidos e fortalece a responsabilização dos serviços numa cadeia de produção do cuidado em todos os espaços da atenção e de proteção (BRASIL, 2010).

13.5.1 O acolhimento e vínculo

O acolhimento da criança e da família em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção de saúde, como uma ação contínua em todo o percurso da atenção na rede de cuidado e de proteção social, diferenciando-se da tradicional triagem.

A atenção básica exerce um papel fundamental na dimensão da garantia do acesso e do acolhimento por ser o primeiro contato da criança e da família com o serviço. Neste sentido, os profissionais de saúde que compõem a equipe de Saúde da Família são os atores principais na referida abordagem (BRASIL, 2010; FERREIRA, 2005).

Como fazer o acolhimento?

- Todo e qualquer membro da equipe deve receber as crianças e suas famílias de forma empática e respeitosa;
- Deve-se acolher a criança e a família em lugar específico para este tipo de atendimento;
- Acompanhe o caso e proceda aos encaminhamentos desde a entrada da criança e de sua família no setor de saúde até o seguimento deles para a rede de cuidado e de proteção social;
- Adote atitudes positivas e de proteção à criança e à sua família;
- Atue de forma conjunta com toda a equipe (BRASIL, 2010).

13.5.2 O atendimento, o diagnóstico, o tratamento e o cuidado

De forma muito frequente, o profissional de saúde depara-se com situações de difícil diagnóstico e desconhece qual encaminhamento deve ser dado aos casos de violência. Sempre que possível, é importante que a avaliação seja feita por uma equipe multiprofissional, que pode compartilhar da decisão diante de cada caso (FERNANDES, C. L. C.; CURRA, 2007; ASSOCIAÇÃO..., 2003; SOCIEDADE..., 2001) [D].

Como o profissional de saúde pode contribuir para a interrupção do ciclo de violência?

Situações de violência precisam ser interrompidas.

Eticamente, é necessário conversar com a família, explicar que, mesmo que não tenha havido a intenção de ferir ou negligenciar, a criança está em situação de risco e o profissional de saúde tem a obrigação legal de comunicar o que está acontecendo às instituições de proteção. Além disso, deverá salientar que a família se beneficiará da ajuda dos órgãos competentes. Desta forma, mantém-se uma atitude de solidariedade e cooperação, pois a família precisará de amparo e de reorganização de vínculos durante o processo de atendimento.

É importante orientar a família quanto ao seu papel de proteção, explicando as graves consequências da violência para o crescimento e o desenvolvimento da criança [D].

A proteção da criança deve nortear todo o atendimento prestado, objetivando seu bem-estar e o de seus familiares, além de sua segurança. Tal visão auxilia o profissional de saúde a acolher a família e a adotar uma atitude empática para com os pais e cuidadores (FERNANDES; CURRA, 2007; ASSOCIAÇÃO..., 2003; BRASIL, 2002; SOCIEDADE..., 2001; NATIONAL..., 2006; FERREIRA, 2005; LIVI, 2007).

O que fazer?

209

- Realize a consulta clínica: anamnese, exame físico;
- Avalie o caso (quando necessário, requiste a presença de outros profissionais, para a complementação do diagnóstico);
- Trate e oriente a família sobre os cuidados;
- Ofereça à família e às crianças os serviços especializados de psicologia e assistência social da sua equipe Nasf de referência;
- Discuta o caso com toda a equipe da área – médico(a), enfermeiro(a), odontólogos, técnicos e agentes comunitários de saúde –, para que todos se envolvam no plano de cuidado da família exposta à violência;
- Garanta-lhes a assistência continuada e interdisciplinar.

13.5.3 Notificação como instrumento de proteção e garantia de direitos

A notificação dos casos de violência deve ser entendida como um importante instrumento de proteção à criança e de apoio às suas famílias. Além do mais, permite que o profissional de saúde, após o registro e o conhecimento do caso, atue na perspectiva de prevenção da violência, especialmente as de repetição, mediante a orientação e o acompanhamento das famílias quando o evento ocorre no âmbito familiar (BRASIL, 2010).

A comunicação dos casos suspeitos e confirmados à autoridade competente (Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude) é obrigatória e de responsabilidade do profissional de saúde, conforme o previsto nos Artigos nº 13 e nº 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, regulamentada pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria MS/GM nº 1.968/2001, que dispõe sobre a notificação de casos suspeitos e confirmados de maus-tratos (violências) contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Os registros claros e compreensíveis sobre o tipo e a natureza da violência e sobre os dados do local de ocorrência e do possível agressor são variáveis que podem subsidiar as autoridades de saúde e do sistema de defesa e proteção para a adoção de medidas adequadas de cuidados e de proteção integral da criança. Nesta mesma linha, recomenda-se que sejam registrados em prontuário os dados de anamnese e dos exames físico e complementar, pois o sistema judiciário poderá solicita-los à unidade de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2002).

Ao registrar a violência, o profissional reconhece as demandas especiais da vítima e aciona os mecanismos de proteção de responsabilidade do poder público. O trabalho do Conselho Tutelar visa à garantia dos direitos da criança, mediante a adoção de procedimentos necessários para a proteção integral da criança (BRASIL, 2002).

Como notificar?

- 210
- Preencha a “Ficha de Notificação/Investigação Individual: Violência Doméstica, Sexual e/ ou Outras Violências Interpessoais”. É muito importante que a ficha seja preenchida no seu inteiro teor. Isso exige que os profissionais de atenção básica sejam capacitados para garantir a confiabilidade dos dados.
 - Comunique o fato ao conselho tutelar que atende a comunidade ou ao conselho tutelar de sua respectiva área de atuação, mediante o envio de uma via da ficha. Se, porventura, não existir um conselho tutelar na região, encaminhe o caso para a Vara da Infância e da Juventude ou para o Ministério Público ou, ainda, para o órgão ou a autoridade competente.
 - Arquive uma via da ficha no serviço ou na unidade de saúde que realizou a notificação ou que seja responsável pelo registro do caso.
 - Qualquer pessoa vítima ou testemunha que necessite de orientação anônima pode utilizar o serviço de “disque-denúncia” no âmbito local ou discar 100 (Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes), que é um serviço válido para todo o território nacional e pode ser feito como uma simples ligação local, sem a necessidade de interurbano. O Disque-100 recebe denúncias de violação de direitos humanos de crianças e adolescentes, além de prestar orientações sobre os serviços e as redes de atendimento, defesa e proteção existentes nos estados e municípios brasileiros.

13.5.4 Seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social

A criança deve ser encaminhada e acompanhada para um serviço especializado que seja identificado com a referência, no território nacional, independentemente do nível de atenção, mesmo depois da notificação, pois as funções dos conselhos não substituem as da equipe de saúde no acompanhamento terapêutico de cada caso.

É fundamental que a equipe de saúde que identificou o caso mantenha o vínculo e o acompanhamento da criança e de sua família, monitorando o atendimento pelo serviço especializado, quando for o caso, acolhendo e oportunizando espaço para que tanto a criança quanto a família possam expressar seus sentimentos frequentes (culpa, vergonha, impotência, confusão, ambivalência, tristeza, medo, insegurança e desamparo). É importante também que a equipe esteja alerta para novas situações de risco e novos episódios de violência e garanta à criança e à família o acompanhamento de saúde e a oferta de ações de promoção e proteção. O acompanhamento da criança e da família pela equipe de saúde e pelo serviço de atenção básica ou especializado pode ser determinante para a sua adesão ao tratamento (FERREIRA, 2005).

A discussão dos casos atendidos, a supervisão continuada, as capacitações e a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial possibilitam que as equipes de saúde desenvolvam habilidades que permitem: (a) o reconhecimento de situações de vulnerabilidade e risco para a violência; (b) a atuação de forma preventiva junto às famílias e à comunidade; e (c) o aprimoramento de ações de promoção da saúde (SOUZA, 2007).

Além disso, o atendimento às vítimas da violência e às suas famílias pelas equipes de saúde deve estar vinculado a redes de proteção e apoio que articulem ações intersetoriais (BRASIL, 2010).

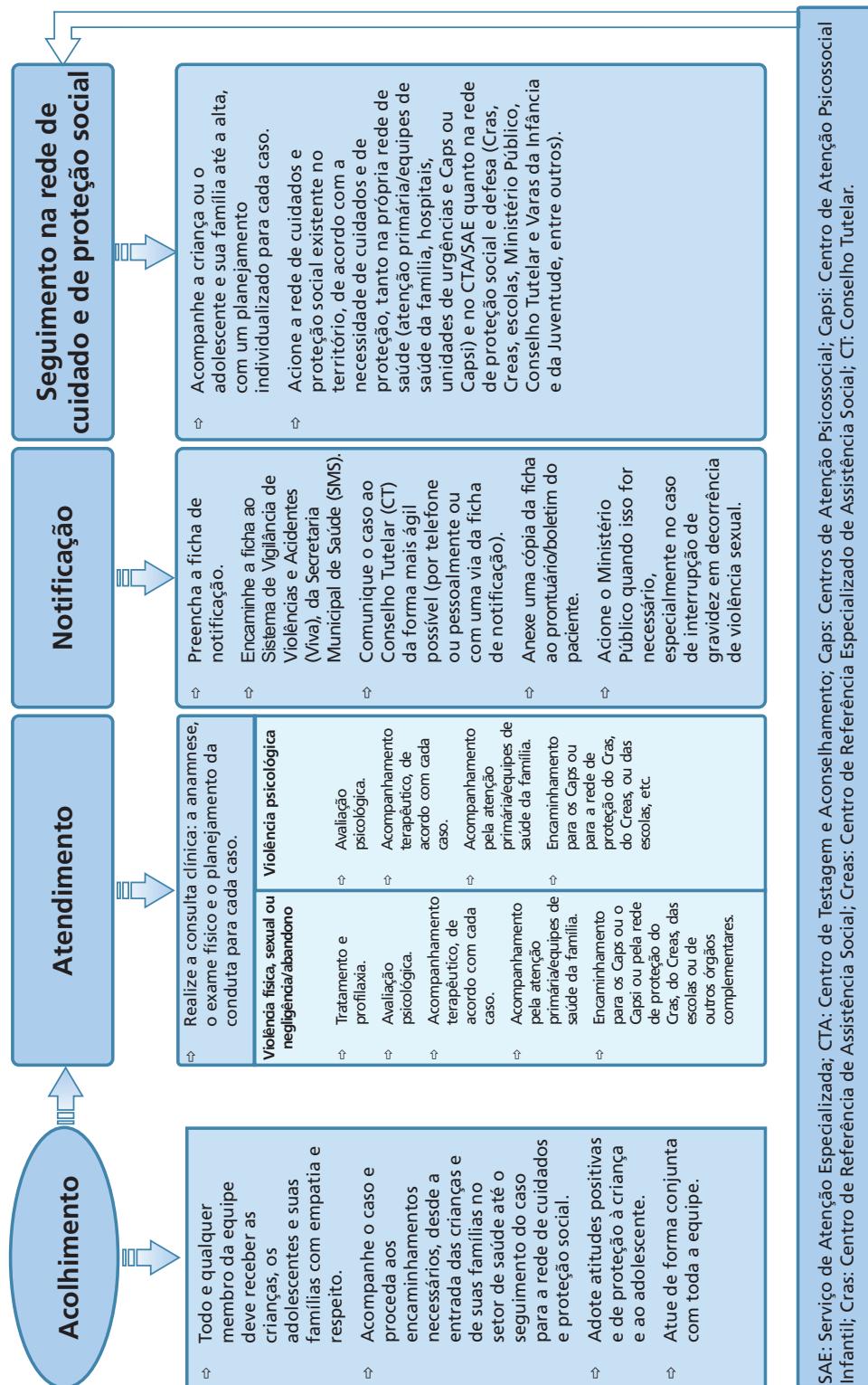
Como acionar a rede de cuidados e de proteção social?

De acordo com cada caso e as possibilidades terapêuticas, deve-se:

- Acionar a rede de saúde: unidades básicas, equipes de saúde da família, unidades e serviços especializados para a atenção a crianças e adolescentes em situações de violência, hospitais, unidades de pronto-atendimento (Upa 24h), unidades de urgências, Caps e Capsi.
- Acionar a rede de defesa e proteção social: o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Adolescência, o Ministério Público, o Cras, o Creas e as escolas, entre outros órgãos e estabelecimentos.⁷

⁷ Aspectos sobre a organização da referida rede encontram-se no capítulo 14 deste Caderno de Atenção Básica.

Diagrama 1 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência



SAE: Serviço de Atenção Especializada; CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento; Caps: Centros de Atenção Psicossocial; Capsi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil; Cras: Centro de Referência de Assistência Social; Creas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CT: Conselho Tutelar.

Fonte: BRASIL, 2010, p. 52.

13.6 Prevenção de violências e promoção da cultura da paz

Prevenir violência significa antecipar, intervir precocemente, evitar ou tornar impossível que o fenômeno aconteça ou se repita. Para lidar com a prevenção de violências e a promoção da saúde é preciso acreditar que prevenir é possível e crer no potencial de transformação. É necessário ter uma abordagem de empatia ao lidar com o problema, respeitando a cultura familiar e comunitária. De igual forma, é necessário desenvolver habilidades de resolução de problemas e utilizar as situações de violência como ponto de partida para mudanças (SOUZA, 2007) [D].

Embora não tenham sido encontradas evidências que justifiquem o rastreamento de pais ou cuidadores para a prevenção da violência, sabe-se que o profissional de saúde tem um papel fundamental na prevenção da violência física contra crianças, discutindo e aconselhando-os a evitar atitudes potencialmente agressivas no relacionamento familiar (USPSTF, 2004) [D]. Deve-se informar aos pais e aos cuidadores que vivenciar a raiva e sentimentos ambivalentes é normal e que atitudes violentas também podem ser “desaprendidas”. De igual forma, é necessário reforçar a importância de formas não violentas de disciplina e de resolução de conflitos. Algumas orientações, como questionar se a família possui armas de fogo em casa e orientar seu armazenamento em local seguro, têm sido consideradas (idem) [D]. É importante ainda que o profissional saiba identificar fatores individuais, familiares, institucionais e sociais de risco e de proteção. Ações de promoção da saúde, a identificação e o reforço de fatores de proteção podem contrabalançar ou minimizar os fatores de risco, além de estimular capacidades e o exercício do autocuidado e de ajuda mútua (SOUZA, 2007) [D].

O desenvolvimento de capacidades e habilidades encontra-se em destaque como estratégia a ser utilizada para reduzir as vulnerabilidades das pessoas em relação a todas as formas de violência (ONU, 2005) [D]. Neste sentido, a visita domiciliar é de fundamental importância, pois o profissional de saúde interage horizontalmente com a família, facilitando o entendimento de diversas situações e com a possibilidade de contextualizar melhor o problema (MACMILLAN, 2000) [A].

13.6.1 Situações protetoras para o bebê e a criança

O afeto fortalecido e protegido (como forma de apoio e suporte), o acompanhamento do bebê já no pré-natal e o acompanhamento da saúde materno-infantil pelos profissionais de saúde são recursos protetores importantes (CYRULNIK, 2004) [D].

Na infância, a maior parte dos fatores de proteção está na família, responsável pelo desenvolvimento inicial das capacidades da criança. A consciência, a autoestima, a autoconfiança, a autonomia, o aprendizado de limites e o potencial de resiliência começam a ser estruturados nesta fase. O cuidado caloroso, afetuoso e respeitoso dado à criança é um privilegiado fator de proteção que desenvolve características primárias do ser humano (BRASIL, 2010; SOUZA, 2007).

Neste sentido, são indicados programas de fortalecimento das famílias, para que proporcionem ambiente seguro e acolhedor e desenvolvam capacidades em seus filhos (MACMILLAN, 2000) [C]. O apoio às mães influencia uma resposta mais positiva às solicitações da criança e propicia maior afetividade (SOUZA, 2007).

No primeiro ano de vida da criança, é fundamental que, a cada consulta ou visita, seja feito um reforço do vínculo afetivo da criança com os pais e os cuidadores (FALCETO, 2002) [D]. É importante orientar a família para que o pai se envolva diretamente com os cuidados ao bebê, já que tal cuidado geralmente está centrado na figura materna, especialmente nos primeiros meses de vida da criança (NATIONAL..., 2006) [D]. Em relação às situações de negligência, as orientações profissionais são importantes no sentido da conscientização da importância dos cuidados, a exemplo das orientações quanto aos hábitos de higiene e de vacinação e no tocante às visitas regulares ao serviço de saúde (SOUZA, 2007) [D].

Grupos de amigos que promovam um sentimento de pertencimento representam ainda um fator de proteção para crianças um pouco mais velhas (SOUZA, 2007; FERNANDES; CURRA, 2007).

A escola também pode proteger as crianças, estimulando sua autoconfiança e a percepção de suas próprias possibilidades, promovendo-lhes o pensamento crítico e a sua confiança na tomada de decisões. O estabelecimento escolar ainda pode encorajá-los a elaborar maneiras de lidar com sentimentos de raiva e inferioridade, a reduzir seus preconceitos, a antecipar consequências de comportamentos agressivos e a elaborar formas não violentas de resolução de conflitos, além de incentivar-lhes o julgamento moral (SOUZA, 2007; ADI et al., 2007) [B].

Em relação às situações de violência escolar, é importante reconhecer os sinais de violência, de forma a intervir precocemente no sentido de minimizar futuros danos. A primeira providência é valorizar a queixa e o sofrimento. O atendimento, sempre que possível, deve envolver a criança e o adolescente, suas famílias e a comunidade escolar (ASSOCIAÇÃO..., 2008b) [D].

Ações com foco nos núcleos familiares, treinamento parental e intervenções na gravidez e na infância precoces, para famílias em risco, por meio de visitas domiciliares desde o nascimento da criança até a escola, reduzem problemas como: violência física, sexual e psicológica durante a infância e problemas de comportamento (SOUZA, 2007) [D].

O visitador cuida do desenvolvimento da criança por meio de informações às famílias, suporte emocional, ensino ativo ou apenas pelo acompanhamento familiar e pela escuta de suas dificuldades, trabalhando essencialmente com o vínculo entre os pais, os cuidadores e a criança (DARO; DONNELLY, 2002).

Há diversos estudos que procuram associar a realização de visitas domiciliares por profissionais de saúde (técnicos ou não) à prevenção de violências ou à negligência às crianças. O único estudo que mostra um desfecho positivo, ou seja, a redução de violência e de negligência com crianças é um estudo realizado nos Estados Unidos (EUA), onde ocorreram visitas domiciliares realizadas por enfermeiras para mães adolescentes, primíparas, solteiras com baixo nível socioeconômico (MACMILLAN, 2000; BRITO et al., 2005; OLDS et al., 1997) [A].

De forma ideal, são recomendadas visitas regulares da equipe de saúde a todas as famílias da área de responsabilidade de cada serviço, como um instrumento que aproxima a equipe de saúde do contexto de vida das famílias e possibilita a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas (veja o capítulo 2: "Visita Domiciliar para a Família do Recém-Nascido"). Tais visitas são preconizadas principalmente para mães de primeiro filho, de nível socioeconômico baixo, mães ou pais solteiros e mães ou pais adolescentes, como um instrumento de prevenção de violências.

13.6.2 Fatores de vulnerabilidade para a violência contra crianças

- Pais muito jovens, solteiros, de baixo nível socioeconômico e um dos parceiros com menos tempo de estudo do que o outro [B].
- Ambientes familiares instáveis (em decorrência de violência intrafamiliar), uso abusivo de álcool e/ou drogas.
- Pais com baixa autoestima, controle deficiente de impulsos, problemas de saúde mental, comportamentos antisociais.
- Pais que foram maltratados na infância [C].
- Violência aprendida como forma de resolução de conflitos.
- Uso da punição física (palmada) como prática normal de disciplina.
- Abuso de substâncias, estresse e isolamento social [C].
- Fatores que aumentam o nível de conflito e a capacidade de lidar com ele e encontrar apoio (perda de emprego, doenças etc.) [C].
- Elevados níveis de pobreza, desemprego e rotatividade populacional que impactam o comportamento parental, deteriorando as estruturas físicas e sociais da comunidade [C].
- Normas culturais com definições rígidas de papéis do casal, relação com os filhos, famílias isoladas do convívio social (SOUZA, 2007).
- Rede de proteção social frágil e ausência de políticas públicas de proteção para crianças e famílias, além da facilidade de ingresso e da receptividade das organizações criminosas que utilizam crianças e adolescentes [C].
- Crianças com distúrbios psíquicos ou mentais (RUBIN et al., 2003; BORDIN et al., 2006; HABIGZANG et al., 2005) [C].

13.6.3 Fatores de vulnerabilidade para a violência na gestação e no puerpério

216

Na gestação, alguns dos fatores de vulnerabilidade são os seguintes: gravidez indesejada, ocultação da gravidez, tentativa de aborto, desejo de “doar” o filho, mãe solteira sem suporte emocional, desajustes sérios entre os genitores, história de doença mental ou distúrbios emocionais, drogadição, alcoolismo, história de comportamentos violentos, história pessoal de vitimização perinatal, depressão, raiva, apatia, comentários depreciativos sobre o bebê (CARDOSO et al., 2006) [D].

Já no puerpério, algumas atitudes atípicas da mãe para com seu bebê são consideradas fatores de vulnerabilidade, tais como: (a) não desejar segurá-lo; (b) não alimentá-lo e não acariciá-lo; (c) repulsa pelas secreções e pelos excrementos; (d) amamentar com indiferença; (e) desinteresse pelas orientações; (f) falta de visitas à criança hospitalizada; (g) não realizar o acompanhamento médico da criança; (h) rudeza no trato com a criança; (i) negligência na higiene; (j) agressividade; (k) extrema exigência em relação à criança; (l) criança de baixo peso e/ou com desenvolvimento prejudicado (CARDOSO et al., 2006) [D].

Referências

- ADI, Y. et al. **Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education.** Warwick: Warwick Medical School, 2007.
- ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF-Paideia de Campinas (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Summary of recommendations for clinical preventive services: revision 6.5.** Leawood, Mar. 2008.
- ASSIS, S. G. (Org.). **Curso impactos da violência na saúde.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPAIA). **Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco.** Rio de Janeiro, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPAIA). **Didaticamente, quais e como são as formas mais comuns de maus-tratos?** Disponível em: <<http://www.abrapaia.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2008a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPAIA). **Reconhecendo os diferentes tipos de violência.** Disponível em: <<http://www.abrapaia.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2008b.
- BANASZKIEWICZ, P. A.; SCOTLAND, T. R.; MYERSCOUGH, E. J. Fractures in children younger than age 1 year: importance of collaboration with child protection services. **Journal of Pediatric Orthopaedics**, New York, v. 22, n. 6, p. 740-744, Nov./Dec. 2002.
- BECHTEL, K. et al. Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized young children with head trauma. **Pediatrics**, Evanston, v. 114, n. 1, p. 165-168, Jul. 2004.
- BORDIN, I. A. S. et al. Severe physical punishment and mental health problems in a economically disadvantaged population of children and adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4 , p. 290-296, 2006.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, 31 dez. 1940.
- _____. Justiça do Trabalho. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, 9 ago. 1943. Brasília, DF, 09 ago. 1943.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais em cidadania em saúde.** Brasília: Editora MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Editora MS, 2010.

218
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007.** Brasília: Editora MS, 2009. 154 p.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.143-149, jan./mar. 2005.

CADERNO de maus-tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de saúde. 27 p. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/cij/programas/apomt/textos_parceiros/ses_caderno_maustratos.doc>. Acesso em: 8 maio 2012.

CARDOSO, A. C. A. et al. Violência contra crianças e adolescentes. In: **FÓRUM PAULISTA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E COMBATE À VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**, 1, 2006, São Paulo. **[Anais ...]**. São Paulo: Sociedade de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br/upload/441/Apostila%20parte%201.pdf>>. Acesso em: 22 ago 2008.

CYRULNIK, B. **Os patinhos feios**. São Paulo: M. Fontes, 2004.

DARO, D.; DONNELLY, A. C. Charting the waves of prevention: two steps forward, one step back. **Child Abuse and Neglect**, Oxford, v. 26, n. 6/7, p. 731-742, 2002.

FALCETO, O. G. **A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento**. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS, 2002.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. **Violência intrafamiliar e atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005. Suplemento.

HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

LIVI, L. K. **Ficha de notificação de violências: manual de preenchimento**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

MACMILLAN, H. L. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. **CMAJ**, Ottawa, v. 163, n. 11, Nov. 2000. Disponível em: <<http://ecmaj.com/cgi/content/full/163/11/1451>>. Acesso em: 8 maio 2012.

MAGALHÃES, M. L.; FRANCO NETTO, T. L. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz**. Brasília: Editora MS, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. **NICE**: Clinical Guideline, London, n. 37, Jul. 2006.

OLDS, D. L. et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. **JAMA**, Chicago, v. 278, n. 8, p. 637-643, Aug. 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potenciais do Brasil: avaliação conjunta do país**, UNTC no Brasil. 2005. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/CCABrasil2005_por.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2008.

PINHEIRO, P. S. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html>>. Acesso em: 10 out. 2009.

REX, C. M. S. et al. Features of femoral fractures in nonaccidental injury. **Journal of Pediatric Orthopaedics**, New York, v. 20, n. 3, p. 411-413, May/Jun. 2000.

RUBIN, D. et al. Occult head injury in high-risk abused children. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 6, pt. 1, p. 1382-1386, Jun. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA. Maus-tratos na infância e adolescência. In: _____. **Proato – Programa de Atualização em Traumatologia e Ortopedia**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 125-162.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, E. R. (Org.). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Screening for family and intimate partner violence, topic page**, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsfamv.htm>>. Acesso em: 8 maio 2012.

Rede de Cuidado e de Proteção Social

14

É dever da família, da sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos da criança. O texto constitucional e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) marcam o início de uma nova fase em relação às políticas para a infância, resultado do movimento nacional e internacional de defesa dos direitos do referido público.

O ECA está fundamentado na doutrina da proteção integral, que reconhece as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento, cuja proteção e cujos direitos devem ser efetivados pelas políticas sociais. As crianças e os adolescentes têm prioridade no acesso aos serviços públicos e primazia na proteção e nos cuidados em quaisquer circunstâncias, com precedência no atendimento. Além disso, têm preferência como sujeitos que devem ser considerados na formulação e na execução de políticas públicas e na destinação privilegiada de recursos.

A constituição de redes de proteção integral para a criança está prevista no ECA, que dispõe sobre as atribuições de cada ente público na promoção, na proteção e na defesa dos direitos humanos do referido grupo. Trata-se de uma divisão de trabalho entre o Estado (nas esferas estaduais e municipais e na federal) – que envolve os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário –, com a participação fundamental do Ministério Público, da sociedade e da família.

No entanto, para a organização de uma rede de cuidados e de proteção efetiva, é necessária a articulação dos sujeitos por meio do diálogo, do respeito, do compromisso e da solidariedade. Não é suficiente o acesso a uma lista de recursos sociais disponíveis, mas sim a busca de uma ação conjunta, de forma coparticipativa, com o objetivo comum da solução de situações que emergem em uma determinada comunidade. A viabilização da lei implica a construção de redes sociais a partir de uma responsabilidade coletiva da sociedade e das instituições, de forma a viabilizar a proteção integral mediante a constituição de uma metodologia interdisciplinar e interinstitucional de trabalho social.

Em cada situação, é importante um trabalho que busque a identificação de alternativas de ações e de estratégias de proteção e defesa dos direitos da criança que sejam compatíveis com os recursos disponíveis (na família, nas instituições, na comunidade etc.).

É necessário buscar sempre o contato prévio com as instituições e as pessoas que formarão a rede que estamos propondo, aumentando a possibilidade de resolutividade das situações complexas que são colocadas no cotidiano de trabalho. O procedimento de documentar o contato, esclarecendo o motivo e o objetivo comum, também poderá contribuir para instrumentalizar as pessoas envolvidas e estabelecer o planejamento da ação conjunta.

Nas questões relativas aos casos de suspeita ou confirmação de violência ou negligência contra a criança, o profissional de atenção básica, em visita domiciliar, inicia a sua ação mediante a comunicação do fato aos serviços integrantes da rede de cuidados e de proteção social, responsabilizando-se pelo relato da suspeita trazida e acompanhando a continuidade das ações desenvolvidas.

Considerando-se a relevância deste tema, recomenda-se a consulta ao capítulo 6 da publicação “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, editada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes/SAS/MS), que trata sobre a Rede de Cuidado e de Proteção Social e traz diretrizes e orientações para os gestores e profissionais de saúde para a organização de serviços e ações no território nacional (Cf. BRASIL, 2010). A seguir, destacamos apenas alguns serviços para o início do trabalho de articulação diante de uma situação de risco e de vulnerabilidade para violências identificada pelos profissionais da Atenção Básica.

14.1 Rede de saúde

A rede de saúde no território é composta por um conjunto de equipamentos públicos que prestam serviços à população e são complementados com serviços privados. Os serviços são organizados de maneira hierarquizada e regionalizada em três níveis de atenção: básica, de média e alta complexidade.

Serviços da Atenção Básica

São compostos por unidades básicas de saúde e por equipes de saúde da família (ESF). A Atenção Básica responde pela coordenação do cuidado no território, organizando suas ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Para a Atenção Básica ser bem-sucedida no enfrentamento dos novos desafios epidemiológicos da saúde da criança (como a questão da violência), desafios estes caracterizados por um forte componente psicossocial, a referida área precisa desenvolver uma atenção baseada em trabalho de equipe multiprofissional, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade, além de intensa parceria intersetorial (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Atribuições das equipes de atenção básica em situações de violência:

- Realizar o acolhimento de crianças, adolescentes e suas famílias;
- Oferecer os cuidados e a proteção para crianças, adolescentes e suas famílias;
- Realizar o acompanhamento de crianças e adolescentes desde a sua entrada no serviço, o registro da ocorrência policial e a preparação para a perícia médica, a depender do tipo de violência sofrida;
- Notificar o caso de suspeita ou confirmação de violência (o registro em ficha própria em três vias), caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Comunicar o caso ao conselho tutelar, caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Realizar a avaliação clínica até o encaminhamento das vítimas para tratamento terapêutico na rede de cuidado e de proteção social do município de origem da criança e de sua família.

Saúde mental na Atenção Básica

O trabalho entre as ESF e as equipes de saúde mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades. Além disso, propicia o uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

Atenção especializada e de apoio à gestão

225

Compreende os equipamentos de média e alta complexidade formados por hospitais, maternidades, unidades de pronto atendimento (UPA 24h), serviços de urgência e emergência e serviços/unidades especializadas no atendimento de crianças e adolescentes em situações de violência e que também são prestados por organizações não governamentais.

Serviço especializado para a atenção e os cuidados a crianças e adolescentes em situações de violência

Trata-se de um serviço especializado vinculado a um hospital ou a uma unidade básica de saúde do município e que tenha sido definido pelo gestor local para este tipo de atendimento. A equipe do referido serviço deve ser formada por assistentes sociais, psicólogos, pediatras, ginecologistas, psiquiatras, pedagogos, advogados e policiais civis, entre outros profissionais que atuam na garantia de direitos de crianças e adolescentes.

Atribuições do serviço especializado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situações de violência

- Realizar o acolhimento da criança e de sua família;
- Oferecer os cuidados e a proteção à criança e à sua família;
- Discutir com a equipe multiprofissional o diagnóstico, o tratamento e os cuidados;
- Realizar o acompanhamento de crianças, adolescentes e famílias desde a sua entrada no serviço, o registro da ocorrência policial e a preparação para a perícia médica, a depender do tipo de violência;
- Notificar o caso de suspeita ou confirmação de violência (o registro em ficha própria em três vias), caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Comunicar o caso ao conselho tutelar, caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Realizar a avaliação clínica até o seguimento do caso, que deve ser feito na rede de cuidado e de proteção social, para o tratamento terapêutico da vítima, a ser realizado no município de origem da criança ou no serviço regional referenciado;
- Agendar o retorno para o acompanhamento e a avaliação do caso.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

Criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção básica, mediante a assessoria e o apoio às equipes de saúde da família (ESF) na rede de serviços e nos processos de territorialização e regionalização.

Atribuições dos Nasf:

- Promover capacitações de profissionais de saúde, de assistência social, de educação e de demais profissionais da rede, bem como das famílias, em relação aos cuidados diferenciados para crianças e adolescentes em situações de violência;
- Prestar apoio técnico às equipes de saúde da família de forma matricial, garantindo suporte aos profissionais de saúde (cuidado do cuidador);
- Dispor de psicólogos(as) e de assistentes sociais nas equipes dos Nasf para o cuidado integral às crianças em situações de violência.

226

14.2 Rede intersetorial

A rede intersetorial é composta de todos os serviços e equipamentos que atendem crianças e adolescentes no território nacional. É no referido ambiente que a Saúde dialoga com os sistemas de proteção social, justiça, segurança pública, direitos humanos e com o Ministério Público. A seguir, destacam-se alguns serviços e equipamentos que compõem a citada rede.

Rede da Assistência Social

Centros de Referência da Assistência Social (Cras) – Consistem de unidades públicas da política de assistência social, de base municipal, integrantes do Sistema Único da Assistência Social (Suas), localizados em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social.

Atribuições dos Cras:

- Prestar serviços e oferecer programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e aos indivíduos; e
- Articular os serviços no seu território de abrangência e apresentar uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social.

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) – É uma unidade de referência e contrarreferência de proteção social básica, especial e articulada com as políticas públicas setoriais e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

Atribuições do Creas:

- Ofertar serviços especializados e continuados às famílias brasileiras e aos indivíduos nas diversas situações de violação de direitos com o intuito de promover a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar ações para os(as) usuários(as).

Rede de ensino/educação

Tal rede desempenha papel importante como agente formador e indutor de transformação no território quando está envolvida na rede de cuidados e de proteção social, por meio do seu conjunto de estabelecimentos de ensino em âmbito local.

Atribuições da rede de ensino:

- Ofertar serviços para famílias em situações de vulnerabilidade para violências;
- Integrar-se ao sistema de notificação compulsória de casos de violência contra a criança com a rede de cuidados e proteção social no território, especialmente com a saúde e a assistência social;
- Participar do planejamento das ações de elaboração dos fluxos e protocolos de atenção integral à criança e de organização da rede de cuidados e de proteção social no território.

Rede de defesa e proteção de crianças e famílias

O ECA garante o acesso de toda criança ou adolescente à Defensoria Pública, ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, por qualquer de seus órgãos. Os conselhos tutelares também fazem parte da rede.

Conselhos tutelares

São órgãos permanentes e autônomos, não jurisdicionais, encarregados pela sociedade brasileira de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Os conselhos tutelares encontram-se em funcionamento na maioria dos municípios brasileiros e no Distrito Federal.

Atribuições dos conselhos tutelares:

- Zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes (art. 131 do ECA);
- Atender as crianças e os adolescentes sempre que seus direitos reconhecidos forem ameaçados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis e em razão de sua conduta (arts. 136 e 98 do ECA);
- Atender e aconselhar os pais ou responsáveis, aplicando medidas previstas no art. 129 do ECA, incisos I a V;
- Requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
- Articular ações e procedimentos perante as instâncias do poder público, tais como o Ministério Público, a Vara da Infância e da Juventude e a Defensoria Pública, entre outros órgãos.

Referências

228
ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF – Paideia de Campinas (SP). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Editora MS, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República, 2008.

Promoção, Narração, Brincadeira e Imaginação em Saúde

15

Autor convidado: Celso Gutfreind

(psiquiatra, psicanalista infantil e escritor)

231

Todos os que são do ramo sabem que a promoção da saúde é um assunto muito sério. Não é nosso interesse minimizar esta máxima ou bagunçar um coreto tão difícil quanto frágil. Mas vamos sacudir a lógica, sim, com a proposta de que a imaginação e a brincadeira podem ser fundamentais para que esta seriedade dê certo.

Para isso, somarei esforços. Primeiramente, ao me lembrar de meu aprendizado no tempo em que fiz a residência em Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre (RS). Depois, ao acrescentar minhas experiências recentes e atuais de pesquisador na área da Psicanálise. Em todos estes aprendizados, um leitor de poesia estará sempre presente. Até pode ser que se faça isso ao juntar *alhos com bugalhos*, mas, em saúde, é o que tentamos fazer, sob a capa de um nome mais pomoso: integração.

Se integrar é preciso, nosso texto defende a hipótese de que, na promoção de saúde na infância, as práticas de brincar, imaginar e contar também o são.

Brincando e integrando, o primeiro desafio com que nos deparamos, na primeira infância, é o encontro com os pais, que são os primeiros e maiores promotores de saúde mental. Pouco pensamos nisso em nossas cartilhas, mas a saúde de cada bebê que nasce depende das qualidades destes seus primeiros (e, ainda que indiretamente, eternos) cuidadores.

Neste sentido, a psicanálise também anda juntando *bugalhos* e *alhos*. No terreno da infância, por exemplo, já se sabe que não se pode atuar (pensar, sentir) longe da parentalidade. Promover saúde em crianças, enfim, é promover a saúde de seus pais.

Bastaria, então, pensar: é só pegar nossos conhecimentos científicos, nossos dados e nossas evidências e reparti-los com os maiores em busca de que os repartam com os menores.

Ora, ora... Não esqueci que evoquei, há pouco, a experiência em Medicina de Família. Trabalhar em uma comunidade é, antes de qualquer outra coisa, aprender com ela, negociar sentidos com ela, encontrar dentro dela seus próprios recursos, seus interesses e suas possibilidades de parceria. Vale o mesmo para os pais, o que representa uma amostra mínima do que é uma comunidade à prova de qualquer conselho ou mostra de sabedoria. Para eles, vale a epifania do escritor Oscar Wilde: "pior do que um conselho é um conselho bom".

Não há conselhos nem certezas, e agora estamos perdidos. Não há uma promoção de saúde: há tantas quantas forem as comunidades a que se destina. "Descobri que é preciso aprender a nascer todo dia", cantou o poeta Chacal. Poetas são excelentes promotores de saúde, embora mal remunerados, como todo bom promotor de saúde.

Vivemos em uma sociedade também doente. Mas há salvação, basta tentar encontrá-la. Ou seja, encontrar os pais em busca de reforçar suas funções (mas não inventá-las) e, neste sentido,

talvez a nossa principal função seja a de promover um encontro de qualidade com os cuidadores, a mãe, o pai, a comunidade. A qualidade aqui evocada é a de reforçar positivamente o narcisismo desses protagonistas, sugerindo que perder tempo e brincar é ganhar imaginação e recursos em saúde mental.

Estamos no terreno da saúde coletiva, mas a velha equação de Sigmund Freud, lapidada por Bernard Golse, pode nos ajudar. Somos também o resultado de uma equação na qual entram a nossa saúde orgânica (nossos genes, nossas condições de parto etc.) e a qualidade de nossas interações ou nossos encontros. Enfim, crescemos no cruzamento do biológico e do relacional, num misto bem dosado de presença e ausência. Presença demais nos sufoca. Ausência em demasia não nos deflagra.

A psicanálise que abra espaço, e a saúde coletiva que aguarde. Neste ponto, a psicologia do apego de John Bowlby é fundamental. Aqui nos deparamos com outro cruzamento, no caso o do intrapsíquico e do contexto.

O que seremos, no final da partida, começaria, portanto, a se decidir nos primeiros minutos: seguros? Inseguros? Desorganizados?

Hoje em dia, não pode haver promoção de saúde que não se detenha na primeira infância, na gestação, nos primeiros segundos de explosão da vida.

É preciso começar de mãos dadas para seguir se sentindo de mãos dadas quando mãos não houver mais. E, como sempre, mais do que o cientista J. Bowlby, quem cantou melhor este processo foi o poeta: "Já não há mãos dadas no mundo. / Elas agora viajarão sozinhas (...)" (DRUMMOND, 1984).

Desconfiamos de que viemos ao mundo prontinhos para nos apegar. Não há saúde física nem mental sem um vínculo de qualidade entre o bebê e sua mãe. O meio precisa garantir isso, e o destino saudável disso tudo é abrir mão de tudo isso: o desapego. "Foi meu destino amar e despedir-me", cantou o poeta Neruda, talvez pensando em crianças que vão bem.

Quase tudo, enfim, se decide nos encontros e na qualidade das interações. Haveria, portanto, um encontro original com o pai e a mãe ou os cuidadores. Eles garantiriam a filiação que, em seguida, nos conduziria para a comunidade ou a afiliação. Neste ponto, a psicanálise pode nos ajudar outra vez, com a pista de que todos os encontros subsequentes (escola, posto de saúde, consultório) são derivados (transferidos) do primeiro. Promover saúde é trabalhar pelo menos com duas chances.

Encontro, enfim, é tudo. Pleno de interações, que são, em primeiro lugar, concretas. Afinal, é preciso estar presente, e resta pouca saúde nas guerras, nas catástrofes, nas carências afetivas graves. Sobrevivemos, pois somos seres de resiliência, mas levaremos com a gente sequelas na vida abstrata e nas possibilidades de vínculo. Saúde é poder inventar, imaginar, fazer laços.

Mas a presença pode não bastar, pois as interações também são afetivas e dependem da nossa capacidade de olhar, desejar, tocar, se importar. "Olhei no teu olhar e me apaixonei", cantou Martinho da Vila, este excelente promotor de saúde mental.

O ser humano é mesmo enigmático, e os cuidadores podem estar presentes e afetivos sem que a saúde ocupe a cena. Porque somos seres fantasmáticos, expressivos, e aquilo que não podemos dizer torna-se barreira para o desenvolvimento de nossos filhos.

Também por isso, promover saúde pode ser bastante simples e barato. É abrir – no pré-natal, no puerpério, em qualquer canto de consulta ou visita domiciliar – um espaço para que as pessoas falem, contem, digam, justamente para que não precisem jogar à força tais afetos represados nas gerações seguintes. É preciso, sim, saber o nível da glicemia e o valor da pressão sistólica. Mas também da dor que uma perda indelével pode ter causado. Outro poema aqui nos resume:

*Os olhos do bebê
São brilhantes.
A boca do bebê
É sorridente,
Os braços do bebê
Abraçam o mundo.
O bebê rejeita o engano,
Não aceita mentira,
Renega a ilusão.
Ele resiste, sorri,
Chora, supera, contente.
O bebê tem sua missão.
Destruir a decepção
Que lhe deram
De presente.*

Chama-se “O Parto”, e seu autor é Fausto Wolff. Suas metáforas sintetizam o que viemos pensando. Nascemos com competências de atrair os outros, mas os outros também precisam desfazer suas decepções em outro lugar que não seja o nosso nascimento. Facilitar tais processos também é promover saúde.

Há outros aspectos das interações. Sabemos que a angústia do outro sempre nos contamina, num contexto evocativo presente. Sabemos que temos dificuldades de tolerar o que não sabemos e que é preciso acolher para espargir tudo isso e criar um clima favorável para o desenvolvimento. Temos outro grande desafio como pais ou como comunidade: viajar do imprescindível ao prescindível, da ilusão à desilusão. Também aqui não há regras, mas, outra vez, as qualidades da interação ajudam: poder olhar, tocar e... sobretudo poder narrar, contar. E, sobretudo outra vez, poder brincar.

Brincar é encontrar sentidos, é reparar. Ouçamos outro poeta:

Andorinha lá fora está dizendo:

– “Passei o dia à toa, à toa!”

Andorinha, andorinha, minha cantiga é mais triste!

Passei a vida à toa, à toa...

(Manuel Bandeira: "Andorinha")

234

O poeta nos ensina que promover saúde mental é abrir espaços familiares e comunitários de perda de tempo, de estar à toa. É o que gera poesia ou saúde. Promover saúde também é esquecer-se dela no bom sentido, brincar com ela em todos os sentidos.

Não há saúde física nem mental que não seja acompanhada pelo crescimento da vida imaginária, do sonho, da fantasia. O estado ideal de uma agente de saúde (mãe, pai, cuidadora em creche ou agente mesmo) que cuida de uma criança foi bem sintetizado por outra poeta:

Eu queria pentear o menino

Como os anjinhos de caracóis.

Mas ele quer cortar o cabelo,

Porque é pescador e precisa de anzóis.

Eu queria calçar o menino

Com umas botinhas de cetim.

Mas ele diz que agora é sapinho

E mora nas águas do jardim.

Eu queria dar ao menino

Umas asinhas de arame e algodão.

Mas ele diz que não pode ser anjo,

Pois todos já sabem que ele é índio e leão.

(Este menino está sempre brincando,

Dizendo-me coisas assim.

Mas eu bem sei que ele é um anjo escondido,

Um anjo que troça de mim).

(Cecília Meireles: "Cantiga da Babá")

Em uma de nossas pesquisas, juntando psicanálise e saúde comunitária, oferecemos um tratamento em grupo para crianças maltratadas e separadas de seus pais. Na comunidade dos abrigos, ouvindo seus anseios, aproveitando suas possibilidades, abrimos um espaço de promoção de contação de histórias, seguida de teatro, desenhos, expressões. Um menino, por exemplo, sonhou com seu pai e sua mãe (ausentes) e, por intermédio deste sonho, falou de suas dores, ou seja, melhorou. Outro grupo de crianças colocou em cena, por meio dos *Três Porquinhos*, o desejo de não se separar da mãe. Na história verdadeira (?), os porquinhos despedem-se da mãe e vão ao mundo. Na reinventada, as crianças colocam em cena o seu desejo maior: reencontrar a mãe. Também melhoraram.

Pois é sempre nisto que dá – e que delícia – quando se abrem espaços lúdicos para uma criança: o incremento da possibilidade de que contem mais e melhor. Imaginem mais e melhor. Sejam mais saudáveis, enfim. E alcancem aquela que é talvez a maior evidência – raramente evidenciada – da saúde de uma criança ou de um adulto: a possibilidade de imaginar uma outra história.

Em todas estas histórias, observamos um aumento da capacidade de atenção e da resiliência (apego seguro). A capacidade de falar e ouvir. Promovemos muita saúde se podemos contar e ouvir o que os outros contam.

Já está na hora de concluirmos, mas o que fazer se já não temos certeza?... Vamos retomar nossas desconfianças! Saúde também é imaginação e capacidade simbólica, e tudo isso vem da qualidade de um encontro. Empatia gera metáforas, capacidade de criar, especialmente se os encontros foram suficientemente perto e longe, num equilíbrio de presença e ausência.

Ao poeta a palavra novamente:

A realidade é coisa delicada,

De se pegar com as pontas dos dedos.

Um gesto mais brutal, e pronto: o nada.

A qualquer hora pode advir o fim,

O mais terrível de todos os medos.

Mas, felizmente, não é bem assim.

Há uma saída – falar, falar muito.

São as palavras que suportam o mundo,

Não os ombros. Sem o “por que”, o “sim”,

Todos os ombros afundavam juntos.

Basta uma boca aberta (ou um rabisco

Num papel) para salvar o universo.

Portanto, meus amigos, eu insisto:

Falem sem parar. Mesmo sem assunto.

(Paulo Henriques Brito: “De Vulgari Eloquentia”)

Promover saúde é uma coisa muito séria e complexa. Mas pode ter seus atalhos e seus momentos simples, baratos. Como estes subjetivos e aqui evidenciados ao se fomentar espaços para que se brinque, se fale, se conte.

Referências

236

- ANDRADE, C. D. **Corpo**. Rio de Janeiro: Record, 1984.
- BANDEIRA, M. **Estrela da vida inteira**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1983.
- BOWLBY, J. **Attachement et perte: a separation, angoisse et colère**. Paris: Puf, 1978. v. 2.
- BOWLBY, J. **Soins maternelles et santé mentale**. Genève: OMS, 1951.
- BRITTO, P. H. **Macau**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- CHACAL. **Belvedere**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2007.
- GOLSE, B. O que nós aprendemos com os bebês?: observações sobre as novas configurações familiares. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). **Ser pai, ser mãe - parentalidade: um desafio para o próximo milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- GOLSE, B. **Du corps à la pensée**. Paris: Puf, 1999.
- GUTFREIND, C. **O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- LEBOVICI, S. **Le bébé, le psychanalyste et la métaphore**. Paris: Odile Jacob, 2002.
- MEIRELES, C. **Ou isto ou aquilo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.
- STERN, D. **La constellation maternelle**. Mesnil-sur-L'Estreeé: Calmann-Lévy, 1997.
- WINNICOTT, D. W. **Jeu et réalité: l'espace potentiel**. Paris: Gallimard, 1975.
- WOLFF, F. **O pacto de Wolffenbüttel e a recriação do homem**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

Práticas Integrativas e Complementares na Saúde da Criança

16

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria MS nº 971, de 3 de maio de 2006), elaborada por demanda da OMS e da população brasileira, assim como pela necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde, traz diretrizes e ações para a inserção de ações, serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, à Homeopatia e aos saberes relativos às plantas medicinais/Fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do Termalismo Social/Crenoterapia e da Medicina Antroposófica. A política contempla, ainda, responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais para sua efetivação e tem, entre outros, o objetivo de “contribuir ao aumento da resolubilidade do sistema e à ampliação do acesso às práticas integrativas e complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso” (BRASIL, 2009).

16.1 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) se caracteriza por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, a divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares.

O objetivo deste conhecimento é obter meios de equilibrar tal dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos, que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais) (BRASIL, 2006).

Para a tradição chinesa, entre os conceitos dinâmicos fundamentais, existem dois que são a base para o raciocínio clínico:

1. A *teoria da polaridade entre os opostos complementares Yin e Yang*, que está presente em tudo. Exemplo: a agressão à pele em uma queda de bicicleta (Yang) e a reação do organismo para curá-la (Yin). Outra possibilidade: os pulmões enquanto tecidos (Yin) e o espasmo muscular característico da asma (Yang).

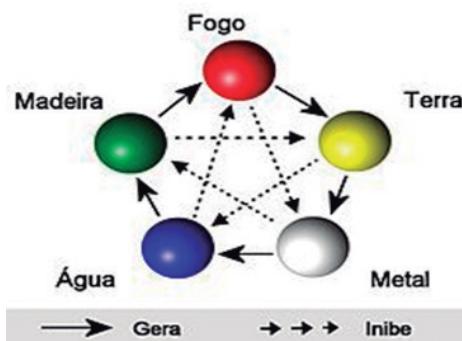
Figura 5 – Tao – Yin / Yang



Fonte: Maciocia, Giovanni. Os Fundamentos da Medicina Chinesa, 1996.

2. A *teoria dos cinco movimentos*, que explica os processos a partir da sucessão entre os elementos (ou estações) madeira (primavera), fogo (verão), terra (estaçao intermediária), metal (outono) e água (inverno). Exemplo: uma agressão à pele (madeira), surgimento dos sinais inflamatórios (fogo), recrutamento de leucócitos (terra), cicatrização inicial (metal) e reabsorção com fibrose (água).

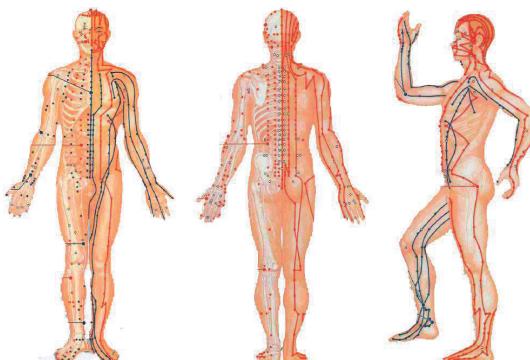
Figura 6 – Teoria dos 5 elementos / ciclos



Fonte: Maciocia, Giovanni. Os Fundamentos da Medicina Chinesa, 1996.

Aliada a tais conceitos está a compreensão da existência dos meridianos, que, espalhados por toda a pele, ligam todas as regiões do corpo entre si, o que permite modular o funcionamento destes canais de transporte.

Figura 7 – Os meridianos (visão anterior, posterior e lateral do campo)



Fonte: Hong Jin Pai. Acupuntura: de terapia alternativa a especialidade médica, 2005.

O processo saúde-doença para a MTC

Há dezenas de séculos, a MTC comprehende o adoecer como a existência de desequilíbrio em quaisquer das dimensões do ser. Isto pode acontecer em qualquer estágio do ciclo vital, bem como em ambos os gêneros. Portanto, a gênese das doenças comprehende um processo que envolve a predisposição do indivíduo e as modalidades de interações socioculturais e com o ambiente.

Sob a mesma compreensão tradicional, o restabelecimento da saúde é considerado a partir de um conceito ampliado de saúde. Para além dos tratamentos clínicos, o cuidado inclui os procedimentos de meditar, orar e contemplar, sorrir e chorar, movimentar o corpo, alimentar-se bem, nutrir a afetividade, entre outros aspectos.

Desta maneira, a MTC e seus recursos terapêuticos podem ser utilizados na atenção à saúde de crianças e de adolescentes para se compreender os diferentes processos vitais, não se limitando apenas aos procedimentos. Ao se indicar os diversos recursos terapêuticos (acupuntura, massagem, fitoterapia, práticas corporais etc.), deve-se considerar a idade do indivíduo e as especificidades de cada caso.

O uso da MTC na saúde da criança

Em se tratando de crianças muito jovens (até 7 anos de idade), as agulhas de acupuntura são substituídas por sementes minúsculas que, ao serem massageadas sobre o ponto correto, têm a capacidade de estimular ou dispersar o meridiano, favorecendo o restabelecimento do equilíbrio no organismo. Contemporaneamente, o uso de equipamentos emissores de laser de baixa potência tem sido popularizado, agregando eficiência e segurança na estimulação de pontos de acupuntura.

Outro importante recurso é o uso das propriedades energéticas inatas de cada tipo de alimento como possibilidade terapêutica, em se tratando de crianças.

Em ambiente pediátrico, é fundamental que o profissional de saúde exerça a criatividade, a fim de estimular o caráter lúdico, favorecendo a relação de confiança entre o profissional de saúde e a criança ou o adolescente. O aporte de conceitos da MTC em pediatria busca auxiliar a integração do cuidado com as diversas dimensões do indivíduo em contrapartida com a medicalização no processo saúde-doença.

16.2 Homeopatia

A homeopatia (*homeo*: “semelhante”; *pathos*: “doença”) é um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII e está ancorada em três princípios fundamentais: lei dos semelhantes, experimentação no homem são e no uso de doses infinitesimais. Utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e como recurso terapêutico o medicamento homeopático.

Fundamentos da Homeopatia

A. Lei dos semelhantes

A *lei dos semelhantes* ("*similia similibus curantur*") diz: o que é causado por uma determinada substância, ou seja, os sintomas que aparecem a partir do seu uso também podem ser curados pela mesma substância.

B. Experimentação no homem são

A *experimentação no homem são* é, para a homeopatia, a administração repetida de uma determinada diluição homeopática de uma única substância e o registro criterioso e preciso de todos os sintomas provenientes da experimentação. Os sintomas cuidadosamente registrados constituem a *matéria médica* do medicamento e o *repertório homeopático*. Entende-se como "matéria médica homeopática" a organização e a reunião dos dados resultantes da observação da ação dos medicamentos, visando à aplicação da lei da semelhança, bem como o instrumento utilizado pelo homeopata para o estudo dos medicamentos e complementar ao uso do repertório. Já *repertório homeopático* é o índice de sintomas coletados a partir de registros toxicológicos, experimentações em indivíduos sãos e curas na prática clínica, bem como o instrumento utilizado pelo homeopata, complementar ao uso da matéria médica homeopática, para a escolha do melhor medicamento indicado a cada caso.

C. Uso de doses infinitesimais

Trata-se aqui de diluições sucessivas de uma dada substância-base até que, ao final, não deve haver mais matéria (informação química), mas sim apenas a informação de base física, energética. O *medicamento homeopático*, segundo a *farmacopeia homeopática brasileira* (FHB), é toda apresentação farmacêutica destinada a ser ministrada segundo o princípio da similitude, com finalidade preventiva e terapêutica, obtida pelo método de diluições seguidas de sucussões e/ou triturações sucessivas.

É importante ressaltar que, para a homeopatia, a enfermidade é entendida como o desequilíbrio da energia vital ou força vital, que se manifesta em *sensações e funções alteradas* (os sintomas). Neste sentido, as lesões nos órgãos são efeitos deste desequilíbrio anterior. A doença é uma só e, se não for curada, ao se desenvolver, pode se manifestar de diferentes maneiras, em diferentes épocas. As alterações laboratoriais são complementares na avaliação do caso e não definem isoladamente o tratamento ou o prognóstico da enfermidade. Já a *cura* é o restabelecimento da saúde, que se inicia pela melhoria da sensação de doença (quando o paciente se sente bem ou melhor) e que se completa de acordo com cada indivíduo, o que ocorre como um processo de "restauração do organismo". O medicamento homeopático estimula a vitalidade para que esta restabeleça a harmonia das sensações e funções do organismo, favorecendo que o ser, com sua saúde restaurada ou melhorada, atinja o mais elevado fim de sua existência.

Na *anamnese homeopática* (ou *entrevista vitalista*), pesquisam-se os sintomas e as doenças atuais e as do passado, bem como as funções gerais do organismo, os hábitos de vida e, de modo especial, o psiquismo do paciente, o seu humor, sua sensibilidade, suas reações emocionais, sua memória, como ele se relaciona consigo mesmo e com os outros, seu sono, seus sonhos, seus desejos, fatos marcantes de sua vida e como ele os vivenciou. É uma anamnese que busca

avaliar cada caso, observando o que há de mais característico no indivíduo, ou seja, aquilo que o particulariza.

Homeopatia na saúde da criança

As contribuições da homeopatia para a criança podem começar já na gestação, quando a mãe, mediante a abordagem homeopática, encontra bem-estar e equilíbrio pela melhoria dos sintomas mais comuns da gravidez, sem medicalização excessiva.

As crianças tendem a responder ao tratamento homeopático mais prontamente e completamente, dada a sua excelente vitalidade, o que é característico dos seus primeiros anos de vida. Conforme relatado anteriormente, não é necessário o paciente apresentar um adoecimento físico para se indicar uma abordagem com a homeopatia. Cada criança tem uma constituição característica, uma sensibilidade em relação ao clima, à alimentação, ao ambiente afetivo que a rodeia.

Assim, ao longo da infância, conforme sua sensibilidade individual, alguns momentos podem trazer para a criança um desequilíbrio da sua vitalidade, desarmonizando-a e gerando sintomas mórbidos. São exemplos disso os períodos do desmame, do nascimento dos dentes, da retirada de fraldas, de mudança na casa e na família, de separação de uma pessoa querida ou mesmo da chegada de um irmãozinho. Algumas crianças, então, podem se mostrar retraídas, desanimadas, inapetentes, com o sono alterado. Outras reagem com um quadro de irritabilidade, nervosismo, dificuldade de aprendizado, alteração do comportamento social etc., estando mais susceptíveis ao aparecimento de doenças. Este é um momento em que a medicação homeopática pode estimular a energia vital a restabelecer o equilíbrio do organismo, fazendo a criança retornar a uma boa disposição física e de humor. Se o reequilíbrio não for buscado, o que poderia ser apenas uma desvitalização se transforma em adoecimento físico.

O objetivo não é apenas tratar esta ou aquela doença, mas principalmente manter o bem-estar, a vitalidade, o pleno fluxo desimpedido da vida. O homeopata, também como educador, auxilia na prevenção de doenças e na promoção da saúde, orientando cada família sobre os hábitos de vida adequados para cada indivíduo ou criança, além de estimular e conservar, por meio das virtudes curativas dos medicamentos, a vitalidade, de modo a evitar e curar doenças.

16.3 Medicina Antroposófica

A Medicina Antroposófica apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, que organiza a sua prática de maneira transdisciplinar, com vistas ao alcance da integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2006). Seu surgimento remonta aos anos 1920, na Europa central, como um dos efeitos práticos da Antroposofia, ciência espiritual fundada pelo filósofo austríaco Rudolf Steiner.

Segundo a Antroposofia, o ser humano está intimamente ligado à natureza e aos seus elementos, de maneira que constituem, juntos, um organismo complexo e harmônico. Este universo possui um aspecto visível, concreto, palpável e mensurável e outro não perceptível

aos sentidos, que constitui um conjunto de forças dinâmicas, sutis. Os minerais, as plantas, os animais, as estrelas, os planetas e o ser humano formam este organismo único, simultaneamente material e “espiritual”. O ser humano também pode ser considerado uma imagem condensada deste universo, do macrocosmo, trazendo em si cada um de seus elementos, o microcosmo. É com base nesta relação com o mundo ao redor que podemos encontrar a cura para os desequilíbrios de saúde, na natureza e em seus processos (BELO HORIZONTE, 2004).

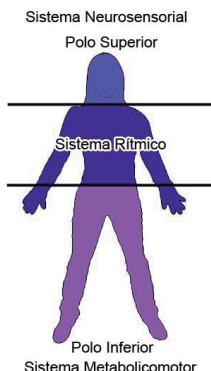
244

Alguns conceitos da Medicina Antroposófica são considerados fundamentais para a compreensão dessa abordagem nos diferentes ciclos da vida humana, especialmente na infância. Entre eles cabe destacar as polaridades, a trimembração, a quadrimembração e os primeiros setênios (BOTT, 1982; HUSEMAN; WOLFF, 1982; GOEBEL; GLÖECKER, 2002).

- A. **Polaridades:** De acordo com a cosmovisão antroposófica, o ser humano desenvolve-se e vive permanentemente entre duas polaridades: as forças de expansão, relacionadas aos processos de dissolução, que se manifestam patologicamente como distúrbios inflamatórios; e as forças de contração, relacionadas aos processos de desvitalização e ressecamento, que se manifestam patologicamente como distúrbios de esclerose e morte.
- B. **Trimembração:** Na anatomia e na fisiologia, tais polaridades assumem uma configuração tríplice: cabeça, tronco e membros. Para a Medicina Antroposófica, essas regiões são as sedes de três sistemas: neurosensorial, rítmico e metabólico.

Ao se observar a cabeça, vê-se que nela predominam os processos neurosensoriais, com baixa vitalidade e alta especialização. A região cefálica é um polo de captação do mundo externo: som, luz, ar e alimentos. No polo oposto encontram-se o abdome e os membros, com predomínio de intensa atividade metabólica, que é o polo metabólico. Os processos de regeneração celular são muito ricos, mas inconscientes, e há um “ir para o mundo”, por intermédio das secreções produzidas, das eliminações, da ação de nossas mãos e nossos pés. Entre essas duas regiões de características bem distintas encontra-se o sistema rítmico, representado pelo tórax, que abriga o coração e pulmão, a inspiração e a expiração, a sístole e a diástole, ou seja, a concentração e a eliminação. Tais movimentos promovem o equilíbrio entre as duas polaridades e a inter-relação saudável entre o polo neurosensorial e o polo metabólico.

Na abordagem das crianças, o conceito de trimembração pode ser usado de diferentes formas. De uma maneira geral, a infância é considerada uma fase de vitalidade muito intensa, na qual predominam os processos metabólicos e inflamatórios. Por outro lado, cada criança possui uma constituição física particular, apresentando uma tendência a ser mais neurosensorial, metabólica ou rítmica. Tal constituição influencia a forma como as crianças comportam-se nos processos de adoecimento e recuperação. É essencial que o médico antroposófico reconheça a constituição da criança e a apoie para que se mantenha equilibrada tanto na saúde quanto na doença (GOEBEL; GLÖECKER, 2002).

Figura 8 – Conceito de Trimembação

Fonte: DAB/SAS/MS.

- C. **Quadrímembração:** Em uma perspectiva complementar, o homem é visto como um ser que compartilha semelhanças com os reinos mineral, vegetal e animal, mas que também distingue-se deles pela presença da autoconsciência e da individualidade. Neste sentido, o homem é portador de quatro estruturas essenciais, também chamadas de “corpos” no vocabulário antroposófico: **corpo físico** (elemento mineral, sólido e inerte); **corpo vital ou etérico** (que é formado pelas forças que possibilitam o desenvolvimento de todos os processos vitais: crescimento celular, regeneração e reprodução, entre outros); **corpo anímico, alma ou corpo astral** (que é formado pelas forças da consciência que estão presentes no reino animal e no ser humano como fundamento para uma vida sensitiva); e a **organização do eu** (que é o elemento característico do ser humano que o distingue dos demais reinos e seres da natureza; é o responsável pela atuação saudável dos demais corpos e pelo aparecimento do andar ereto, da fala, do pensar e da individualidade).

Uma das manifestações importantes da quadrímembração é o conhecimento sobre os *quatro temperamentos*, conhecimento que remonta à Medicina greco-galênica, muito importante para a abordagem das crianças pela Antroposofia, tanto na Medicina quanto na Pedagogia (MUTARELLI, 2006).

1. O *temperamento melancólico* está relacionado ao elemento terra e caracteriza-se por crianças mais introspectivas, quietas e de comportamento por vezes tristonho.
2. O *temperamento fleumático* está relacionado ao elemento água e manifesta-se em crianças mais sonhadoras, plácidas, que tendem a apreciar bem os alimentos, chegando a ser comilonas.
3. O *temperamento sanguíneo* está relacionado ao elemento ar e caracteriza-se por crianças que são muito ativas, extrovertidas e que estão sempre em movimento.
4. O *temperamento colérico* está relacionado ao elemento fogo e manifesta-se em crianças que assumem precocemente a liderança nos jogos e em outras atividades, que são muito perseverantes e competitivas, não lidando bem com derrotas.

Uma das tarefas do médico escolar, prevista pela Pedagogia Waldorf, é contribuir com os professores nas intervenções terapêuticas, por meio de exercícios e orientações aos pais, buscando o equilíbrio dos temperamentos nessa faixa etária (BOTT, 1982; GOEBEL; GLÖECKER, 2002).

D. Os primeiros três setênios. O processo de desenvolvimento do ser humano, segundo a Antroposofia, se dá em ciclos de sete anos, marcados por acontecimentos significativos no campo biológico ou psicológico. Distinguem-se três grandes ciclos biográficos compostos de três setênios cada um: do nascimento aos 21 anos, dos 21 aos 42, dos 42 aos 63 anos/ final da vida. Na infância, os temperamentos manifestam-se mais ativamente no segundo setênio, entre 7 e 14 anos. As transformações que acontecem nos primeiros três setênios são as seguintes:

- **Primeiro setênio:** Do nascimento aos 7 anos, há profundas transformações relacionadas com o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O bebê absorve o mundo pelos sentidos do polo neurosensorial e vai, gradualmente, aprendendo a interagir com o mundo externo. Predominam a imaginação e a fantasia. A troca dos dentes e o início da alfabetização, em torno dos sete anos, marcam a mudança de ciclo.
- **Segundo setênio:** Caracteriza-se pelo desenvolvimento principalmente do sistema rítmico e por uma relação com o mundo por intermédio dos sentimentos (pela admiração ou pela rejeição, pela simpatia ou pela antipatia) pelas pessoas ou por vivências. Nesta fase, os temperamentos ficam mais evidentes.
- **Terceiro setênio:** A puberdade, por volta dos 14 anos, marca a entrada numa nova fase de amadurecimento biológico, com pleno desenvolvimento das forças metabólicas. Aos 21 anos, com a individualidade já formada, a pessoa geralmente busca a sua independência em relação ao ambiente familiar.

Salutogênese

Conforme exposto anteriormente, o profissional antroposófico procura, em primeiro lugar, apoiar os processos naturais de cura e recuperação da saúde presentes na própria criança. Algumas vezes, vai necessitar atuar com medicamentos (quando a criança desenvolve alguma doença aguda ou crônica) ou com terapias não medicamentosas. Porém, na maioria das vezes, vai atuar como um conselheiro de pais, familiares e professores, orientando-os sobre a melhor forma de garantir a saúde das crianças de uma maneira mais global.

Pedagogia Waldorf: É uma abordagem do campo da educação de crianças desenvolvida a partir da Antroposofia. Nas escolas de orientação Waldorf, o aprendizado é considerado como um fenômeno que mobiliza o corpo todo, em seus níveis físico, vital e emocional.

Atitude pedagógica: No ambiente familiar, a principal orientação é feita no tocante à atitude pedagógica dos pais e educadores.

- No *primeiro setênio*, o estímulo deve ser dado às atividades lúdicas, reforçando a importância do *brincar livre* e do “dar asas à imaginação”. A criança aprende e apreende o mundo pela imitação dos gestos, pelo fazer, pela alimentação e pela relação com o outro. Por tal razão, é importante o adulto ter uma atitude coerente com o que fala e ensina. As crianças

devem viver o mundo como algo *bom*. Recomenda-se fortemente que as crianças sejam preservadas dos conflitos e da exposição aos conteúdos adultos.

- No *segundo setênio*, a criança constrói seu mundo interno, seu equilíbrio e sua saúde por intermédio da admiração e do respeito pela natureza, assim como pelo educador. Deve ser estimulada a vivência do *belo*.
- No *terceiro setênio*, suas vivências e sua relação com o outro devem se basear na percepção do *verdadeiro*. Pais e educadores são referências não mais com relação às práticas de saber responder e corresponder às dúvidas e perguntas dos jovens, mas sim no tocante à necessidade de manter uma atitude de sinceridade e clareza em relação aos seus valores e às suas crenças. Todos estes elementos, aliados a outros estímulos físicos, emocionais e espirituais, criam o suporte para que a criança e o jovem mantenham-se saudáveis e desenvolvam sua individualidade plenamente.

Ritmos e rotinas: Tendo-se como base a noção de que a criança é ainda muito ligada às forças da natureza, que representam uma fonte de vitalidade, equilíbrio e saúde, deve-se incentivar a manutenção de um ritmo diário de atividades, acompanhando os ritmos da natureza (do dia e das estações do ano). A rotina na vida da criança, a repetição de atividades nos mesmos horários a cada dia (na alimentação, no banho, na hora do sono, de ir dormir com o anoitecer e de acordar com o nascer do sol), o brincar livre e solto em ambientes abertos, alternando tais atividades com o brincar mais recolhido e tranquilo, num ambiente acolhedor, fortalecem o organismo e dão segurança para a criança.

Alimentação: Os conceitos descritos de trimembração e de quadrimembração são uma forma de “leitura” dos fenômenos da natureza e podem ser aplicados em várias situações. Os alimentos, por exemplo, além de seu conteúdo nutricional, quantitativo, trazem em si as forças da natureza, que podem atuar na saúde da criança, por exemplo, estimulando o polo neurosensorial numa criança com características mais metabólicas, abrandando o temperamento colérico em outra ou despertando uma criança muito sonhadora e desligada.

Cuidados gerais: Considerando-se também o tipo constitucional da criança – mais desperta (às vezes chegando à irritabilidade) ou mais sonhadora (chegando à desatenção e à dificuldade de aprendizagem) –, seu temperamento e suas tendências de adoecimento, podem ser indicados banhos, compressas, massagens com óleos, pomadas ou chás.

16.4 Plantas medicinais e fitoterapia

As *plantas medicinais*, ou seja, aquelas plantas que, administradas ao homem ou ao animal, por qualquer via ou forma, exercem alguma ação *terapêutica*, têm sido fonte de produtos importantes para a saúde desde a Antiguidade. Sua forma de utilização tem evoluído desde aquelas de preparo e uso mais simples (infusos, decoctos, lambecedores, cataplasmas e outros) até aquelas que exigem técnicas farmacêuticas mais elaboradas (xaropes, cápsulas, comprimidos, pomadas etc.). A *fitoterapia* é a “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em

suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". Já o *fitoterápico* é o produto obtido dessas plantas ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa.

248 No Brasil, em função da sua rica biodiversidade e do conhecimento tradicional sobre o uso medicinal das plantas, elas vêm há muito tempo sendo utilizadas pela população nos seus cuidados com a saúde. As plantas medicinais, em suas diferentes preparações, são utilizadas na *Medicina Tradicional Indígena, Quilombola* (entre outros povos e comunidades tradicionais), na *Medicina Popular*, cujo conhecimento é transmitido de geração para geração (dos mais velhos para os mais novos), e nos *sistemas públicos de saúde* como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e pelas diretrizes do SUS. Elas também são utilizadas como recursos terapêuticos para a *Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia e a Medicina Antroposófica*, entre outras.

As ações com plantas medicinais e fitoterapia acontecem prioritariamente na atenção básica, pelos fundamentos e princípios deste nível de atenção e pela característica da prática da fitoterapia, que envolve interação entre saberes, parcerias nos cuidados com a saúde, ações de promoção e prevenção, entre outras. As relações entre a Fitoterapia e a Saúde da Família (SF) proporcionam o fortalecimento mútuo. A expansão da SF facilita a implementação dos programas de fitoterapia, principalmente pela inserção das equipes de saúde nas comunidades, por meio de práticas de aproximação da população, como, por exemplo, a visita domiciliar e as atividades de educação em saúde, facilitadoras da troca entre os saberes. De forma complementar, as ações dos programas de fitoterapia promovem o fortalecimento do vínculo dos usuários e da comunidade com as equipes, a participação popular, a autonomia dos usuários e o cuidado integral em saúde. Além disso, a presença da fitoterapia entre as práticas da SF expressa e reforça a valorização do saber popular e da participação comunitária nas ações de saúde (SOUZA, 2008 apud RODRIGUES, SANTOS; DE SIMONI, 2011).

Além disso, o uso de plantas medicinais e da fitoterapia como prática integrativa e complementar na atenção básica à saúde traz como benefícios:

- Empoderamento da população e dos profissionais de saúde em relação a esta forma de cuidado, o que favorece maior envolvimento do usuário em seu tratamento, estimulando sua autonomia e a corresponsabilização;
- Por sentir-se mais familiarizada com a proposta terapêutica da equipe de saúde, a comunidade estreita laços com as equipes do seu território, reforçando a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada do sistema de saúde;
- Facilidade de acesso às plantas pela população e possibilidade de preparo caseiro;
- Menor risco de efeitos colaterais, se as plantas forem usadas corretamente;
- A construção do conhecimento sobre plantas medicinais, em parceria com a comunidade nos encontros e nas reuniões de educação em saúde, permite a identificação de líderes locais com conhecimento em plantas medicinais. Com isso, alianças são formadas e o controle social é fortalecido.

As ações com esta prática estão presentes em mais de 300 municípios brasileiros, que oferecem as plantas medicinais na forma de planta fresca (*in natura*), planta seca, fitoterápicos manipulados (preparados a partir da prescrição de profissionais habilitados, em farmácias de manipulação autorizadas pela vigilância sanitária) e/ou fitoterápicos industrializados (produzidos e comercializados mediante registro na Anvisa/Ministério da Saúde). Com relação à planta medicinal *in natura*, os hortos são importantes fontes de matéria-prima para o processamento e a prescrição/dispensação nas unidades básicas de saúde (UBS), para uso dos profissionais de saúde e da população, assim como fonte de mudas para plantio nos jardins e quintais da comunidade ou do bairro. Outra função importante para os hortos de plantas medicinais é servir como locais de ações de educação popular e educação permanente para os profissionais de saúde e a população, onde podem ocorrer oficinas, com orientações sobre o uso correto de plantas medicinais, aulas práticas para as escolas primárias e outras ações de promoção da saúde.

Os programas estaduais e municipais de fitoterapia contam com um elenco de plantas medicinais e de fitoterápicos com o objetivo de *orientar gestores e profissionais de saúde em relação às espécies de plantas medicinais e fitoterápicos que devem ser disponibilizados pelo sistema*, de forma a garantir produtos seguros e eficazes. O elenco deve estar acompanhado de memento terapêutico e monografias, que irão orientar os profissionais de saúde na formulação e prescrição das plantas medicinais e dos fitoterápicos.

Quanto à oferta de medicamentos fitoterápicos, o Ministério da Saúde publicou em março de 2012, a Portaria MS/GM nº 533, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Rename, onde estão contemplados os seguintes fitoterápicos: alcachofra (*Cynara scolymus*), aroeira (*Schinus terebinthifolius*), babosa (*Aloe vera*), cáscara sagrada (*Rhamnus purshiana*), espinheira santa (*Maytenus ilicifolia*), garra do diabo (*Harpagophitum procumbens*), guaco (*Mikania glomerata*), hortelã (*Mentha x piperita*), isoflavona de soja (*Glycine max*), plantago (*Plantago ovata*), salgueiro (*Salix alba*) e unha de gato (*Uncaria tomentosa*).

Assim como o uso irracional de medicamentos sintéticos causam grandes prejuízos à saúde da população (intoxicações e até a morte), as plantas medicinais e seus derivados – se utilizados de forma incorreta e indiscriminada – podem também colocar em risco a saúde da população. Os fitoterápicos, assim como todos os medicamentos, devem oferecer garantia de qualidade, ter efeitos terapêuticos comprovados e segurança de uso. Eles só podem ser comercializados mediante autorização e registro na Anvisa/MS. Com relação às plantas medicinais, para utilizá-las de forma segura, é preciso conhecer a espécie correta, as técnicas de cultivo, a forma e o local de coleta/colheita, bem como a forma de preparo e uso. Para facilitar o reconhecimento da planta, é necessário aprender a identificar as características de suas folhas, suas flores, seus frutos, seu caule e sua raiz etc.

Observações sobre a utilização das plantas medicinais

A maioria das plantas medicinais usadas na medicina popular não foi ainda suficientemente pesquisada e algumas delas podem apresentar interações com medicamentos ou mesmo com outras plantas, contraindicações e efeitos colaterais.

Por isso, deve-se observar os seguintes critérios:

- Gestantes, lactantes e crianças com menos de 2 (dois) anos não devem fazer uso de chás sem a orientação de um profissional de saúde;
- Evite fazer uso de uma mesma espécie por tempo prolongado;
- Não ultrapasse as doses indicadas;
- Quando não se conhece a interação entre as plantas, evite preparados com várias espécies.

Principais riscos na utilização das plantas medicinais:

- *Automedicação*: sempre que possível, use plantas medicinais com orientação de profissional de saúde qualificado. Use somente plantas conhecidas e que tenham tradição de uso;
- *Uso de associações de várias plantas*: a mistura de diferentes espécies de plantas (como nas preparações chamadas de “garrafadas”) pode originar produtos tóxicos que, além de não resolverem o problema de saúde, podem agravá-lo;
- *Uso de associação de plantas medicinais e outros medicamentos*: algumas misturas podem anular ou potencializar efeitos terapêuticos, podendo ser perigosas;
- *Uso de plantas tóxicas ou que contenham substâncias tóxicas de ação cumulativa no organismo*: como espirradeira, cabacinha, confrei etc.;
- *Uso de plantas murchas, mofadas ou velhas*, que podem estar contaminadas por fungos e bactérias;
- *Uso de plantas cultivadas ou coletadas em locais inadequados*, sujeitos à circulação de animais ou próximos de locais contaminados, tais como fossas, depósitos de lixo e margens de estradas, bem como o uso de plantas regadas com água poluída;
- *Uso contínuo ou excessivo de chás ou outras preparações com plantas*;
- *Hábito de tomar chá durante a gravidez sem a orientação de médico*, pois algumas plantas podem causar malformações no feto ou mesmo o aborto.⁸

⁸ Informações obtidas de cartilhas da Rede Fitocerrado/Universidade Federal de Uberlândia (UFU) (MG); Anvisa; Projeto Hora do Chá, de Maringá (PR); Programa Farmácia Viva, de Fortaleza (CE); e Programa de Fitoterapia de Vitória (ES).

Referências

- BALDI, V. M. **Enfermagem e antroposofia: uma possibilidade de diálogo.** 2003. 153 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cad. Saúde Pública*, Brasília, v. 23, n. 12, p. 3066-3067, 2007.
- BARROS, N. L. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. PROHAMA – Programa de Homeopatia Acupuntura e Medicina Antroposófica: documento técnico. Belo Horizonte: 2004. SMS-BH, 2004.
- BOTT, V. **Medicina antroposófica: uma ampliação da arte de curar.** São Paulo: Ed. Associação Beneficente Tobias, 1982. (2 volumes)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso. **Informe de atenção Básica**, Brasília, n. 53, ano 9, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo53.pdf>>. Acesso em: maio 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 9, Edição especial, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIIC-SUS**. Brasília: Editora MS, 2006. 92p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- COOK, T. M. **Samuel Hahnemann the Founder of Homoeopathic Medicine.** Great Britain: Thorsons Publishers Limited, 1981.
- DULCETTI, O. Jr. **Pequeno tratado de acupuntura tradicional chinesa.** São Paulo: Ed. Andrei, 2001.
- GARDIN, N. E.; SCHLEIER, R. **Medicamentos antroposóficos: vademecum.** São Paulo: João de Barro Editora, 2009.
- GOEBEL, W.; GLÖECKER, M. **Consultório pediátrico.** São Paulo: Editora Antroposófica, 2002.
- HAHNEMANN, S. **Organon da arte de curar.** 6. ed. Ribeirão Preto: Robe Editorial, 1996.
- HUSEMAN, F.; WOLFF, O. **A imagem do homem como base da arte médica.** São Paulo: Associação Beneficente Tobias; Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 1982. V. 1; V. 2.
- JÚNIOR, P. N. Distribuição dos médicos antroposóficos associados à ABMA no território brasileiro. **Revista Ampliação da Arte Médica.** ABMA [s.l.; s.n.], São Paulo, outono de 1997.

KENT, J. T. **Filosofia homeopática**. Tradução de Ruth Kelson. São Paulo: Robe Editorial, 1996.

LUZ, M. T. VI SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 140, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1996.

252
LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, 2005. Suplemento.

LUZ, M. T. Medicina e rationalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: FAPESP, 2000.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e rationalidade científica moderna**. São Paulo: Editora CAMPUS, 1988.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, n. 7, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Sociologia, 1995.

MORAES, W. A. **Medicina antroposófica: um paradigma para o século XXI**. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 2005.

MUTARELLI, S. R. K. **Os quatro temperamentos na antroposofia de Rudolf Steiner**. Dissertação de Mestrado em História da Ciência. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of Evidence**. Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 4 maio 2012.

PEIXOTO, S. P. A Homeopatia no auxílio à saúde das crianças e adolescentes usuários de drogas. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2003. In: **Seminário de Atenção Básica**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 24 set. 2004.

PEIXOTO, S. P. Homeopatia na saúde pública: as inúmeras vantagens e os resultados conquistados. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2003. In: **Seminário de Atenção Básica**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 24 set. 2004.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade** (Promef). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011, p. 131-65.

TESSER, C. D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1999.

Anexos

Anexo A – Atribuições dos profissionais da atenção básica em relação à saúde da criança

255

1. Atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:

- Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros da referida equipe;
- Participar do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas;
- Participar do processo de educação permanente em saúde;
- Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe;
- Orientar as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas conforme o estabelecido neste Caderno de Atenção Básica, quando indicadas;
- Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis e que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas e ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, bem como o incentivo à adoção de medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora;
- Colaborar com a implementação de políticas locais que permitam o acesso adequado de crianças deficientes aos estabelecimentos escolares e os amparem em seus direitos, além de garantir a sua segurança;
- Identificar as famílias de crianças que estejam inseridas no Programa Bolsa Família, bem como acompanhar suas condicionalidades de forma articulada com os setores de Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social.

2. Atribuições do agente comunitário de saúde:

- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde da família nas atividades e nas ações direcionadas às crianças;
- Ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, para sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população infantil;
- Contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares, quando isso for necessário;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

3. Atribuições do auxiliar e do técnico de enfermagem:

- Realizar a aferição da pressão arterial das crianças conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Realizar a aplicação da dose vacinal conforme o esquema estabelecido neste Caderno de Atenção Básica;
- Aferir os dados antropométricos de peso e altura das crianças e repassar tais informações para o profissional que realiza a puericultura na equipe;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.

4. Atribuições do enfermeiro:

- Realizar consultas de puericultura conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica;
- Realizar a aferição da pressão arterial dos escolares conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos;
- Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

5. Atribuições do médico:

- Realizar a puericultura conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e indicar exames complementares quando forem necessários;
- Encaminhar para o médico oftalmologista as crianças com alterações da acuidade visual detectadas em avaliação médica pessoal ou nas realizadas pelos demais profissionais da equipe e pelos professores. Neste último caso, conforme o preconizado no Projeto Olhar Brasil;
- Realizar a aferição da pressão arterial das crianças conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica, iniciar a investigação de hipertensão arterial secundária e encaminhar os pacientes para o serviço de referência, quando isso for necessário;
- Monitorar a saúde de crianças e orientar pais e cuidadores diante de efeitos vacinais adversos;
- Indicar para pais e cuidadores os imunobiológicos especiais para situações específicas;
- Realizar a avaliação da acuidade auditiva das crianças e, quando necessário, solicitar exames complementares;
- Encaminhar as crianças com alterações na acuidade auditiva para o serviço de referência, para a continuidade da investigação diagnóstica e/ou do serviço de reabilitação;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

6. Atribuições do auxiliar de consultório dentário e do técnico em higiene dental:

- Realizar ações de apoio conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, sob a supervisão do cirurgião-dentista;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.

7. Atribuições do cirurgião-dentista:

- Realizar a avaliação clínica conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

8. Atribuições dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família:

- Apoiar os profissionais das equipes de saúde da família a exercer a coordenação do cuidado da criança em todas as ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE);
- Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de saúde da família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes;
- Realizar com as equipes de saúde da família discussões e condutas terapêuticas integrativas e complementares;
- Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde;
- Identificar e articular juntamente com as equipes de saúde da família e professores uma rede de proteção social com foco nas crianças;
- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de saúde da família sobre a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Observações quanto às atribuições dos médicos de família e comunidade e do pediatra na atenção às crianças nas Unidades Básicas de Saúde (UBS):

- Em boa parte das Unidades Básicas de Saúde do Brasil que funcionam sob a Estratégia da Saúde da Família, o médico que atende crianças é o médico de família e comunidade (MFC), que, por vezes, conta com o auxílio de pediatra por intermédio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).
- Mas há também UBS que contam com pediatra na própria equipe, matriciando uma ou mais equipes de saúde da família e atendendo crianças juntamente com o MFC.
- Finalmente, também existem aquelas unidades básicas tradicionais (sem ESF), em que o atendimento às crianças é feito com exclusividade pelo pediatra ou mesmo por um clínico geral.

Seja qual for a forma de organização da atenção básica em questão, caso haja a presença de pediatra juntamente com o MFC, é preferível que o primeiro atue de forma mais matricial, à semelhança do trabalho de um pediatra de Nasf, discutindo e atendendo casos que exigem conhecimentos mais específicos da pediatria (como casos de asma grave, problemas de crescimento e desenvolvimento menos comuns etc.), selecionados pela equipe responsável pelo caso.

Entretanto, o que se observa em parte destes serviços é que, havendo uma situação especial de maior disponibilidade de pediatra, este, além de atuar matricialmente, também acaba dividindo com o médico de família e comunidade a demanda de atendimento de consultas de crianças e adolescentes. Neste caso específico, em linhas gerais, espera-se que o pediatra, como já falado, se concentre naqueles casos de maior complexidade. Além disso, espera-se que o detalhamento desta organização interna de processo de trabalho da equipe, no que tange à saúde da criança, se dê levando-se em conta os aspectos demográficos e epidemiológicos locais.

Anexo B – Técnica para aferição da pressão arterial

Instrumentos: manômetro e manguitos

Há dois tipos de manômetros disponíveis no Serviço de Saúde Comunitária: os de mercúrio e os aneroides. Os de mercúrio são os mais confiáveis, porque são mais acurados. Eles não necessitam de calibragem. Os aneroides são os mais usados. São menores e necessitam de calibragem (são aferidos pelo Inmetro pelo menos uma vez por ano, tendo como padrão um manômetro de mercúrio).

Há três larguras de manguitos pediátricos padronizados: de 5, 7 e 9cm. O manguito adulto tem 12cm. Manguitos padronizados têm sempre comprimento proporcional à sua largura. As referências à largura do manguito aplicam-se somente à borracha inflável.

Seleção do manguito apropriado

O manguito de tamanho apropriado deve obrigatoriamente:

- Cobrir de 80% a 100% da circunferência do braço;
- Ter largura correspondente a 40% da circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano;
- Cobrir aproximadamente 75% da altura do braço entre o acrônio (ombro) e o olécrano (cotovelo), deixando espaço livre tanto na fossa cubital, para se colocar o estetoscópio, como na parte superior ao manguito, para se prevenir a obstrução da axila.

Exemplo de como definir o manguito apropriado:

- Medida da distância entre o acrônio e o olécrano: 18cm;
- Divida o valor por 2: 9cm;
- Marque este ponto (9cm) no braço da criança;
- Meça a circunferência do braço neste ponto: 20cm;
- Calcule 40% deste valor: 8cm;
- Largura do manguito a ser escolhido: 9cm (como não há manguitos com 8cm de largura, deve ser escolhido o de 9cm).

Um manguito de tamanho apropriado é essencial para a medida correta da pressão arterial (PA).

Se o manguito de tamanho ideal para o paciente não estiver disponível, deve-se escolher sempre o imediatamente maior: um manguito pequeno pode resultar em uma PA artificialmente elevada e acarretar uma conduta inadequada.

A PA deve ser medida e registrada pelo menos duas) vezes em cada ocasião.

Aferição da PA:

A preparação apropriada da criança é essencial para a determinação acurada da PA e inclui os seguintes procedimentos:

260

- A escolha do local do exame: deve ser calmo e com temperatura agradável, o que contribui para o relaxamento do paciente;
- Descanso prévio: de 5 a 10 minutos;
- Explique o procedimento para o paciente e para o seu responsável;
- Pergunte ao paciente ou ao responsável se a criança está com a bexiga cheia (em caso afirmativo, o paciente deverá urinar antes da medida), se praticou exercícios físicos intensos ou se ingeriu bebida com cafeína ou alimentos até 30 minutos antes da medida da PA;
- Posição para a medida da PA: a partir da idade pré-escolar, a criança deverá estar sentada. Lactentes podem estar deitados na posição supina;
- O braço direito deverá estar totalmente exposto, sem qualquer vestimenta;
- Localize a artéria radial por palpação;
- Coloque o manguito adequado, deixando espaço na fossa cubital para o estetoscópio e não obstruindo a axila, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- Posicione o braço do paciente na altura do átrio direito;
- Os olhos do observador devem estar no nível do mostrador do manômetro aneroide;
- Palpe o pulso radial e infla o manguito até 20mmHg acima do desaparecimento do pulso;
- Coloque a campânula do estetoscópio sobre a fossa cubital sem realizar pressão excessiva;
- Desinsufle o manguito a uma velocidade de 2 a 4mmHg/segundo. A cada medida, o esfigmomanômetro deverá ser completamente esvaziado até o zero;
- Determine a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff);
- Determine a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);
- Registre os valores da PA sistólica e da diastólica, a posição da criança (sentada ou deitada), seu estado (se está agitada, calma, etc.), o tamanho do manguito, o braço em que foi feita a medida e a frequência cardíaca;
- Espere cerca de 5 minutos antes de realizar nova medida em outra posição (em decúbito ou ortostatismo).

Tabelas pediátricas padronizadas

As tabelas apresentadas a seguir são as usadas atualmente para classificar os valores da PA sistólica e da diastólica. Baseiam-se no sexo, na idade e no percentil de altura da criança e são adotadas universalmente. Todos os dados de PA usados para compor as tabelas foram obtidos de medidas da PA no braço direito, com o paciente em posição sentada ou, no caso de lactentes, na posição supina, tal como descrito.

Como utilizá-las:

- Meça a altura da criança e determine o percentil de altura de acordo com o sexo e a idade do paciente, usando as tabelas de referência;
- Na tabela de PA, verifique quais são os valores da PA sistólica e da diastólica que correspondem aos percentis 90 e 95 para a idade, o sexo e o percentil de altura da criança;
- Compare tais valores com os medidos no paciente, indicando se os valores estão abaixo do percentil 90, entre 90 e 95 e acima do percentil 95.

Anexo C – Valores de pressão arterial para meninas ou meninos de 1 a 17 anos, de acordo com o percentil de estatura

262

MENINAS

Valores de pressão arterial (PA) referentes aos percentis 90 e 95 de pressão arterial para meninas de 1 a 17 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de altura						PA diastólica (mmHg) por percentil de altura							
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%		
1	90	98	98	99	101	102	103	104	52	52	53	53	54	55	55
	95	101	102	103	104	106	107	108	56	56	57	58	58	59	60
2	90	99	99	101	102	103	104	105	57	57	58	58	59	60	60
	95	103	103	104	106	107	108	109	61	61	62	62	63	64	64
3	90	100	101	102	103	104	105	106	61	61	61	62	63	64	64
	95	104	104	106	107	108	109	110	65	65	66	66	67	68	68
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	65	66	67	67
	95	105	106	107	108	109	111	111	68	68	69	69	70	71	71
5	90	103	103	105	106	107	108	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	71	71	71	72	73	74	74
6	90	104	105	106	107	109	110	111	69	69	69	70	71	72	72
	95	108	109	110	111	113	114	114	73	73	74	74	75	76	76
7	90	106	107	108	109	110	112	112	71	71	71	72	73	74	74
	95	110	111	112	113	114	115	116	75	75	75	76	77	78	78
8	90	108	109	110	111	112	114	114	72	72	73	74	74	75	76
	95	112	113	114	115	116	117	118	76	77	77	78	79	79	80
9	90	110	111	112	113	114	116	116	74	74	74	75	76	77	77
	95	114	115	116	117	118	119	120	78	78	79	79	80	81	81
10	90	112	113	114	115	116	118	118	75	75	76	77	77	78	78
	95	116	117	118	119	120	122	122	79	79	80	81	81	82	83
11	90	114	115	116	117	119	120	120	76	77	77	78	79	79	80
	95	118	119	120	121	122	124	124	81	81	81	82	83	83	84
12	90	116	117	118	119	121	122	123	78	78	78	79	80	81	81
	95	120	121	122	123	125	126	126	82	82	82	83	84	85	85
13	90	118	119	120	121	123	124	124	79	79	79	80	81	82	82
	95	122	123	124	125	126	128	128	83	83	84	84	85	86	86
14	90	120	121	122	123	124	125	126	80	80	80	81	82	83	83
	95	124	125	126	127	128	129	130	84	84	85	85	86	87	87
15	90	121	122	123	124	126	127	128	80	81	81	82	83	83	84
	95	125	126	127	128	130	131	131	85	85	85	86	87	88	88
16	90	122	123	124	125	127	128	129	81	81	82	82	83	84	84
	95	126	127	128	129	130	132	132	85	85	86	87	87	88	88
17	90	123	123	124	126	127	128	129	81	81	82	83	83	84	85
	95	127	127	128	130	131	132	133	85	86	86	87	88	88	89

Fonte: V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 26/07/2008

MENINOS

Valores de pressão arterial (PA) referentes aos percentis 90 e 95 de pressão arterial para meninos de 1 a 17 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de altura							PA diastólica (mmHg) por percentil de altura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	99	101	102	103	49	49	50	51	52	53	54
	95	98	99	101	103	105	106	107	54	54	55	56	57	58	58
2	90	98	99	101	103	104	106	107	54	54	55	56	57	58	58
	95	102	103	105	107	108	110	110	58	59	60	61	62	63	63
3	90	101	102	103	105	107	109	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	105	106	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	68
4	90	103	104	105	107	109	110	111	63	63	64	65	66	67	67
	95	107	108	109	111	113	114	115	67	68	68	69	70	71	72
5	90	104	105	107	109	111	112	113	66	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	111	113	114	116	117	71	71	72	73	74	75	76
6	90	105	106	108	111	112	113	114	70	70	71	72	73	74	74
	95	109	110	112	114	116	117	118	74	75	75	76	77	78	79
7	90	106	107	109	111	113	114	115	72	73	73	74	75	76	77
	95	110	111	113	115	117	118	119	77	77	78	79	80	81	81
8	90	108	109	110	112	114	116	116	74	75	75	76	77	78	79
	95	112	113	114	116	118	119	120	79	79	80	81	82	83	83
9	90	109	110	112	114	116	117	118	76	76	77	78	79	80	80
	95	113	114	116	118	119	121	122	80	81	81	82	83	84	85
10	90	111	112	113	115	117	119	119	77	77	78	79	80	81	81
	95	115	116	117	119	121	123	123	81	82	83	83	84	85	86
11	90	113	114	115	117	119	121	121	77	78	79	80	81	81	82
	95	117	118	119	121	123	125	125	82	82	83	84	85	86	87
12	90	115	116	118	120	121	123	124	78	78	79	80	81	82	83
	95	119	120	122	124	125	127	128	83	83	84	85	86	87	87
13	90	118	119	120	122	124	125	126	78	79	80	81	81	82	83
	95	121	122	124	126	128	129	130	83	83	84	85	86	87	88
14	90	120	121	123	125	127	128	139	79	79	80	81	82	83	83
	95	124	125	127	129	131	132	133	83	84	85	86	87	87	88
15	90	123	124	126	128	130	131	132	80	80	81	82	83	84	84
	95	127	128	130	132	133	135	136	84	85	86	86	87	88	89
16	90	126	127	129	131	132	134	134	81	82	82	83	84	85	86
	95	130	131	133	134	136	138	138	86	86	87	88	89	90	90
17	90	128	129	131	133	135	136	137	83	84	85	86	87	87	88
	95	132	133	135	137	139	140	141	88	88	89	90	91	92	93

Fonte: V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 26/07/2008

Anexo D – Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos

1. Manifestações locais:

264

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite A; • Hepatite B; • BCG; • DPT; • Hib; • Varicela; • Pneumococo; • Influenza; • Tríplice viral; • Meningococo.
Descrição	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperestesia; • Eritema; • Prurido e pápulas urticariformes; • Enfartamento ganglionar; • Abscessos; • Dor.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Pode ocorrer logo após a aplicação de vacinas ou alguns dias depois.
Notificação e investigação	Notifique e investigue os casos com abscessos ou outras reações locais muito intensas (edema e/ou vermelhidão extensos, limitação acentuada e duradoura de movimentos) e também o aumento exagerado de determinada(s) reação(ões) local(is) associada(s) eventualmente a erros de técnica ou a lote vacinal.
Conduta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico, se necessário. 2. Compressas frias nas primeiras 24 a 48 horas após a aplicação, nos casos de forte dor e reação local intensa. 3. Os abscessos devem ser submetidos à avaliação médica, para a escolha da conduta apropriada.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Não há.

2. Febre:

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite B; • DPT; • Hib; • Pneumococo; • Influenza; • Tríplice viral.
Descrição	Elevação da temperatura axilar acima de 37,8°C.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Pode ocorrer logo após a aplicação de vacinas não vivas (como a vacina tetravalente, a vacina meningocócica B/C, etc.) ou alguns dias depois de vacinas vivas (como a vacina tríplice viral).
Notificação e investigação	Notifique e investigue se for detectada febre com intensidade maior ou igual a 39,0°C e frequência acima do esperado ("surtos") ou associada eventualmente a lotes de vacina.
Conduta	<p>A criança deve ser examinada quando a febre for alta ou fugir do padrão esperado para o tipo de vacina aplicada. Quando a febre se deve à vacinação, o quadro geralmente é benigno e autolimitado.</p> <p>Mantenha a criança em repouso, em ambiente bem ventilado, administre água e outros líquidos apropriados para ela (tais como o leite materno e a terapia de reidratação oral) e considere o uso de antitérmico.</p> <p>Antitérmicos: paracetamol (para crianças e adultos), de preferência na dosagem de 10 a 15mg/kg/dose (dose máxima: 750mg), de 6hs/6hs.</p> <p>Nos casos de febre muito alta sem resposta ao paracetamol, pode-se usar dipirona, 15mg/kg/dose, por via oral.</p> <p>Antitérmico profilático: utilize-o quando na dose anterior houve febre elevada ou história prévia de convulsão febril. Administre no momento da vacinação e depois repita de 6/6 horas durante 24 a 48 horas. Use de preferência o paracetamol na dose já indicada. Fique atento para a possibilidade de infecção intercorrente, que pode necessitar de tratamento apropriado.</p>
Há contraindicação para doses subsequentes?	Não há. Considere a conveniência de antitérmico profilático.

3. Convulsão:

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • DPT; • Meningococo C.
Descrição	<p>A crise convulsiva febril é, em geral, do tipo clônico, tônico-clônico generalizada e com manifestações neurológicas pós-convulsivas discretas. São geralmente de curta duração, podendo, entretanto, ocorrer crises múltiplas e prolongadas, circunstâncias em que a pesquisa de doença neurológica, especialmente meningite, é obrigatória. O fator preditivo mais importante para a ocorrência da primeira crise é a história familiar de crises convulsivas agudas febris. O diagnóstico é essencialmente clínico.</p> <p>A crise convulsiva afebril é rara em associação com vacina e necessita de avaliação e acompanhamento neurológico.</p>
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Pode ocorrer após a vacinação, principalmente contra a coqueluche e o sarampo, devido à febre que eventualmente sucede a aplicação dos imunobiológicos.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloque o paciente em decúbito lateral, com o corpo inclinado, de modo que a cabeça fique abaixo do nível do restante do corpo (Trendelenburg). 2. Aspire as secreções. 3. Afrouxe as roupas. 4. Proteja a língua com gaze dobrada entre os dentes. 5. Caso a convulsão febril não cesse espontaneamente em 10min, aplique anticonvulsivante. O medicamento de escolha para a terapêutica inicial é o diazepam, administrado por via intravenosa, lentamente, na dose de 0,04 a 0,2mg/kg, velocidade de 1mg por minuto. Pode também ser utilizada a via retal, na dose de 0,5mg/kg. Dose máxima: 10mg/dose. É droga de meia vida curta, com duração pequena de ação terapêutica. O fenobarbital pode ser utilizado como alternativa inicial quando não houver diazepínicos disponíveis. Sua atividade é duradoura, por ter meia vida prolongada. Dose de ataque: 10mg/kg, por via intramuscular. 6. Oxigênio úmido, se necessário (no caso de cianose, mesmo após a aspiração). 7. É comum a criança dormir após a crise, mesmo sem medicação. Não se deve acordá-la. 8. Encaminhe a criança para avaliação se for o primeiro episódio de crise convulsiva. <p>O tratamento da fase aguda da convulsão afebril é semelhante ao da convulsão febril, com exceção do uso do antitérmico.</p>
Há contraindicação para doses subsequentes?	Quando a convulsão for associada à vacina tríplice DTP/tetavalente, complete o esquema vacinal com a vacina tríplice acelular (DTaP), com administração de antitérmico profilático e das demais precauções indicadas.

4. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo I (imediata)

4.1 Manifestações alérgicas graves: choque anafilático

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite B; • Influenza; • Meningococo C; • Tríplice viral.
Descrição	<p>O choque anafilático caracteriza-se por instalação súbita de sinais de colapso circulatório com diminuição ou abolição do tônus muscular, palidez, cianose, resposta diminuída ou ausente aos estímulos, depressão ou perda do estado de consciência, hipotensão ou choque e, algumas vezes, parada cardíaca associada ou não a alterações respiratórias.</p> <p>Diagnóstico diferencial importante deve ser feito com a reação vaso-vagal, caracterizada por náusea, palidez, sudorese, bradicardia, hipotensão, fraqueza e, às vezes, desmaio, mas sem prurido, urticária, angioedema, taquicardia e broncoespasmo, mais frequente em adolescentes. Deve ser feito também diagnóstico diferencial com episódio hipotônico-hiporresponsivo.</p>
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	Ocorrem geralmente em menos de 2 horas após a aplicação de vacinas e soros (ou medicamento), principalmente na primeira meia hora, sendo extremamente raras em associação com as vacinações.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	<p>As ações descritas a seguir devem ser realizadas rápida e simultaneamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entre em contato com o serviço de emergência, chamando inclusive uma ambulância. 2. Coloque o paciente em local apropriado em posição de Trendelenburg, se possível. 3. Administre 0,01ml/kg (máximo de 0,3ml em crianças e 0,5ml em adultos) de adrenalina a 1:1000 por via subcutânea ou intramuscular, repetindo o procedimento a cada 10 a 15 minutos, se isso for necessário. 4. Mantenha as vias aéreas desobstruídas. 5. O₂ sob máscara ou Ambu ou intubação, segundo for indicado e possível. 6. Encaminhe a criança para ambiente hospitalar e a deixe em observação por 24 horas, devido ao risco de recorrência (bifásico). Quando houver o risco ampliado de reação de hipersensibilidade (história prévia de hipersensibilidade após uso de um imunobiológico ou algum de seus componentes), recomenda-se a administração em ambiente hospitalar.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim. Contraindicam-se doses subsequentes com qualquer um dos componentes do agente imunizante que provocou o choque anafilático.

4.2 Manifestações alérgicas menos graves:

268

Vacinas	
Descrição	São reações alérgicas sem sinais de insuficiência respiratória e/ou colapso circulatório.
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	Ocorrem geralmente em menos de 2 horas após a aplicação de vacinas e soros (ou medicamento), principalmente na primeira meia hora, sendo extremamente raras.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	Administre anti-histamínicos por via oral no caso de urticária ou exantema pruriginoso. Administre corticoesteroides, na dependência da intensidade e do tipo das manifestações alérgicas.
Há contraindicação para doses subsequentes?	As doses subsequentes devem ser aplicadas com precauções, preferencialmente em ambiente hospitalar.

5. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo II (citotóxica):

Vacina	Influenza.
Descrição	É uma reação imunológica anômala e indesejável, em que anticorpos fixam-se nas células do próprio corpo (autoimunidade), provocando sua destruição. Nos eventos neurológicos pós-vacinais, como, por exemplo, na síndrome de Guillain-Barré, provavelmente este mecanismo imunológico está envolvido.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	Encaminhe a criança para o especialista.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim.

6. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo III (complexo imune):

Vacina	DPT.
Descrição	A magnitude da reação depende da quantidade de complexos imunes formados, bem como de sua distribuição no organismo. Quando os complexos são depositados próximos ao local de aplicação da vacina ou do soro, denomina-se reação de Arthus. Ocorre quando o antígeno injetado forma complexos imunes com anticorpos pré-existentes no local da aplicação. Surgem eritema, edema, enduração e petequias. Quando os complexos imunes depositam-se em muitos tecidos, o agravo denomina-se doença do soro, pois são mais comuns após a aplicação de soros, geralmente de origem não humana (equina). Aparecem febre, linfadenopatia, lesões urticariformes com prurido discreto (eritema polimorfo), às vezes petequias, artrite e glomerulonefrite. Pode haver trombocitopenia e a velocidade de hemossedimentação costuma ser elevada.
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	Reação de Arthus: pode aparecer cerca de duas horas após a injeção, alcança máxima intensidade entre 4 e 6 horas e, em geral, diminui progressivamente. Doença do soro: ocorre de 5 a 21 dias após a administração do soro, mais comumente de 7 a 12 dias. Em geral, as petequias que às vezes ocorrem alguns dias após a aplicação de algumas vacinas, como a tríplice DTP ou a vacina meningocócica do sorogrupo B, devem-se à formação de complexos imunes.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	Administre anti-histamínicos e, nos casos mais graves, corticosteroides. Ofereça líquidos com frequência para a criança.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Não administre dose de reforço até dez anos depois da última dose. Nos casos de reação à aplicação de soros de origem equina, se for necessário repetir imunização passiva, devem ser utilizadas as imunoglobulinas humanas, quando isso for possível. Na impossibilidade de utilizá-las, faça a administração de soro heterólogo com pré-medicação e acompanhe o paciente nos dez dias seguintes.

7. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo IV (tardia):

7.1 Doenças desmielinizantes:

Vacinas	Várias vacinas na linha.
Descrição	Reações de hipersensibilidade anômala e indesejável, em que linfócitos T citotóxicos agredem a bainha de mielina dos nervos com a participação de outros mecanismos imunológicos, como anticorpos.
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	Podem ocorrer tardia e raramente após o uso de algumas vacinas, como a vacina contra raiva preparada em tecido nervoso (síndrome de Guillain-Barré) ou mesmo a tríplice viral (encefalomielite aguda disseminada, também conhecida como Adem).
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos. Um neurologista deve participar da investigação.
Conduta	A ser orientada pelo neurologista.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim.

7.2 Alergia de tipo tardia local:

Vacina	DPT.
Descrição	O timerosal é usado como conservante de várias vacinas, como DTP, DT, dT, TT, meningocócica B/C etc., e pode provocar dermatite de contato mediada por células (hipersensibilidade de tipo IV, tardia). Caso uma pessoa tenha alergia cutânea ao timerosal, pode apresentar após a vacinação um discreto aumento do processo inflamatório local nos primeiros dias após a vacinação. A alergia à neomicina, contida em algumas vacinas, em geral segue o mesmo padrão da alergia ao timerosal.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	-----
Notificação e investigação	Desnecessárias.
Conduta	Geralmente desnecessária.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Não. Oriente a família.

8. Eventos adversos de natureza mal definida:

8.1 Episódio hipotônico-hiporresponsivo:

Vacina	DPT.
Descrição	Admite-se que seja uma reação sistêmica inflamatória exagerada a componentes vacinais, especialmente à endotoxina, que existe principalmente na vacina celular contra coqueluche. A endotoxina também pode existir por problemas de contaminação de qualquer vacina por germes gram-negativos.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Ocorre nas primeiras horas após a aplicação da vacina, mas o seu prognóstico é benigno.
Notificação e Investigação	Notifique e investigue todos os casos. Deve-se considerar a possibilidade de intercorrência infecciosa (diagnóstico diferencial).
Conduta	Conservadora, devendo ser oferecidos água e leite materno, além de um ambiente ventilado. Deve haver precauções especiais para se evitar a broncoaspiração. Se o procedimento for necessário, use antitérmicos. Observação rigorosa até a resolução do quadro.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Utilize preferencialmente em dose subsequente a vacina DTP acelular.

8.2 Deficit motor:

Vacina	VOP.
Descrição	Foram observados casos de paralisia associados à vacina em vacinados e seus contatos, geralmente familiares.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	O risco é maior na primeira dose do que em doses subsequentes e torna-se ampliado para indivíduos imunodeficientes.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	Colete duas amostras de fezes, o mais precocemente possível, dentro de 15 dias após o início do deficit motor, com intervalo de 24hs entre as duas amostras. Eletromiografia para o diagnóstico diferencial de outras neuropatias.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim.

Colofão