

GHC

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Diretoria

Jussara Rosa Cony - Diretora Superintendente
Gilberto Barichello - Diretor Administrativo e Financeiro
Ivo Lenck - Diretor Técnico

Conselho de Administração

Alberto Beltrame - Presidente
Jussara Rosa Cony
Leonise Fracasso Guimarães
Arlindo Nelson Ritter
Francelmo Araújo Costa (MPOG)
Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazolli

Conselho Fiscal

Paulo Ricardo de Souza Cardozo - STN
Luiz Fernando Beskow
Arionaldo Bomfim Rosendo

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Administração

Denise Maria Jornada Braga
Fone: (51) 3357.2127

Paciente Externos

João Albino Potrich
Fone: (51) 3357.2127

Unidades de Internação

Paulo Bobek
Fone: (51) 3357.2541

Saúde Comunitária

Ney Bragança Girão
Fone: (51) 3357.2441

Serviços de Diagnósticos e Tratamento

Gilberto Bandeira Lang
Fone: (51) 3357.2127

Ensino e Pesquisa

Néio Lúcio Fraga Pereira
Fone: (51) 3357.2461

HOSPITAL CRISTO REDENTOR

Administração

Claudimiro Ambrosio
Fone: (51) 3357.4110

Unidades de Internação

Mário Silveira
Fone: (51) 3357.4110

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO

Administração

Carla S. Baptista
Fone: (51) 3357.2584

Unidades de Internação

José Roberto Saraiva
Fone: (51) 3357.2185

HOSPITAL FÊMINA

Administração

Nataniel Schostack
Fone: (51) 3314.5226

Unidades de Internação

Carlos Eduardo Nery Paes
Fone: (51) 3314.5226



**Momento &
Perspectivas em Saúde**

Volume 19 - Número 1/2 - JANEIRO/DEZEMBRO 2006

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechado com controle acionário da União Federal e ligada à Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP/GHC.

MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

**Momento &
Perspectivas em Saúde**

Editor:

Alberto Salgueiro Molinari

Conselho Editorial:

Airton Stein	Marília Gerhardt de Oliveira
Balduino Tschiedel	Paulo R.S. Silva
Charly F. Camargo	Pedro Pimentel Filho
Cristiane Valle Tovo	Raul Pruinelli
Edelvis Vieira Rodrigues	Romeu Warken
Edmundo Lima Zagoury	Sérgio Antonio Sirena
José Luiz Pedrini	Sérgio M. Espinosa
Júlio Baldisserotto	Vera Lúcia Pasini
Lauro Hagemann	Maria Inês Schmidt (UFRGS)
Emílio Moriguchi (PUCRS)	Luciano Basto Moreira (ULBRA)
Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFCMPA)	Alberto Bujardon (CUBA)
Jorge L. Irvin III(USA)	Noé Zamel (Canadá)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para "*Momento & Perspectivas em Saúde*" Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Brasil - Telefone: (51) 3357.2376

SUMÁRIO

EDITORIAL	07
Alberto Salgueiro Molinari	

ARTIGOS DE REVISÃO/ATUALIZAÇÃO

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 12 ANOS	09
--	----

1 - O espírito esboça, mas é o coração que modela	10
Camila Guedes Henn, Maria Amália Vidal, Simone Bertoni	

2 - Visita domiciliar para a família do recém-nascido	13
Maria Lúcia Medeiros Lenz, Ana Lúcia da Costa Maciel	

3 - A primeira consulta do recém-nascido	15
Maria Lúcia Medeiros Lenz	

4 - Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subseqüentes	23
Carla Berger	

5 - Solicitação de exames complementares	29
Lúcia Takimi, André Klafke de Lima	

6 - Imunizações	34
Lisiane Devinar Périco, Cíntia Furcht	

7 - Triagem auditiva neonatal e sua implicação no desenvolvimento da linguagem	39
Letícia Wolff Garcez, Maristela C. Tamborindéguy França	

8 - Avaliação do crescimento e desenvolvimento	44
Aline Gerlach, Carla Berger, Agda Henke, Ana Cristina Capellari, Carolina Chassot, Rosmére Lasta	

9 - Alimentação Saudável	59
Lena Azeredo de Lima, Aline Gerlach	

10 - Suplementação Alimentar	75
Lúcia Takimi, André Klafke de Lima	

11 - Uso de medicamentos e outras substâncias durante a amamentação	81
Elineide Camilo, Jaqueline Misturini	

12 - A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos	84
Idiana Luvison, Caren Bavaresco	

13 - Prevenção de lesões não intencionais	92
Ananyr Porto Fajardo	

14 - Violência: Prevenção, manejo e identificação de vulnerabilidade na infância e adolescência	97
Karla Livi, Carla Berger, Margareth Ivanir Schneider	

15 - Rede social e direito das crianças	106
Agda Henk, Grupo das Assistentes Sociais do SSC	
16 - Promoção, narração, brincadeira e imaginação em saúde	109
Celso Gtfreind	
17 - Programas prioritários à saúde da criança no SSC	112
Maria Lúcia Medeiros Lenz, Rui Flores	
18 - Rotinas de agendamento das consultas de revisão e formas de encaminhamento	113
Simone Nascimento Silva	
19 - Sistema de informação e avaliação do programa da criança do serviço de saúde Comunitária	114
Rui Flores, Maria Lúcia Medeiros Lenz	
Carta ao editor	148
Normas Para Publicação	151

EDITORIAL

A Revista do GHC "Momento e Perspectivas em Saúde", continua cumprindo seu papel na divulgação dos *Protocolos e Rotinas de Atenção à Saúde*, desenvolvidos no Grupo Hospitalar Conceição, como recomendado pelo Ministério da Saúde, de colocar à disposição para aplicar em toda Rede Assistencial do SUS, uma das vocações da nossa Instituição.

Nesta Edição Especial, focamos a *Asma*, condição muito prevalente em Crianças e Adolescentes, no nosso meio e que o manejo envolve educação e o apoio ambulatorial da rede de saúde comunitária, além de divulgar o oferecimento desta assistência adequada, evitando complicações maiores que levam à necessária hospitalização.

A ocorrência de doenças imunocomprometedoras e a associação de problemas de saneamento básico, ainda relevantes no nosso país, favorecem a existência de razoável número de pessoas com *tuberculose pulmonar* que necessitam acompanhamento em serviço ambulatorial. Os serviços de Saúde Comunitária e de Pneumologia do GHC, elaboraram um protocolo para atenção à saúde destes pacientes que permite um racional atendimento com melhores resultados.

A expressão *atenção à saúde da gestante no SSC do GHC*, literalmente dá a dimensão do atendimento integral neste evento que é a gestação no qual assumimos a responsabilidade pelo desfecho do ato cirúrgico, o parto, e do futuro deste novo indivíduo. Nesta edição especial publicamos a versão 3 deste protocolo que se aprimora e atualiza neste atendimento. esta editoria parabeniza os autores pela constante atualização deste trabalho, que demonstra agilidade na incorporação de novos aprendizados neste manejo.

Boa leitura

Alberto Molinari
Editor

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 12 ANOS

organizadores

Maria Lucia Medeiros Lenz

Rui Flores

Revisor

André Klafke de Lima

Graus de Recomendação (Autor Convidado)

Celso Gutfreind - Psiquiatria, psicanalista e escritor. Doutor em psicologia pela Universidade Paris 13, pós-doutor em psiquiatria da infância pela Universidade Paris 6. Professor da Fundação Universitária Mário Martins. Autor de cerca de 20 livros, entre ensaios, poemas e literatura para crianças.

Revisores Externos

Gabriela Unchato Eckert - Médica Oftalmologista. Especialista em Oftalmopediatria e Estrabismo/Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Médica do Instituto da Criança com Diabetes e Ambulatório de Oftalmologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Lucia Mariano da Rocha Silla - Médica Hematologista. Prof Adjunta da FAMED da UFRGS. Prof Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências da Saúde - UFRGS. Chefe do Serviço de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do HCPA

Márcia Regina Vítolo - Nutricionista. Doutora em ciências biológicas. Professora Adjunta II do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFCSPA. Consultora da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde em Nutrição Infantil.

Paula R. Vargas - Médica Pediatra. Coordenadora do Serviço de Referência em Triagem Neonatal do Estado do RS - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

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.

Fonte: Centre for Evidence-Based Medicine. CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Levels of evidence. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 03/12/2008

Autores

Agente Comunitária de Saúde

Ana Lúcia da Costa Maciel (Colegiado Coordenação dos ACS)

Assistente Social

Agda Henk (US Coinma)

Auxiliar administrativa

Simone Nascimento Silva (US Conceição)

Enfermeiras

Karla Livi (Secretaria Municipal de Saúde - Coordenação Pré-Nenê e Pré-Parar)

Lisiane Devinar Perico (US Divina Providência)

Margaret Ivanir Schneider (US Sesc)

Rosmêre Lasta (US Divina Providência)

Farmacêuticas

Elineide Camillo (Apoio Matricial - SSC)

Jaqueline Misturini (Apoio Matricial - SSC)

Fonoaudiólogos

Leticia Wolff Garcez (Hospital da Criança Conceição)

Maristela C Tamborinduguy França (Hospital da Criança Conceição)

Médicos de família e comunidade

André Klafke de Lima (US Santíssima Trindade)

Carla Berger (US Jardim Itu)

Lúcia Takimi (US Floresta)

Maria Lucia M. Lenz (Monitoramento e Avaliação)

Rui Flores (Monitoramento e Avaliação)

Nutricionistas

Aline Gerlach (Apoio Matricial - SSC)

Lena Azeredo de Lima (Apoio Matricial - SSC)

Odontólogos

Ananyr Porto Fajardo (GEP)

Caren Bavaresco (US Barão de Bagé)

Idiana Luvison (US Floresta)

Psicólogos

Camila Guedes Henn (US Barão de Bagé)

Carolina Chassot (Residente US Coinma)

Maria Amália Vidal (US Conceição)

Simone Bertoni (US Floresta)

Técnicas de Enfermagem

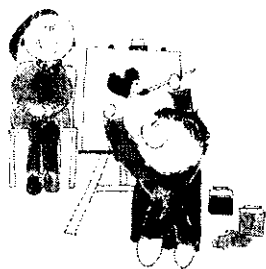
Ana Cristina Capellari (US Coinma)

Cíntia Furcht (US Barão de Bagé)

APRESENTAÇÃO

"O ESPÍRITO ESBOÇA, MAS É O CORAÇÃO QUE MODELA"

Auguste Rodin (1840-1917)



A criança e o adolescente sempre nos motivam. Se representam "vida", o que encontraríamos de melhor? A chegada de um bebê na família ou mesmo em qualquer lugar faz preencher todos os espaços, toda a atenção,

traz alegria, renovação e esperança.

Nós não nos sentimos diferentes e representamos, neste momento, profissionais de saúde que enfatizam a prevenção. A criança não é um "esboço de gente", mas nos faz acreditar que ainda há tempo e que podemos participar da construção de uma vida que precisa, mais do que tudo, de afeto. Na atenção primária, temos ainda mais privilégios, porque além de iniciarmos o cuidado no pré-natal, conhecemos o contexto familiar e acompanhamos a criança ao longo de sua trajetória.

Ao escrever as Rotinas de Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos, partimos de nossa prática, da experiência de colegas e preceptores que implementaram o Programa da Criança no SSC em 1992, das falas de nossos pacientes, das melhores evidências científicas e, inerentemente, de nossa experiência como crianças e como pais.

Nos preocupamos em abordar aspectos fundamentais para a proteção da saúde da criança, entre eles como preparar o "ninho" para melhor recebê-la, em visitá-la, oferecer suporte a seus pais ou cuidadores, estimular o fortalecimento de vínculos - que serão importantes para toda a sua vida -, e identificar situações que as coloquem em risco e pessoas que também representem rede de apoio em momentos suscetíveis. Desejamos que todas as crianças possam ouvir, ver, falar, sorrir, crescer e desenvolver toda a sua potencialidade para conhecer o mundo e viver. Gostaríamos de poder prevenir as doenças e começamos nos preocupando com aquelas passíveis de imunização. Se a criança vir a adoecer, precisamos agir rapidamente, evitar que a situação se agrave e escolher o melhor tratamento. Abordamos também a violência e prevenção de lesões não intencionais, que tanto aparecem nos dias de hoje.

Com essa intenção, esboçamos um trabalho em conjunto, fortemente integrado, que permitiu que nos conhecêssemos ainda mais como pessoas e profissionais. Nos rendeu muitas horas de trabalho,

muita troca de "e-mails" e também muito prazer. Contudo, ainda apenas "esboçamos", porque é na prática que a individualidade do "pequeno paciente" e o jeito de cada um em atendê-lo é que irão modelar com o coração, um bom trabalho.

Maria Lucia Medeiros Lenz

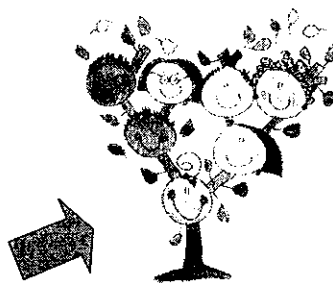
1. A chegada da criança na família

Camila Guedes Henn

Maria Amália Vidal

Simone Bertoni

"O Pedro foi o bebê mais esperado desse 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 essa criança tão feliz e maravilhosa que é o meu filho".



Maria, 40 anos, mãe de Pedro Henrique. 5 meses. Moradora da área de atuação da US Barão de Bagé.

A gravidez constitui um período de muitas expectativas, não só para a gestante, mas para toda a 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 expectativas, crenças, valores e metas, que influenciarão na formação desse sujeito em desenvolvimento¹. Por esse 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 à relação que

os membros da família estabelecem com a criança, à maneira como se dispõem a cuidar dela, seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, à forma como ela é recebida e "endereçada" ao mundo² [D]. A equipe de saúde deve ainda compreender e orientar os pais sobre a formação de vínculos e o fortalecimento da parentalidade³ [D]. O profissional precisa estar atento para possíveis e frequentes dificuldades que se apresentam e estimular a construção de uma rede, inclusive na equipe de saúde, que sirva de apoio à família³ [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, retrata graficamente a história e o padrão familiar⁴ [D].

Recente revisão sobre influências ambientais na saúde mental da criança⁵ referiu estudo que acompanhou crianças desde o pré-natal até adolescência (Rochester Logitudinal Study). 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 criança e mãe, chefe da 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, Seifer, Barocas Zax & Greenspan, 1987, citado por Halpern)⁵ [B].

1.1 A família de uma criança recém-nascida

O profissional de saúde, desde o pré-natal, deve estar atento a que mudanças e necessidades de adaptação ocorrem nas famílias diante do nascimento de um novo ser. E que adaptar-se não é uma tarefa fácil, 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. Estudo realizado no território de atuação do Serviço de Saúde Comunitária 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 criança⁶ [B]. Cabe ressaltar que a mudança com o nascimento da criança ocorre não apenas na família nuclear, mas também na família ampliada, 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, dentre outros exemplos de alterações na configuração familiar⁴ [D].

E é dentro deste contexto familiar ou de seu substituto (instituições ou pessoas que exerçam a função de cuidadores) que acontecerão as primeiras relações da criança, tão importantes para seu desenvolvimento psicossocial. Os laços afetivos formados, em especial entre pais e filhos, influenciam no desenvolvimento saudável do bebê e determinam modos de interação positivos que possibilitam o ajustamento do indivíduo aos diferentes ambientes de que ele irá participar⁷ [D].

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, dentre outras) e psicossociais (sentir-se 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 esta família observe cuidadosamente como os cuidadores, em especial a mãe, reagem a tais comportamentos: são afetuosos? Oferecem contato físico frequente ao bebê? Reagem de forma irritada ou agressiva ao choro?^{8,9} [D]. Por vezes, o modo como se dão estas reações aos comportamentos do bebê podem ser indicativos se esta família precisa de auxílio para superar esse momento de crise.

A prática da amamentação favorece a formação de vínculo entre mãe e filho e deve ser estimulada. Entretanto, o aleitamento materno não é um comportamento inato, e sim um hábito. Essa prática depende de aprendizado e da interação positiva entre os fatores culturais e sociais⁵ [D].

1.3 O desenvolvimento da função parental

Considerando 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 estimular o desenvolvimento da parentalidade⁴ [D], definida como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai ou mãe¹⁰. O termo parentalizar designa a influência positiva que exerce uma pessoa sobre o sentimento que tem um adulto 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 essa parentalização? O bebê, durante suas interações com os pais, os conjugues podem parentalizar um ao outro, a família ampliada e os profissionais que trabalham com pais e bebês¹⁰.

Os profissionais de saúde podem auxiliar na formação da parentalidade oferecendo espaço para manifestação de sentimentos comuns durante esse processo: medo de não conseguir manter a vida e o crescimento de seu bebê, medo de não conseguir envolver-se emocionalmente com o seu bebê de modo autêntico e pessoal (e de que ele não se desenvolva emocionalmente), preocupação em como criar o bebê, se irá ou não permitir sistemas de apoio necessários e medo de não conseguir modificar-se ou reorganizar sua identidade^{10,11} [D]. Conhecendo e identificando a presença desses sentimentos, podemos estimular o pai, a mãe ou substitutos, evitando julgamentos e valorizando sempre as boas práticas em atender as necessidades de seu filho. Os profissionais devem disponibilizar aos pais, sempre que desejarem, grupos de apoio que promovam a aquisição de habilidades na formação da parentalidade³ [A].

1.4 Dificuldades comuns desta 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 psicossomáticas¹², os quais podem afetar o modo como se relacionam com seu filho.

O "baby blues" refere-se a uma manifestação transitória do humor, freqüente e que aparece no decorrer dos primeiros dias pós parto (com intensidade maior em torno do 3º e 6º dia após parto). A puérpera apresenta um estado de fragilidade e de hiperemotividade transitória (choro fácil, irritabilidade, tristeza ou hipersensibilidade) que não é considerado depressão pós-parto. O manejo adequado inclui uma orientação sobre a sua freqüência e transitoriedade, estímulo à manifestação de sentimentos e a aceitação de apoio¹⁰ [D].

A depressão pós-parto, cuja incidência varia entre 12 e 19%¹³, pode constituir um problema que afeta não apenas a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai. Estudo brasileiro recente evidencia que mães com depressão puerperal têm maior risco para desmame precoce nos primeiros dois meses¹⁴ [B]. Sabe-se ainda que os bebês, por dependerem muito da qualidade dos cuidados e do modo como a mãe responde 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-bebê¹⁵, o profissional de saúde deve estar atento à presença de sintomas

compatíveis com depressão³ [D], principalmente em relação à época de início (mais tardio que o "baby blues", em torno da 5ª e 6ª semana puerperal), sua intensidade e duração: irritabilidade ou choro freqüente, 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. Uma vez detectados estes sintomas, a puérpera deve ser melhor avaliada pela equipe de saúde.

1.5 Nascimento de um segundo filho

O nascimento de um segundo filho é também um acontecimento que altera a dinâmica familiar, muitas vezes gerando ansiedade, sendo diferente do nascimento do primeiro em função das mudanças dele decorrentes. O nascimento de um irmão é algo que exerce impacto sobre o comportamento do primogênito, o qual tem que aprender a lidar com a divisão do amor e da atenção dos pais, que antes eram dirigidos exclusivamente a ele. É comum, no primogênito, o aparecimento de sintomas físicos, tais como febre e alergia, bem como retrocessos na linguagem e na alimentação, propensão ao choro, aumento de birra e manifestações de agressividade¹⁶. E este acontecimento, muitas vezes, gera sofrimento não apenas para a criança, mas também para as mães, por perceberem a vulnerabilidade do primogênito, o qual necessitaria de cuidados especiais para se adaptar, e pelas dificuldades dele em lidar com a chegada do bebê. Por esse motivo, é importante que o profissional esteja atento às mudanças decorrentes deste acontecimento, tranquilizando, apoiando e orientando a família para que esta consiga superar, da melhor maneira, este momento de crise. 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. Já após o nascimento, em alguns casos, as disputas entre os irmãos originam-se na busca de atenção dos pais, sendo o irmão visto como um rival na busca pelo afeto e pelo tempo deles. Por esse motivo, é importante que os pais consigam organizar um tempo especial para passar com cada um dos filhos, dando atenção exclusiva a ele e propondo atividades do seu interesse¹⁷ [D]. Entretanto, não se pode esquecer 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 irmão¹⁷.

1.6 Estimulando a formação de uma rede de apoio mais ampla

Os desafios enfrentados pela família neste momento de chegada de um novo ser traduzem a importância de uma rede de apoio social que promova a superação do estresse, a resolução de conflitos e o restabelecimento de uma dinâmica familiar saudável, para que esta família não venha inclusive a desenvolver padrões de relacionamento disfuncionais, tais como: maus tratos à criança, violência intrafamiliar, abuso de substâncias, conflitos, dentre outros⁷ [D]. As mães devem ser estimuladas a ampliar redes sociais de apoio, uma vez que isso resulta em interação positiva na relação mãe-bebê³ [B]. Cabe aos profissionais de saúde identificar pessoas que possam oferecer suporte à família, destacando-se os próprios membros familiares, como avós, tios, primos e também amigos, companheiros, vizinhos e profissionais. Essa rede poderá oferecer suporte de diversas formas: apoio material ou financeiro, executando pequenas tarefas domésticas, cuidando dos outros filhos, orientando, prestando informações e oferecendo suporte emocional¹⁸ [C].

O profissional 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, sendo elas as responsáveis pelos cuidados físicos e afetivos destas crianças¹⁹. Percebe-se que este fenômeno de distribuição de papéis, que na família tradicional eram fortemente delimitados, hoje encontra-se flexibilizado, principalmente nas classes mais populares⁴.

1.7 Concluindo sobre a atenção à família neste momento

Considerando 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 esses fatores influenciam mais do que as características intrínsecas do indivíduo⁵ [B]. A família desempenha também papel primordial na transmissão de cultura, tradições espirituais e 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"*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE BEM, L. A.; & WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível sócio-econômico. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.
3. 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. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>. Acesso em: jun. 2008.
4. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
5. HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. S104-S110, abr. 2004. Suplemento.
6. FALCETO, O.G.; GIUGLIANI, E.R.J., FERNANDES, C.L. Couples Relationship and breastfeeding: is there an association? *Journal of Humam Lactation*, v. 19, 2004.
7. 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.
8. PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
9. BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
10. 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, DF: L.G.E, 2002.
11. STERN, D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
12. 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.
13. 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.

14. HASSELMANN, ML.; WERNECK, GL.; SILVA, CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S341-S352, 2008

15. 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.

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

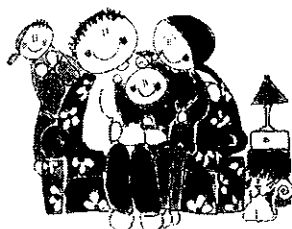
17. PEREIRA, C. R. R. Acordo de paz: saiba como estimular a boa convivência entre irmãos. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 2, 28 abr. 2008.

18. DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2000.

19. AZEVEDO, G. C. B. **O papel que avós exercem na criação dos netos na sociedade contemporânea**. Trabalho de conclusão de curso não publicado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, Brasil, 2007.

2. Visita domiciliar para a família do recém-nascido

Maria Lucia Medeiros Lenz
Ana Lúcia da Costa Maciel



"Gostei muito, mesmo, de ter sido visitada pela agente de saúde. Fiquei mais tranqüila, 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 pra amamentação"

Suzen Vieira, 21 anos, mãe de Eduardo 1 mês e 5 dias. Moradora do território da US Jardim Leopoldina

"Eu estava um pouco perdida, é 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 que já trouxeram a data e hora da consulta marcada. Já fui até lá, fiz o teste do pezinho e a BCG e hoje mesmo estou indo consultar. Gostei muito de como fui atendida, vou seguir levando meu filho na Unidade Leopoldina"

Elaine Kramer, 35 anos, mãe de Leanderson, 15 dias, moradora do território da US Jardim Leopoldina.

"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, vi que se interessam pela gente. De qualquer maneira, mesmo que eu não tivesse sido visitada, teria ido consultar. A gente sabe que tem 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. Moradora do território da US Sesc.

A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção primária e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde pelo MS¹. Estudo recente evidencia que a visita domiciliar e as atividades que envolvem bebês e crianças são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde de Porto Alegre². Avaliação realizada no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição confirma e ainda salienta que a visita ao recém-nascido é a atividade que mais gratifica o ACS³. Aproximando a equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.

Visitar gestantes e recém-nascidos é uma prática comum em muitos países. Essa atividade vem crescendo em função do reconhecimento de que os primeiros anos de vida são determinantes na saúde do ser adulto⁴.

Revisão de vários estudos, predominando estudos americanos, mostra boas evidências do benefício de visitas durante o período pré e pós-natal nas seguintes situações^{4,5}: desenvolvimento da parentalidade [B], melhora de alguns problemas de comportamento da criança (segundo os pais) [B], melhora no desenvolvimento cognitivo de grupos específicos, como prematuros e recém-nascidos de baixo peso [B], redução de lesões não intencionais [A], melhora na detecção e manejo da depressão pós-parto [B], melhora na prática de amamentação [A]. A mesma revisão identifica 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)⁵. No entanto, encontramos um estudo que mostra um desfecho positivo na redução de violência/negligência com crianças, trata-se de um estudo realizado nos EUA, onde ocorreram visitas domiciliares realizadas por enfermeiras, especificamente para mães adolescentes, primíparas, solteiras e com baixo nível sócio-econômico⁸ [A]. Estudo recente realizado no Brasil reforça a importância de identificar sinais de depressão materna pós-parto, uma vez que tenha sido identificado um risco aumentado de desmame nos primeiros dois meses de vida entre as mães que se apresentam deprimidas⁶ [B].

A partir dos depoimentos das mães, da satisfação dos profissionais em realizar esta atividade e das evidências científicas, optamos por recomendar a continuidade desta prática de visitar as famílias dos recém-nascidos, desenvolvida há mais de vinte anos no SSC e recomendada pelo Programa Pra-nenê da Secretaria Municipal de Porto Alegre⁷. Enfatizamos que as visitas sejam estendidas às gestantes para estimular e auxiliar no preparo para receber o bebê, uma vez que alguns desfechos têm fatores que podem ser corrigidos antes do nascimento. Salientamos ainda que a maioria dos estudos que avaliou o impacto de VDs na saúde da criança utilizou um programa de VDs que iniciou durante a gestação e prolongou-se nos primeiros anos de vida⁵.

Seguindo as recomendações dos ACS do SSC, depoimentos das famílias e evidências científicas, modificamos o conteúdo desta visita, que deverá ser guiada por formulário específico (anexo 1) e que tem como objetivo:

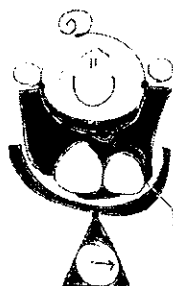
- facilitar acesso ao serviço de saúde (ver item 16)
- possibilitar ou fortalecer vínculo das famílias com as equipes de saúde
- escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (ver item 1)
- estimular o desenvolvimento da parentalidade (ver item 1)
- orientar sobre os cuidados com o recém-nascido (ver item 3)
- identificar sinais de depressão puerperal (ver item 1)
- promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (ver item 9)
- prevenir lesões não intencionais (ver item 12)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001.
2. 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.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Colegiado Multiprofissional de Coordenação dos ACS do SSC/GHC: relatório de avaliação**. Porto Alegre, 2005.
4. NICE. **Ante and post-natal home-visiting programmes: a reviews evidence briefing 1st edition** - february 2004. 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: 21/08/2008.
5. 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: 20/08/2008.
6. 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. S341-S352, 2008. Suplemento.
7. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Vigilância em Saúde. **Programa Pra-nenê**. Porto Alegre, 1997.
8. 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.

3. A primeira consulta do recém-nascido

Maria Lucia Medeiros Lenz



"O que eu mais queria dessa primeira consulta é que o médico a examinasse bem. Queria ter certeza 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 pra mim, mesmo não sendo mãe de primeira viagem"

Luciana, 36 anos, mãe de Marina, 1 ano. Moradora da área de atuação da US Floresta

A possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais da atenção primária em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem entendidas e acompanhadas¹.

Em serviços de atenção primária, como o Serviço de Saúde Comunitária, o profissional que realiza o pré-natal frequentemente é o que seguirá acompanhando a família durante a puericultura. Sendo assim, o fundamental vínculo entre equipe de saúde e a família do recém-nascido² [D] para o acompanhamento da criança vem ocorrendo pelo menos desde o pré-natal.

O nascimento de um bebê é um momento de transição-chave do ciclo de vida da família³, e o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos são extremamente comuns⁴. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação desta etapa^{3,4} [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 relacionamentos³.

3.1 A época ideal para a primeira consulta

A primeira consulta do recém-nascido, segundo recomendação do Ministério da Saúde⁴ e da Sociedade Brasileira de Pediatria⁵, deverá acontecer antes dos quinze dias de vida [D], momento propício para estimular e auxiliar nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientar e realizar imunizações, verificar a realização do teste do pezinho, reforçar a realização do teste da orelhinha e para estabelecer ou reforçar rede de apoio à família.

3.2 O conteúdo da consulta

Os cuidados com a saúde do bebê e sua família devem ser sempre individualizados^{2,4,6} [D]. No entanto, as recomendações descritas a seguir são extensivas a todos os recém-nascidos durante sua primeira consulta.

Recomendamos a utilização de formulários específicos para o registro das consultas (anexos 2 e 3). Esses formulários vêm sendo atualizados a partir de material produzido e utilizado pelas equipes desde a implantação do Programa da Criança no SSC (1992) e de sua reestruturação em 1996. Instrumentos como estes são reconhecidos como facilitadores da comunicação entre pais e profissionais² [C].

3.2.1 Anamnese

Procura-se avaliar principalmente as condições do nascimento (tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, parto, período neonatal e tratamentos realizados)^{2,4,6} [D] e os antecedentes familiares (condições de saúde dos pais e irmãos, número de gestações anteriores, número de irmãos)^{3,6} [D].

Índice de Apgar no quinto minuto entre 7 a 10 é considerado normal. Apgar 4, 5 ou 6 é considerado intermediário e relaciona-se, por exemplo, a prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita, e 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 Apgar, isoladamente, não prediz disfunção neurológica tardia⁷ [D].

3.2.2 Exame físico completo

Um exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta de puericultura⁴ [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 bebê² [D].

O quadro a seguir refere-se a uma adaptação das recomendações do Ministério da Saúde⁴ e do NICE² para exame físico nas primeiras semanas de vida.

Quadro 1. Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido^{2,4} [D].

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	Avaliar comprimento e perímetro cefálico . Avaliar o peso em relação ao peso ao nascer. Considera-se normal uma perda de peso de 10-15% ao nascer e a sua recuperação após o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo a dois desvios padrões, pode estar relacionado a neuropatologias como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, necessitando desta forma melhor avaliação e encaminhamento ³ .
Desenvolvimento social e psicoafetivo	Observar e avaliar o relacionamento 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.
Estado geral	Avaliar postura normal do recém-nascido – extremidades fletidas, mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observar padrão respiratório – presença de anormalidades como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avaliar estado de vigília do recém-nascido – avaliar o estado de alerta, sono leve ou profundo e o choro. Identificar sinais de desidratação e/ou hipoglicemia : pouca diurese, má ingestão (não consegue mamar ou vomita tudo que mama), hipoatividade e letargia. A temperatura axilar normal situa-se entre 36,4° C e 37,2° C. Não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como hipertermia materna durante o parto.
Face	Pesquisar assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.
Pele	Observar presença de: 1. edema (se generalizado pensar em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de colóides ou cristalóides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se localizado, sugere trauma de parto). 2. palidez (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemitórax e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica). 3. cianose (se generalizada, pensar em patologias cardiorespiratórias graves; se localizada em extremidades ou região perioral, pensar em hipotermia).
Tópicos do exame físico	Ações específicas
	4. icterícia (considera-se anormal quando iniciada nas primeiras 24h ou depois do 7º dia de vida e/ou com duração maior que 1 semana em RN a termo e 2 semanas em pré-termo) ³ . Pesquisar assaduras, pústulas (impetigo), bolhas palmoplantares (sífilis). Esclarecer a família quanto à benignidade do eritema tóxico.
Crânio	Examinar fontanelas : a fontanela anterior mede de 1-4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada ao nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bossa serossanguínea e cefalohematomas (mais delimitado que a bossa e involui mais lentamente) desaparecem espontaneamente.
Olhos	Reflexo fotomotor ⁹ – 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. Teste do reflexo vermelho ou Bruckner Test ⁹ – deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente a 50 a 100 cm de distância dos olhos da criança (o importante é que oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), observando-se o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, esta criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter patologias como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade ⁹ . 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 quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e sem muito prognóstico visual. Conjuntivites – as pálpebras podem estar edemaciadas (reação ao nitrato de prata a 1% - 18rede), e a regressão é espontânea em 24-48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar infecção por gonococo, clamídia e herpes vírus ³ . A conduta correta é de sempre coletar secreção e solicitar bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para suabe, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura. Deve-se iniciar imediatamente após a coleta tratamento com colírio (tobramicina ou ofloxacina) e, após o resultado, tratar de acordo com agente etiológico. O grande risco é a conjuntivite por gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h. 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 ⁹ . O exame para seu diagnóstico está descrito no item 4. A idade ideal para encaminhamento é a partir dos 4 meses.
Orelhas e audição	Orientar para a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) ou “teste da orelhinha”. As justificativas para triagem universal, o teste e as situações de risco para deficiência auditiva estão descritas no item 7. Observar também implantação, tamanho e simetria das orelhas.

Nariz	Avaliar forma e presença de secreção (sífilis)
Boca	Alterações morfológicas podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, necessitando suporte e acompanhamentos adequados. Observar úvula, tamanho da língua (macroglossia), palato, freio lingual, coloração dos lábios.
Pescoço	Avaliar assimetria facial e posição viciosa 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) ¹¹
Tórax	Avaliar assimetria – sugere malformações cardíacas, pulmonares, coluna ou arcabouço costal. Palpar clavículas, avaliando se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de clavícula é manejada simplesmente prendendo o braço ao tórax para proporcionar conforto ao bebê ¹¹ ; tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2-3 semanas. Orientar involução espontânea de mamas , que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observar sinais de sofrimento respiratório (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Contar frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120 a 160 bpm. Observar cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, ictus cordis, sopros cardíacos e verificar pulsos.
Abdômen	Observar respiração , que é basicamente abdominal e entre 40 a 60 irrm. Observar a forma do abdômen – se aumentado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se escavado, pode indicar hérnia diafragmática. Diagnosticar a presença de hérnias inguinal e umbilical (os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento e, nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia) ¹² , diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Verificar a presença de granuloma umbilical após a queda do coto – resolvido com uso de nitrato de prata. Se a região umbilical estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, indica onfalite e a criança deve ser encaminhada para a emergência ¹⁷
Tópicos do exame físico	Ações específicas
Genitália	Palpar bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos . Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser orientada que trata-se de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2 a 30%) e que na maioria das vezes os testículos “descem” até os três meses de vida, quando deverá ser reavaliado. Se aos seis meses não forem palpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento ¹³ . O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele , que em geral tem regressão lenta com resolução espontânea até os dois anos ¹³ . A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina os pequenos lábios e clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.
Anus e reto	Verificar a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício.
Sistema osteoarticular	Examinar membros superiores e inferiores , a resistência à extensão ou flexão dos membros ou flacidez excessiva e a presença de paralisia. Identificar presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrige espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas ¹¹ . O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar para o ortopedista para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verificar a presença de luxação congênita de quadril através do teste de Ortolani e Barlow ^{2,7,14,15} – descrito no item 4
Coluna vertebral	Examinar toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
Avaliação neurológica	Observar reflexos arcaicos (sucção, preensão palmo plantar e Moro) que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observar postura de flexão generalizada e lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observar presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada ⁹

3.3 Avaliações e orientações

3.3.1 Avaliar a presença de situações de risco à saúde do recém-nascido^{2,6} [D]

Situações de risco apontadas pelo MS (MS, 2005): residente em área de risco, baixo peso ao nascer (< 2.500g), prematuridade (< 37 semanas gestacionais), asfixia grave ou Apgar menor que 7 no 5º minuto, internações/intercorrências, mãe adolescente (< 18 anos), mãe com baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo), história de morte em criança com menos de 5 anos de idade na família⁴ [D].

Situações de risco complementadas pelo Programa Prá-nenê da SMS de PA (SMS, 2004): aleitamento materno suspenso ou misto, gestação gemelar, malformação congênita, mais de 3 filhos morando juntos, ausência de pré-natal, problemas familiares e sócio-econômicos que interfiram na saúde da criança, problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde, a não realização de vacinas, identificação de atraso no desenvolvimento⁶ [D].

Observação: a Coordenação do Programa Pra-nenê da SMS de Porto Alegre informa (comunicação pessoal em junho/2008) que está prevista uma revisão das situações de risco descritas acima e que a partir deste estudo, provavelmente algumas modificações serão realizadas.

Entre as situações familiares consideradas de risco, encontramos: 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), famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, doenças crônicas)^{6,16} [D].

3.3.2 Avaliar e orientar aos pais os sinais de perigo na criança menor de 2 meses e a necessidade de procurar atendimento de emergência² [D]

As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves. Sinais que indicam necessidade de encaminhamento ao serviço de referência com urgência¹⁷: criança não consegue beber ou mamar, vomita tudo que ingere, apresenta convulsões ou apnéia (20 segundos sem respirar), FC abaixo de 100 bpm, letargia ou inconsciência, respiração rápida (> 60 mrm), movimentando-se menos que o normal, febre (37,5° C ou mais), hipotermia (menos 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, fontanela 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 manipulação¹⁷ [D].

3.3.3 Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo^{2,9} [A] e auxiliar na formação/ fortalecimento do vínculo pais-bebê² [B]

A criança que é alimentada somente com leite materno até os seis meses de vida apresenta menor morbidade e maiores são os efeitos benéficos à sua saúde² [B]. Estimular a amamentação, orientando a livre demanda (frequência e duração)² [A] e não prescrevendo desnecessária complementação com outros leites² [C] são algumas das orientações que serão melhor abordadas no item 9.

A formação ou fortalecimento do vínculo pais-bebê é importante (auxiliar os pais na percepção das necessidades do bebê e estimulá-los a prover os cuidados necessários)² [B]. Os profissionais devem ainda propiciar espaço para o esclarecimento de dúvidas e manifestações de sentimentos do cuidador em relação ao bebê^{2,6} [D]. Orientar os pais sobre o desenvolvimento social do bebê pode promover maior vínculo entre eles² [B].

Os pais devem ser orientados, se estiverem interessados, em como participar de atividades educativas que ofereçam suporte emocional e auxiliem na formação da parentalidade² [A].

3.3.4 Orientações gerais sobre cuidados com o recém-nascido

A lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o nenê deve ser orientada em todas as visitas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de vírus causadores de doenças respiratórias¹⁸ [A]. Orientar o banho, cuidado com o coto umbilical (mantendo-o limpo e seco)² [A], troca de fraldas, prevenção de assaduras, hábitos de sono e diferentes tipos de choro^{4,5} [D]. Orientar a posição supina (de "barriga pra cima") para dormir e a sua relação de proteção com o risco de morte súbita do lactente^{2,15} [B] e a evitar co-leito, para a prevenção de acidentes, como cair da cama, ser prensado ou sufocado por um dos pais e também para a prevenção de morte súbita, principalmente em crianças menores de 4 meses em situações com agravantes (quando os pais têm hábito de ingerir bebida alcoólica, usam medicação para dormir, estão muito cansados ou são fumantes)² [B]. Também por segurança, os pais devem ser instruídos a não dormir com o bebê em sofás ou

poltronas² [B]. Existem também boas evidências para o aconselhamento antecipado do choro noturno⁹ [A] e os diferentes significados do choro: fome, desconforto, dor¹⁹ [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, hábitos de alimentação, diurese, evacuação, dieta da mãe (se amamentando), história familiar de alergias, resposta dos pais frente ao choro e fatores que aliviam ou agravam o choro² [D].

3.3.5 Prevenir acidentes^{2,9} [A]

Além das recomendações anteriores de cuidados com o bebê, cuidar a temperatura do banho (a temperatura ideal da água é de 37°C)¹⁵ [B] e não deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água¹⁵ [C]. Orientar para proteger as grades do berço (a distância entre as ripas da grade do berço não devem ser superior a 6 cm)²¹ [D]. Utilizar cobertas leves e travesseiro firme para evitar sufocação². Orientar para não aquecer leite materno, fórmula infantil ou outros líquidos em forno de micro-ondas devido ao risco de escaldamento² [D]. Líquidos aquecidos nestes aparelhos podem ficar mornos na porção mais externa do recipiente, enquanto que no seu interior, principalmente na parte superior pode estar fervendo.²¹ O transporte em automóvel deve ser sempre no banco traseiro, em cadeirinha especial para lactente, com cinto de segurança e a criança deve ficar posicionada de costas para o motorista²² [A].

3.3.6 Realização do teste do pezinho^{9,14} [A]

O "teste do pezinho" realizado na rede de Atenção Primária de Saúde de Porto Alegre, conforme o Programa Nacional de Triagem Neonatal²⁰, 00000000 permite a detecção logo após o nascimento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e hemoglobinopatias, doenças que podem ser tratadas, prevenindo o retardo mental que as duas primeiras podem ocasionar e as infecções e outras complicações que frequentemente podem levar à 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. Está previsto para 2009 a inclusão do rastreamento da fibrose cística em Porto Alegre por recomendação do MS (comunicação pessoal em agosto de 2008).

O teste do pezinho ou triagem neonatal deverá ser feito a partir do 3º dia de vida, quando já ocorreu uma ingestão adequada de proteínas e é possível analisar com mais segurança o metabolismo da

fenilalanina, evitando-se falsos resultados negativos para fenilcetonúria. Além disso, a dosagem de TSH nas primeiras 24 horas de vida pode levar a um aumento de falsos positivos para hipotireoidismo congênito. Assim, o exame **deve ser coletado entre o 3º e 7º dia de vida**. Embora não seja o ideal, aceita-se que seja coletado até o 30º dia de vida. A equipe de saúde, frente a **resultados alterados**, deve contatar o **Serviço de Referência de Triagem Neonatal do Estado do RS** (Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – fone 3328.3368), quando provavelmente nova coleta será orientada, conforme cada situação. Recomendamos aos profissionais, principalmente aos que realizam a coleta, a leitura complementar do Manual de Triagem Neonatal do MS disponível no site do Ministério da Saúde²⁰.

3.3.7 Estimular para a realização da TANU ou "teste da orelhinha"²³ [B]

A triagem neonatal universal (TANU) é oferecida a todos os recém-nascidos do território do SSC. As formas de agendamento estão descritas no item 7.

3.3.8 Orientar calendário de imunizações² [D]

É importante certificar-se de ter sido feita a 1ª dose de hepatite B no hospital e indicar realização de BCG na Unidade. Ver imunizações no item 6.

3.3.9 Combinar calendário de consultas

Orientar retorno no 30º dia de vida e combinar novas consultas conforme critérios de risco e calendário indicado no item 4.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília-DF: Unesco, 2002.
2. 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. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>. Acesso em: jun. 2008.
3. CARTER, B.; MC GOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 510 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Para a Utilização

- da Caderneta de Saúde da Criança. Brasília-DF, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: maio 2008.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria. 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>> Acesso em: maio 2008.
6. 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.
7. 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: 12 de setembro, 2008.
8. MACCHIAVELLI, 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: jul. 2008.
9. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Topics and recommendations pediatric preventive care. Disponível em: <http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: maio 2008.
10. GRAZIANO, R. M. Ophthalmologic examination in newborns: a necessary routine. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 78, n. 3, 2002.
11. STAHELI, L.T. Ortopedia pediátrica na prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
12. BEHRMAN, Richard E.; Kliegman, R. M.; JENSEN, Hal B. Nelson textbook of pediatrics, 17. ed. Philadelphia: Saunders: 2003.
13. 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.
14. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Guide to clinical preventive services. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2008.
15. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. Health care guidelines: preventive services for children and adolescents. Disponível em: <<http://www.icsi.org/>>. Acesso em: maio 2008.
16. 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.
17. 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: 25/08/2008
18. JEFFERSON, T. et al. Interventions for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses. The Cochrane Library, Oxford, n. 4, 2007. Acessado em: 20/08/2008.
19. BRANCO, A.; FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L.M.S.S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/revista/RevPaul-Set06-Vol-24-3.pdf#page=74>>. Acesso em: 02/10/2008
20. BRASIL. 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: 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0808_M1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2008.
21. WAKSMAN RD (Coord.) II Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência Contra Crianças e Adolescentes. Realizado em São Paulo em 21 de agosto de 2007. Disponível em <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p3.pdf>. Acesso em 27 de outubro de 2008.
22. AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRICS. Car safety seats: a guide for families 2008. Disponível em <http://www.aap.org/family/carseatguide.htm>. Acesso em 7 de novembro de 2008.
23. 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.

4. Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes

Carla Berger



"Mesmo sendo meu segundo filho, acho que é necessário consultar todo o 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, 1 ano e 6 meses. Moradora da área de atuação da US Divina Providência

Ao pactuar com os pais o calendário de consultas, devemos sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais e os fatores de risco e resiliência. Não existem estudos bem delineados avaliando o impacto e o número ideal de consultas para crianças assintomáticas, e talvez nunca existam, devido a uma limitação ética: privar crianças de ações preventivas já consagradas em busca de evidências¹. No território do Serviço de Saúde Comunitária, em que mais de 1/3 das crianças são consideradas de alto-risco para morbimortalidade, com alta frequência de internações nos primeiros anos de vida² recomendamos consultas de revisão de saúde, conforme frequência e conteúdo apresentados a seguir^{1, 3, 4, 5, 6, 8} [D].

4.1 Frequência de visitas ao médico por faixa etária

Recomendamos, conforme bibliografias consultadas^{4, 5, 6, 2, 7} [D], um número mínimo de sete consultas no primeiro ano de vida: a primeira consulta anterior aos 15 dias de vida, depois aos 30 dias de vida, 2, 4, 6, 9, 12 e 15 meses. Estas faixas etárias foram consensuais entre diversos grupos nacionais e internacionais, por serem momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção e prevenção adequadas para as idades. É também recomendada uma consulta aos 2 anos, outra entre os 4 e 6 anos, outra entre os 7 e 9 anos e uma aos 12 anos de idade, pelos mesmos motivos citados anteriormente^{3, 8, 5, 9} [D].

4.2 Anamnese

É fundamental que profissional e paciente estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento. Estabelecer canais de comunicação que permitam a construção de parcerias entre a equipe de saúde, crianças e familiares é importante e facilita as relações, divisão de tarefas e responsabilidades^{1, 2, 4, 10, 11} [D].

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 não bem explicadas. Exemplos: "O que você gostaria de me contar hoje?", "Ocorreu alguma mudança importante na família, desde a nossa última consulta?", "Existe algo no comportamento do Fulano que os preocupa?"^{1, 2, 3} [D]. É importante ainda evitar abordagens intrusivas ou interpretativas que não propiciam a descrição natural dos fatos: "Ele está dormindo mal?", "Por que você não o trouxe antes?"^{2, 4}. Além disso, vale lembrar questões que facilitam a comunicação: ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta^{1, 2, 4, 12} [D].

Mesmo que neste momento o foco principal seja a criança, é difícil avaliar o bem estar desta sem prestar atenção no bem estar da mãe. Estudo recente realizado no Brasil reforça a importância de identificar sinais de depressão materna pós-parto, uma vez que tenha sido identificado um risco aumentado de desmame nos primeiros dois meses de vida entre as mães que se apresentam deprimidas¹³ [B].

4.3 Exame físico

Um exame físico completo da criança, descrito no item 3, deve ser realizado na primeira consulta com médico ou enfermeira. A repetição do exame completo em todas as consultas não está justificada^{1, 3, 14} [C].

Alguns procedimentos específicos do exame físico da criança e do adolescente nos primeiros doze anos de vida, frequentemente recomendados, merecem discussão:

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 da criança no mundo inteiro. O peso, estatura e perímetro cefálico,

colocados nos gráficos de crescimento, são recomendáveis em todas as consultas, para crianças de risco ou não, até os 2 anos de idade, embora não haja estudos bem delineados para comprovar se esta prática traz benefícios para as crianças^{3, 8, 10, 15} [D].

Entre os 2 e 12 anos de idade, aferir peso e altura e plotar no gráfico conforme a frequência de visitas sugeridas no sub-item 4.1.

O Índice de Massa Corporal (IMC) teve seu uso validado em crianças como bom marcador de adiposidade e sobrepeso¹⁶, além de seu valor na infância poder ser preditivo do IMC da vida adulta.¹⁷ Em vista destes fatos recomendamos a plotagem de peso, estatura/comprimento nas curvas de IMC por idade e gênero, desde o nascimento.¹⁸

4.3.2 Rastreamento para displasia do quadril

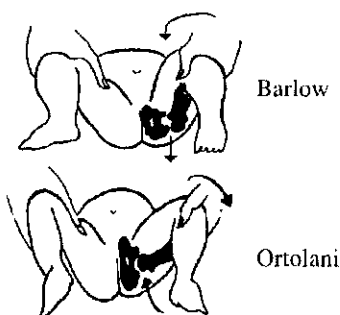
Há conflito na literatura consultada sobre a efetividade na redução de desfechos clínicos com o rastreamento para displasia de quadril. Mesmo assim, os protocolos recomendam a sua realização^{3, 10, 11, 19}, pois o diagnóstico precoce (anterior aos 3 - 6 meses de idade) é importante na escolha de tratamentos menos invasivos e com menores riscos de complicações²⁰ [D].

Um guideline da Academia Americana de Pediatria indica que meninos sem risco ou com história familiar de sub-luxação do quadril têm o menor risco de terem displasia de quadril, meninas sem risco e meninos nascidos de apresentação pélvica têm risco intermediário e meninas com história familiar de sub-luxação do quadril e nascidas de apresentação pélvica têm o mais alto risco para displasia de quadril²¹ [D]. Se optado por realizar o rastreamento, deve-se proceder as 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 ilustração a seguir. 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, na consulta dos 4m, 6m, 9m e 12m. Quando a criança começa a deambular, a partir da consulta dos 12 ou 15m, a observação da marcha da criança é o exame de escolha, e Trendelenburg positivo*, marcha anserina** e hiperlordose lombar possibilitam o diagnóstico²⁰ [D].

**Trendelenburg positivo: Cada membro inferior sustenta metade do peso do corpo; quando um membro inferior é levantado, o outro suporta todo o peso, resultando 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. Conseqüentemente a pélvis inclina, levantando do lado que não suporta peso. A falha deste mecanismo é diagnosticada pela positividade do sinal de Trendelenburg, ocorrendo a queda da pélvis ao invés de sua elevação no lado não apoiado.

***Marcha Anserina. Há oscilações da bacia, as pernas estão afastadas, 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: <http://www.cssd.us/images/medicalinfo/hip3.gif>

4.3.3 Ausculta cardíaca

Não há evidências contra ou a favor de realizar ausculta cardíaca e palpação de pulsos em crianças. Alguns protocolos sugerem fazer ausculta cardíaca e palpação de pulsos no mínimo três vezes no primeiro semestre de vida, repetindo no final do primeiro ano de vida¹ [D].

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) e seus fatores de risco (estrabismo, anisometropia, catarata e ptose) e erros de refração (miopia e hipermetropia).²² 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). Se optar pela realização do **teste do reflexo vermelho**, este deve ser aplicado na primeira consulta do recém nascido (ver item 3) e repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos de idade^{23, 24, 25} [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 a este

período pode ser um achado normal. Utiliza-se um oclutor colocado a 10-15 cm de um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa. Ao descobrir o olho previamente coberto, observa-se a reação deste. A movimentação em busca da fixação do foco de luz pode indicar estrabismo. Este procedimento deve ser repetido no outro olho. O teste de Hirschberg é realizado colocando um foco de luz a 30 cm da raiz nasal da criança e observa-se o reflexo nas pupilas; qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo²⁶ [B]. Sugerimos realizá-los nas consultas dos 4, 6 e 12 meses²⁷ [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 deste momento, a criança deve ser encaminhada ao especialista²⁷ [D]. **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 consulta de revisão nos intervalos sugeridos no sub-item 4.1. 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.^{3, 23, 27, 28, 29} [D].

4.3.5 Avaliação da audição

Há evidências de que o rastreamento universal da audição em recém nascidos é efetivo.^{30,31} [B].

Para mais informações sobre a avaliação da criança em relação à audição leia o item 7 deste protocolo.

4.3.6 Aferição da pressão arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença freqüente no adulto e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de aterosclerose, de doença coronariana, de insuficiência cardíaca, de acidente vascular cerebral e para a progressão de doença renal crônica.³² A equipe de atenção primária à saúde tem um papel fundamental na detecção dos casos de HAS, através de medidas corretas e sequenciais da pressão arterial (PA)³³ [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. Sugerimos que se faça uma medida aos 3 anos, outra no início da idade escolar (6 anos) e outra na adolescência (aos 12 anos)^{1, 33} [D]. Recomendamos consultar o anexo 6 e 7 para

instruções sobre a correta técnica de aferição e avaliação da PA em crianças. O quadro a seguir

Quadro 1. Classificação da pressão arterial em menores de 18 anos³³

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

4.3.7 Rastreamento para Criptorquidia

A criptorquidia isolada é a anomalia congênita mais comum ao nascimento.³⁴ A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros 3 meses de vida (70 a 77% dos casos) e raramente após os 6-9 meses.^{34, 35} Se os testículos não foram palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura^{3,34,36,37} [B]. Se aos 6 meses não forem encontrados testículos palpáveis no saco escrotal, é necessário encaminhar à cirurgia pediátrica para tratamento. Se forem retráteis, devem ser monitorados a cada 6 a 12 meses entre os 4 e 10 anos de idade, pois pode ocorrer da criança crescer mais rápido que o cordão espermático nesta idade e os testículos saírem da bolsa escrotal³⁴ [D]. O tratamento precoce da criptorquidia com cirurgia resulta em grande diminuição de câncer de testículos e problemas com a fertilidade em adultos³⁴ [D].

4.4 Aconselhamento antecipado

Embora considerado importante para promoção da saúde e valorizado pelos pais, os profissionais destinam um tempo desprezível à orientação preventiva.⁴ Em consultas de atenção primária, não podemos deixar de abordar quatro itens fundamentais: dar atenção à queixa principal, revisar os problemas já apresentados, enfatizar a prevenção e promoção oportunas e estimular a mudança de hábito na busca por cuidado³⁸ [D].

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

4.4.1 Posição para dormir

Os pais e cuidadores devem ser alertados quanto ao risco de morte súbita em crianças até 4 meses e de que a melhor maneira de prevenir é colocando a criança para dormir de "barriga para cima" (posição supina), e não de lado ou bruços. Deve-se evitar o co-leito. A cama/berço deve ser firme, e não deve haver lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta da criança^{3,10} [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^{39,40} [A].

4.4.3 Aconselhamento para evitar gravidez

Não há evidências de estudos originais que recomendem o aconselhamento para evitar gravidez na adolescência. Um consenso sugere que aconselhamento preventivo seja dado em visitas rotineiras a partir dos 12 anos, ou antes, se a criança estiver sexualmente ativa. Devem-se abordar os diferentes métodos contraceptivos, lembrando que o melhor método para evitar gravidez nessa faixa etária é a abstinência³ [D].

4.4.4 Aconselhamento para evitar o uso do tabaco

Não há evidências de estudos originais que avaliem que o aconselhamento para que crianças ou adolescentes evitem o uso de tabaco seja efetivo, porém é consenso que a partir dos 10 anos deve-se abordar o assunto nas consultas médicas rotineiras¹ [D]. Por outro lado, há diversos ensaios clínicos randomizados que demonstraram que intervenções na família podem prevenir o fumo em adolescentes⁴¹ [A].

4.4.5 Aconselhamento para realizar atividade física

Em crianças de 2 a 18 anos, deve haver aconselhamento para realização de 30 a 60 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa, apropriada para idade, entre 3 e 5 vezes por semana. Esta atividade pode ser cumulativa durante o decorrer do dia, somando as horas de atividade física na escola com as extra-classe^{42,43} [A].

Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte, as crianças e adolescentes aparentemente saudáveis podem participar de atividades de baixa e moderada intensidade, lúdicas e de lazer, sem a obrigatoriedade de uma avaliação pré-participação formal⁴⁴ [D]. É importante que algumas condições básicas de saúde – como uma nutrição adequada – estejam 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 melito, exigem a adoção de recomendações especiais, que devem ser identificadas e quantificadas [D].

4.4.6 Aconselhamento para não ingerir bebidas alcoólicas

A Força Tarefa Americana concluiu que não

há evidências suficientes para recomendar o rastreamento do uso de bebidas alcoólicas por adolescentes⁴⁵ [D]. Por outro lado, em crianças de 7 a 12 anos, é de fundamental importância reforçar a prevenção e educação para evitar o uso abusivo de bebidas alcoólicas, tanto através da abordagem no núcleo familiar, quanto na escola^{3,14,46,47} [B].

4.4.7 Aconselhamento em relação a hábitos alimentares (Ver item 9)

4.4.8 Aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais (Ver item 12)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, p. S13-S22, 2003. Suplemento n. 1.
2. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Monitoramento e Avaliação. **Indicadores de Saúde: relatório 2006**. Porto Alegre, 2007.
3. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care guidelines: preventive services for children and adolescents**. Disponível em: <<http://www.icsi.org/>>. Acesso em: 06 de maio 2008.
4. 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, 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.
6. 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 de agosto de 2008.
7. BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSEN, H. B. **Nelson textbook of pediatrics**. 17. ed. Philadelphia: Saunders, 2003.
8. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Topics and recommendations pediatric preventive care**. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: 06 de maio 2008.
9. YAMAMOTO, R.; CAMPOS JUNIOR, D. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.
10. 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: 03 jun. 2008.

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

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

13. 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. S341-S352, 2008. Suplemento.

14. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Guide to clinical preventive services.** Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2008.

15. 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: 07 junho de 2008.

16. Tanaka T, Matsuzaki A, Kuromaru R, Kinukawa N, Nose Y, Matsumoto T *et al.* Association between birth weight and body mass index at 3 years of age. **Pediatr Int** 2001;43:641-6.

17. Lynch J, Wang XL, Wilcken DE. Body mass index in Australian children: recent changes and relevance of ethnicity. **Arch Dis Child** 2000;82:16-20.

18. CARDOSO, Laura Emília B.; FALCAO, Mário Cicero. 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: 03 Dec. 2008. doi: 10.1590/S0103-05822007000200007.)

19. 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.

20. 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: 22 jun. 2008.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

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

25. SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA. Consenso da SBOP sobre quando examinar a criança e com que frequência. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/sbp/site/interna.asp?campo=135&secao_id=69>. Acesso em: 20 Mai 2008.

26. 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.

27. 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.

28. 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: 20 maio 2008.

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

30. 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.

31. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC. 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.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.
33. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/V_Diretriz-HA.asp>. Acesso em: 26 jul. 2008.
34. 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.
35. 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.
36. 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. 36
37. 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.
38. FRASER, R. C. **Clinical method: a general practice approach**. 2nd rev. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
39. 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: 20 agosto 2008.
40. ROBERTS, C. R. Reducing physician visits for colds through consumer education. **JAMA**, Chicago, v. 250, n. 15, p. 1986-1989, oct. 1983.
41. THOMAS, R. E.; BAKER, P.; LORENZETTI, D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004493/frame.html>>. 20 agosto 2008.
42. 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.
43. THE 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.
44. 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
45. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse, Topic Page. April 2004. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfdrin.htm>>. Acessado em 20 agosto 2008
46. SPOTH, R.; GREENGER, 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. S311-S336, apr. 2008. Suplemento.
47. FOXCROFT, D. R. et al. Primary prevention for alcohol misuse in young people. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/34/4/758>>. 20 agosto 2008

5. Solicitação de Exames Complementares

Lúcia Takimi
André Klafke de Lima



Os exames complementares são, como o próprio nome diz, complementares à consulta médica, visando ao estabelecimento de diagnósticos que a anamnese e exame físico não são capazes de estabelecer fidedignamente sozinhos. Durante o acompanhamento de puericultura, podem sugerir intercorrências que demandem a solicitação de exames complementares. Entretanto, uma dúvida freqüente dos profissionais de saúde que fazem o acompanhamento de crianças é quando devem ser solicitados exames complementares para crianças assintomáticas, e quais deles. O objetivo deste capítulo é avaliar criticamente, a partir da melhor evidência disponível, quais exames complementares devem ser solicitados a crianças assintomáticas em seu acompanhamento na unidade de saúde, e com qual periodicidade.

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 que as curativas.¹ Aliás, deveriam passar por um estrito controle de qualidade, maior que aquele para atividades curativas, já que serão oferecidas a pacientes que muitas vezes não as estão solicitando e que, em muitos casos, estão saudáveis.

Deve-se atentar para a necessidade de 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 ter em mente as seguintes questões: que evolução têm os casos sem tratamento? Em que e a quem beneficia o diagnóstico precoce? 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 conhecer o diagnóstico só acrescenta sofrimento ao paciente ao fazer-lhe consciente muito antes de um problema irreversível), nem depois (na fase de diagnóstico clínico usual, pois então o diagnóstico por rastreio 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.

A seguir, analisaremos os exames complementares costumeiramente solicitados em consultas de puericultura ou comumente indicados na literatura, sob o prisma da Medicina Baseada em Evidências.

5.1 Hemograma

Não há, até o momento, estudos de delineamento adequado (com grau A de recomendação) para avaliar o impacto (eficácia ou efetividade) do rastreamento de anemia em crianças assintomáticas. O que existe são estudos associando anemia a desfechos morbidos. Por isso, enfatiza-se que todas as recomendações no sentido do rastreio 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 que mais provavelmente se beneficiariam de rastreamento². Então, sugere-se avaliar as características, fatores de risco e proteção da criança e da comunidade em que vive para, assim, posicionar-se sobre a pesquisa de anemia para cada paciente.

O grupo etário de maior prevalência (e, portanto, de maior risco) de anemia são as crianças menores de 24 meses, particularmente as de 9 a 18 meses, pelo rápido crescimento associado à ingestão freqüentemente inadequada de ferro nesta faixa etária^{2, 3, 4, 5, 6, 7} [D]. Embora ainda não haja um levantamento nacional, estudos apontam que aproximadamente metade dos pré-escolares brasileiros sejam anêmicos, com a prevalência chegando a 67,6% entre 6 e 24 meses de vida¹.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, 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 prematuras <37 semanas³. O CDC também recomenda profilaxia a partir dos 6 meses para as crianças que não recebem ferro suficiente através da alimentação complementar², e a OMS recomenda que a suplementação seja estendida até os 24 meses de idade⁴ (ver item 10 – suplementação alimentar) [D].

Dessa forma, não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação de ferro para a prevenção. O próprio Ministério da Saúde não prevê hemograma

subseqüente para controle da anemia em todas as crianças (correspondência pessoal) [D]. Na ausência de boas evidências científicas sobre o assunto, o CDC², o U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)⁵ e a AAP⁶ recomendam iniciar o rastreamento em lactentes de risco para anemia (prematturos, com baixo peso ao nascer, alimentados com leite de vaca ou fórmula não fortificada ou com necessidades especiais de saúde) entre os 9 e 12 meses de idade [D]. Kohli-Kumar, em editorial no *Pediatrics*, sugere que a pesquisa de anemia recomendada pela AAP para os 9 a 12 meses de idade seja postergada para entre 15 a 18 meses, sob a justificativa que a anemia ferropriva desenvolve-se gradualmente, e entre os 9 e 12 meses não teria havido tempo suficiente para que esta se desenvolvesse em crianças que receberam suplementação de alimentos ou fórmulas fortificadas com ferro⁶ [D]. O CDC sugere pesquisa anual de anemia em crianças de alto risco para anemia

ferropênica (i.e., com dieta pobre em ferro, acesso limitado a alimentos, pela pobreza ou negligência, ou necessidades de saúde especiais) entre os 2 e 5 anos de idade² [D]. Há estudos recomendando a realização da dosagem de hemoglobina e hematócrito em meninas, na época da menarca^{2,7} [B].

Diante disso, optamos por recomendar o rastreamento sistemático para anemia apenas para crianças de risco (quadro 1). Recomendamos que o rastreamento para essas crianças de risco ocorra na consulta de 9 ou 12 meses, se não tiverem tido suplementação, ou aos 15 meses de vida, se tiverem tido suplementação de ferro, continuando anualmente até os 5 anos de idade. Recomendamos também rastreamento para as meninas na consulta dos 12 anos.

Abaixo, apresentamos um quadro que estratifica as crianças pela faixa etária, sexo e fatores de risco e apresenta a conduta diante da necessidade de rastreio e suplementação.

Quadro 1. Classificação das crianças conforme idade, presença de fatores de risco para anemia e conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento^{2, 3, 4, 8} [D]

Classificação	Conduta
GRUPO 1 (< de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses)	A. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro	B. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematturos saudáveis e bebês pequenos para idade gestacional (PIG)	C. 2mg/kg/d após 1 mês de vida, por 2 meses, depois reduzir para 1-2mg/kg/d, até 24 meses. Solicitar hemograma aos 15 meses.
D. Prematturos com história de hemorragia perinatal; gestação múltipla; ferropenia materna grave durante a gestação (Hb <8); hemorragias uteroplacentárias; hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas)	D. 2-4 mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se normal, reduzir a dose para 1-2mg/kg/dia até os 24 meses; se anemia, manter dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia aos 15 meses.
GRUPO 2 (risco em > 24 meses)	
Dieta pobre em ferro (vegetarianos, excesso de laticínios [mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente] e carboidratos, baixa ingestão de frutas e verduras), pica, infecções frequentes, hemorragias recorrentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de AINE e/ou corticóides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos)	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Tratar anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhar os pais sobre dieta rica em ferro.
GRUPO 3 (meninas > 11 anos)	
Mulheres não grávidas em idade fértil - rastrear para anemia a cada 5 anos.	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Se anemia, tratar com 60-120mg/dia de ferro.

Atenção: crianças advindas de áreas endêmicas de malária devem primeiro ser tratadas adequadamente para malária para depois receber suplementação de ferro.

5.2 Exames de fezes e comum de urina (EPF e EQU)

Não há documentação científica de que a realização rotineira destes exames, em crianças e jovens assintomáticos, 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 bacteriúria assintomática, mas sem especificar os benefícios clínicos com a realização desses exames. O exame parasitológico de fezes pode ser realizado em crianças

que vivam em áreas de alto risco, mas não existem recomendações a respeito da frequência ideal⁸ [D].

5.3 Perfil lipídico

Sabe-se que metade das crianças com dislipidemia tornar-se-á adulto dislipidêmico. O tratamento da dislipidemia na infância tem-se mostrado eficaz em diminuir os níveis de lipídeos em populações selecionadas, mas nenhum estudo avaliou o impacto deste tratamento em desfechos clínicos (p.ex. eventos cardiovasculares) na infância ou idade

adulta ¹¹.

A Academia Americana de Pediatria divulgou nova recomendação em julho de 2008 sobre rastreamento e tratamento de colesterol para crianças. Recomenda pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) em crianças e adolescentes 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. Também recomenda pesquisar pacientes cuja história familiar é desconhecida ou com outros fatores de risco para doença cardiovascular, incluindo obesidade, hipertensão ou diabetes. O rastreio seria a partir dos 2 anos de idade, a cada 3-5 anos. Ao invés de ponto de corte fixo para o valor normal, recomenda avaliar os níveis de lipídeos específicos para idade e sexo (sendo anormal acima do percentil 95 e limítrofe entre o 90 e 95)¹² [D]. A introdução de tratamento farmacológico a partir dos 8 anos, com estatinas, se as medidas dietéticas e exercícios não se mostrarem eficazes, foi a recomendação mais controversa deste consenso¹³.

A Força Tarefa Americana concluiu que a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou

contra o rastreio rotineiro de dislipidemia em crianças e adolescentes (até os 20 anos) ⁹ [D]. Exatamente pela falta de boas evidências sobre o assunto, os consensos diferem em suas recomendações. O Previnfad ¹⁰ descreve recomendações de algumas importantes instituições internacionais, que consistem na solicitação de colesterol total ou colesterol total e HDL como screening ou já do perfil lipídico completo a partir dos 2 anos de idade para crianças e adolescentes de risco (obesos, tabagistas, com pais ou avós dislipidêmicos ou com doença cardiovascular precoce), seguido por tratamento, se necessário, que vai desde dieta até tratamento farmacológico.

Diante da falta de evidências consistentes, recomendamos considerar a solicitação de colesterol total em crianças filhas de pais dislipidêmicos (com posterior solicitação de perfil lipídico completo se colesterol total = percentil 90-95) e perfil lipídico em crianças obesas ou cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (<55 anos em pais ou avós ou <65 anos em mães ou avós) aos 2 anos, entre 4 e 6 anos, entre 7 e 9 anos e aos 12 anos, tratando conforme os resultados.

Quadro 2. Distribuição dos valores normais de lipídeos e lipoproteínas em indivíduos de 5 a 19 anos conforme sexo e faixa etária ¹²

Homens				Mulheres			
IDADE	5-9 a	10-14 a	15-19 a	IDADE	5-9 a	10-14 a	15-19 a
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 05	38	37	30	P 05	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

P: percentil.

Adaptado do Lipid Research Clinic Pediatric Prevalence Study

5.4 Nível sérico de chumbo

Não existem estudos bem delineados avaliando a efetividade do rastreamento para intoxicação

assintomática por chumbo em crianças. Entretanto, há estudos documentando as consequências da intoxicação por chumbo e a efetividade do tratamento

com quelantes quando a concentração sérica for muito alta ¹⁴.

Crianças de 1 a 5 anos assintomáticas e sem fatores de risco não devem ser triadas para plumbemia de rotina ¹⁵[D]. O USPSTF considera que a evidência é insuficiente para recomendar ou não a pesquisa rotineira de chumbo sérico em crianças assintomáticas entre 1 a 5 anos com risco aumentado ¹⁵ [D]. Já o CDC e a OMS recomendam rastreamento em crianças de 0 a 5 anos de alto risco para intoxicação por este metal em locais de maior prevalência de intoxicação por chumbo ¹⁴[D].

Os fatores de risco relacionados à intoxicação por chumbo na literatura são: exposição a áreas de grande tráfego, moradia em casa com pintura antiga, exposição ao lixo industrial e doméstico, dormir próximo ao solo, contato com água contaminada, baixo nível educacional dos pais e pobreza. Outros fatores importantes, ligados à maior absorção, são deficiências orgânicas de ferro, cálcio e zinco ¹⁴.

Em breve teremos dados sobre os fatores de risco de exposição para chumbo na área de atuação do SSC ¹⁴, o que poderá subsidiar a decisão sobre o rastreamento em crianças da nossa área.

5.5 Rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST)

A infecção por clamídia é a doença bacteriana sexualmente transmissível mais comum nos EUA e Europa. Em mulheres, a infecção por clamídia pode resultar em uretrite, cervicite, doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gestação ectópica e dor pélvica crônica. Durante a gestação, está relacionada a complicações como aborto, ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil ¹⁶. A segunda doença sexualmente transmissível (DST) mais prevalente nos EUA é a gonorréia, com mesma distribuição etária e complicações ginecológicas similares. Nos homens, a infecção por clamídia é discreta, ao contrário da gonorréia, que pode apresentar uretrite sintomática e epididimite ¹⁷.

Mulheres de até 25 anos, sexualmente ativas, não-usuárias de método contraceptivo de barreira ou com sintomas de cervicite (friabilidade cervical, secreção mucopurulenta ou sangramento intermenstrual) devem ser avaliadas para infecção por clamídia ¹⁸. O USPSTF recomenda pesquisa anual para este grupo de risco, com testes de amplificação do ácido nucléico, que têm alta especificidade e sensibilidade. Podem ser feitos com urina e swabs vaginais. ATENÇÃO: este exame ainda não é realizado pelo laboratório do GHC; o exame disponível em nosso serviço é imunofluorescência

indireta, feito por laboratório terceirizado, cuja acurácia é limitada para infecções não complicadas, pois é difícil distinguir se os anticorpos são de infecção prévia ou atual ¹⁷.

Sugere-se, portanto, reservar a imunofluorescência indireta para clamídia apenas para pessoas de alto risco (i.e. mulheres com contato sexual sem preservativo com parceiro com DST) ou diagnóstico de indivíduos sintomáticos.

Fatores associados à infecção por gonococo, inclusive em indivíduos assintomáticos, são: parceiros com DSTs, idade inferior a 30 anos, idade da primeira relação sexual inferior a 17 anos, sangramento endocervical induzido por swab, e dor abdominal baixa ou pélvica ^{18, 19, 20} [B]. Portanto, o profissional deve estar atento a estes fatores para decidir quanto ao rastreamento de gonococo, através de Gram e cultural de secreção cervical ou uretral ¹⁸. Lembramos que o mesmo meio de transporte utilizado para pesquisa de estreptococo beta-hemolítico pode ser usado para o gonococo, sendo viável até 12 horas, em temperatura ambiente. Preencher a requisição (SADT) solicitando "pesquisa para gonococo", informando de onde foi coletada a secreção (cervical, uretral).

Na prática, o gonococo está associado à clamídia, pois os fatores de risco são os mesmos. Na vigência de uretrite ou cervicite, a abordagem é síndrômica, para ambas as bactérias ²¹ [D].

Também há boas evidências para solicitar anti-HIV para indivíduos de alto risco (homens homossexuais ou bissexuais, prostitutas, usuários de drogas injetáveis, pessoas com doença sexualmente transmissível, contatos sexuais com portadores do HIV e pessoas de países com alta prevalência de infecção por HIV) ¹⁸ [A].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GÉRVAS CAMACHO, J. et al. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria: a propósito de dos ejemplos en pediatría. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 81, n. 4, p. 345-352, 2007.
2. 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. RR 3, apr.1998. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm>>. Acesso em: 01/12/08.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.
4. 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.
5. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for Iron Deficiency Anemia—Including Iron Supplementation for Children and Pregnant Women.** Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf06/ironsc/ironscr.pdf>. Acesso em: 01/12/08.
6. 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: 01/12/08.
7. 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.
8. RUIZ-CABELLO, F. J. S. Prevención primaria y detección precoz de la ferropenia. **PrevInfad**, Espanha, oct. 2002. Disponível em: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_ferropenia.pdf. Acesso em: 01/12/08.
9. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for lipid disorders in children: recommendation statement.** Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/chlipid/chlipidrs.pdf>. Acesso em: 01/12/08.
10. CORTÉS RICO, O. Cribado de la hipercolesterolemia. **Previnfad**, Espanha, abr 2008. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/colesterol.htm>. Acesso em 12/12/08.
11. 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.
12. DANIELS, S. R.; GREER, F. R. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 1, p. 198-208, 2008.
13. DE FERRANTI, S. e LUDWIG, D.S. **Storm over Statins — The Controversy Surrounding Pharmacologic Treatment of Children.** **N Engl J Med.** Massachusetts v. 359, n.13 p. 1309-1312. 2008
14. FERRON, M. M. et al. **Prevalência de intoxicação por chumbo em crianças da Vila Dique.** Porto Alegre, 2005. No prelo.
15. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for elevated blood lead levels in children and pregnant women: recommendation statement.** 2007. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstflead.htm#Summary>. Acesso em: 01/12/08
16. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for Chlamydial Infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 147, n. 2, p. 128-134, july 2007.
17. Centers for Disease Control and Prevention. **Screening Tests To Detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* Infections** - 2002. **MMWR Recomm Rep.** October 18, 2002 / 51(RR15);1-27. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5115a1.htm>. Acesso em: 01/12/08
18. STEIN, A. et al. Promoção da saúde e detecção precoce de doenças no adulto. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004 .
19. ALLARD R, R.J et al. Predictors of asymptomatic gonorrhea among patients seen by private practitioners. **CMAJ**, v.133, p. 1135-9, 1146. 1985.
20. PHILLIPS, R.S. et al. Gonorrhea in women seen for routine gynecologic care: criteria for testing. **Am J Med** v. 85, p.177-182. 1988.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde.Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília. DF: Ed. Ministério da Saúde, 1997.

6. Imunizações

Lisiane Devinar Périco
Cíntia Furcht



"Acho importante vacinar meu filho, previne as doenças. Ele é bem valente, nem chora."

Sheila, mãe de Nicolas, 4 anos, moradora do território da US Barão de Bagé.

"Faço vacina prá prevenir, prá não ficar doente. Gosto, até peço prá fazer exame de sangue, não tenho medo, melhor do que ter que ficar num hospital depois"

Paola, 12 anos, moradora do território da US Barão de Bagé.

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Primária à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como sendo capazes de proteger a saúde infantil e de impactar na incidência e prevalência de doenças na infância¹ [D]. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança do Ministério da Saúde² encontram-se disponíveis no cotidiano de trabalho das unidades básicas da rede pública de saúde. Este calendário poderá ser complementado por outras vacinas, cuja importância e eficácia são também evidenciadas e que estão disponíveis, até o presente momento, nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) para situações particularmente indicadas³ [D] (anexo 9) ou em clínicas de vacinação da rede privada. O processo de tomada de decisão sobre a introdução de novas vacinas no calendário de vacinação pelo Ministério da Saúde é subsidiada pelo Comitê Técnico Assessor de Imunizações (CTAI), que realiza a avaliação da relação entre o custo da utilização universal (para todas as crianças no país) e o real impacto desta ação no comportamento epidemiológico da doença na população⁴ [D].

6.1 Calendário de vacinação da criança no Brasil.

O quadro 1 apresenta o calendário de vacinação da criança no Brasil de acordo com idade, vacinas, doses e doenças a serem evitadas. Trata-se do calendário do MS² [D] modificado, onde foram

acrescentadas (realçadas em cinza) vacinas que são recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria⁵ [D]. Para algumas vacinas, estudos descritos por esta instituição, conferem um grau de recomendação maior que D. No entanto optamos por não discriminá-los neste protocolo, em razão da necessidade de uma revisão sistemática para a correta avaliação dos estudos originais que conferem maior grau de recomendação.

Quadro1. Calendário de Vacinação do Ministério da Saúde, modificado.

Idade	Vacinas	Doses	Doenças evitadas
Ao nascer	BCG Vacina contra hepatite B (1)	dose única 1ª dose	Formas graves de tuberculose Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2) VOP (vacina oral contra pólio) VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3) Pneumococo	1ª dose 1ª dose 1ª dose 1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b Poliomielite (paralisia infantil) Diarréia por Rotavírus Pneumonia
3 meses	Meningococo C	1ª dose	Meningite por Meningococo tipo C
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) VOP (vacina oral contra pólio) VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4) Pneumococo	2ª dose 2ª dose 2ª dose 2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b Poliomielite (paralisia infantil) Diarréia por Rotavírus Pneumonia
5 meses	Meningococo C	2 dose	Meningite por Meningococo tipo C
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) VOP (vacina oral contra pólio) Vacina contra hepatite B Pneumococo Influenza	3ª dose 3ª dose 3ª dose 3ª dose 1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b Poliomielite (paralisia infantil) Hepatite B Pneumonia Influenza (Gripe)
7 meses	Influenza (5)	2ª dose	Influenza (Gripe)
9 meses	Vacina contra febre amarela (6)	dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral) Pneumococo Meningococo C Varicela Hepatite A	dose única 4ª dose 3ª dose dose única 1ª dose	Sarampo, rubéola e caxumba Pneumonia Meningite por Meningococo tipo C Varicela Hepatite A
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio) (7) DTP (tríplice bacteriana)	Reforço 1º reforço	Poliomielite (paralisia infantil) Difteria, tétano e coqueluche
18 meses	Hepatite A	2ª dose	Hepatite A
4 - 6 anos	DTP (tríplice bacteriana) SRC (tríplice viral)	2º reforço reforço	Difteria, tétano e coqueluche Sarampo, rubéola e caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	Reforço	Febre amarela

1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose. Prematuros menores de 33 semanas ou 2.000g e recém-nascidos a termo com peso inferior a 2.000g deverão receber uma dose extra com dois meses de idade (0, 1, 2 e 6 meses).

2) O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

3) É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

4) É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

5) Influenza a partir dos 6 meses com 2 doses na primeira vacinação e uma dose anual.

6) A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

7) O reforço de VOP e DPT será realizado aos 15 meses caso a dose de VOP e Tetravalente do 6º mês tenham sido administradas aos 6 meses. Em caso de atraso na vacinação do 6º mês, este reforço será apazado para 1 ano após a data da administração

Fonte: MS² e SBP³

6.2 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 por via vertical (durante a gravidez e o parto) ao HIV, 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 abaixo⁶ [D]:

- Pais HIV positivo - 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 Injetável contra Poliomielite⁶ [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 seguir⁶ [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 HIV⁶ [D].

Anteriormente a prescrição das vacinas, faz-se necessária a leitura das observações descritas nas observações do Quadro 2.

Quadro 2. Calendário de imunizações para crianças infectadas pelo HIV (MS)⁶

Idade (meses)	Vacinas	Dose
0	Vacina contra Hepatite B	1a dose
	BCG ID	dose única
1	Vacina contra Hepatite B	2a dose
2	DTP (Tríplice bacteriana) ou DTPa (Tríplice bacteriana acelular)	1ª dose
	Hib (Haemophilus influenzae tipo b)	1ª dose
	Vacina Injetável contra Poliomielite ou Vacina Oral contra Poliomielite	1ª dose
	Vacina contra Pneumococo 7valente	1ª dose
4	DTP (tríplice bacteriana) ou DTPa (Tríplice bacteriana acelular)	2ª dose
	Hib (Haemophilus influenzae tipo b)	2ª dose
	Vacina Injetável contra Poliomielite ou Vacina Oral contra Poliomielite	2ª dose
	Vacina contra Pneumococo 7valente	2ª dose
6	DTP (tríplice bacteriana) ou DTPa (Tríplice bacteriana acelular)	3a dose
	Hib (Haemophilus influenzae tipo b)	3a dose
	Vacina contra Hepatite B	3a dose
	Vacina Oral contra Poliomielite	3a dose
	Influenza	1a dose
	Vacina contra Pneumococo 7valente	3a dose
7	Influenza	2a dose
12	Hib (Haemophilus influenzae tipo b)	4a dose
	Vacina contra Hepatite B	4a dose
	Vacina contra Hepatite A	1a dose
	Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Rubéola, Caxumba)	1a dose
	Vacina contra Varicela	1a dose
	Vacina contra Pneumococo 7valente	4a dose
15	DPT ou DTPa (Tríplice bacteriana acelular)	4ª dose
	Vacina Injetável contra Poliomielite ou Vacina Oral contra Poliomielite	3ª dose VIP ou 4ª dose VOP
	Vacina contra Varicela	2ª dose
18	Vacina contra Hepatite A	2a dose
24	Vacina polissacarídica contra pneumococo 23-valente	1a dose
48	Tríplice Viral	2a dose
60	Vacina polissacarídica contra pneumococo 23-valente	2ª dose
	DTP ou DTPa	5ª dose
	Vacina Injetável contra Poliomielite ou Vacina Oral contra Poliomielite	4ª dose VIP ou 5ª dose VOP

continua

Quadro 2. Calendário de imunizações para crianças infectadas pelo HIV (MS)**Observações:**

BCG ID: deve-se administrar ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina só deve ser indicada para crianças assintomáticas e sem imunodepressão. Não se indica a revacinação de rotina.

Vacina contra hepatite B: iniciar ao nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Se a mãe for HbsAg positivo, aplicar simultaneamente, em outro local, imunoglobulina humana hiperimune contra hepatite B. Em caso de criança comprovadamente infectada pelo HIV, aplicar uma quarta dose, de 6 a 12 meses após a terceira, mesmo que a mãe não seja HbsAg positivo. Para as crianças com evidência clínica ou laboratorial de imunodeficiência, recomenda-se a utilização do dobro da dose de rotina.

Vacina contra poliomielite: deve-se dar preferência para a vacina inativada (VIP), duas doses com intervalos de 2 meses, iniciando aos 2 meses de idade, com reforço aos 15 meses e entre os 4 e 5 anos. As doses da série primária (3 doses no primeiro ano de vida e uma quarta dose aos 15 meses) podem ser feitas com a vacina oral (VOP), caso não esteja disponível a vacina inativada. 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. Crianças que convivem com pessoas imunodeficientes também devem receber a vacina inativada.

Caso esteja disponível, prefere-se a utilização da **DTPa** (componente pertussis acelular), por causar menos reações adversas. Podem-se utilizar vacinas combinadas como a DTP/Hib, DTPa + Hib + VIP e DTPa + Hib + VIP + HepB, 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, obrigatoriamente deverá ser aplicada a quarta dose da Hib a partir dos 12 meses de idade.

Vacina contra varicela: 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 disponível, uma segunda dose, com um intervalo mínimo de um mês e máximo de três meses.

Vacina contra Hib: as crianças maiores de 12 meses e menores de 18 anos, nunca vacinadas, devem receber duas doses, com intervalo de 12 meses.

Vacina contra influenza: deve ser aplicada a partir dos seis meses de idade e repetida em dose única anual, levando-se em conta a sazonalidade da infecção. Utiliza-se meia dose (0,25 mL) até 36 meses de idade e após essa idade, 0,5 mL. As crianças com menos de nove anos de idade, ao receberem a vacina pela primeira vez, requerem duas doses com intervalo de quatro a seis semanas.

Vacina contra pneumococo: as crianças entre 12 e 23 meses não vacinadas, ou com esquema vacinal incompleto no primeiro ano de vida, deverão receber duas doses da vacina conjugada 7-valente (VP7), com oito semanas de intervalo. As crianças entre dois e 10 anos de idade deverão receber duas doses da vacina polissacarídica (23PS), com intervalo de três anos, mesmo que tenham feito anteriormente a VP7. Os maiores de 10 anos devem receber duas doses da vacina 23PS - ministra-se a segunda dose cinco anos ou mais após a primeira. Não se deve aplicar mais de duas doses da vacina 23PS.

Vacina triplíce viral (contra sarampo, caxumba e rubéola): não deve ser aplicada nas crianças com sintomatologia grave (categoria clínica C) ou imunodepressão grave (categoria imunológica 3). Caso tenha recebido duas doses, não há necessidade de dose adicional.

Vacina contra hepatite A: indicada a partir dos 12 meses de idade, em duas doses, com intervalo entre seis e 12 meses.

Vacina contra febre amarela: a eficácia e segurança para os pacientes portadores do HIV não estão estabelecidas. Pode ser recomendada, levando-se em consideração a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica local.

A vacina conjugada contra o meningococo C, aos 3, 5 e 7 meses e a partir de 12 meses em dose única, deve ser recomendada de acordo com as condições epidemiológicas regionais ou locais.

Fonte: MS- DST/AIDS⁶

6.3 Descrição e conduta frente a 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 eqüinos). A orientação (anexo 8) destina-se aos serviços de rotina de imunização, com os seus recursos habituais, devendo ser adaptada às circunstâncias operacionais e à experiência e treinamento de cada grupo ⁷[D].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de

Janeiro, v. 79, n. 1, p. S13-S22, maio/jun. 2003. Suplemento.

2. BRASIL. 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=21462>. Acesso em: 10/07/2008.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centros de referência de imunobiológicos especiais**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28027>. Acesso em: 12/06/2008.

4. 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/doc/novos_imunobiologicos.doc>. Acesso em: 12/07/

2008.

5. 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: 11/07/2008.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. **DST-AIDS: vacinas**. Disponível em: <www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS6B3265E4PTBRIE.htm>. Acesso em: 10/07/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

7. Triagem auditiva neonatal e sua implicação no desenvolvimento da linguagem

Letícia Wolff Garcez
Maristela C. Tamborindeguy França



“... foi muito importante. Se não tivesse o teste seria difícil descobrir que minha filha não ouve. Minha filha é muito esperta!”.

Rejane, mãe de Manuela, paciente do HNSC e HCC, com diagnóstico de perda auditiva (protetizada e acompanhada)

A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), mais conhecida como **Teste da Orelhinha**, é uma avaliação que busca detectar a perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal o mais precocemente possível. Deve ser realizado em todos os recém-nascidos (daí o termo universal), preferencialmente até o final do primeiro mês, o que possibilitará um diagnóstico mais definitivo por volta do 4º e 5º mês, bem como o início da reabilitação até os 6 meses de idade^{1,2} [B]. Dessa forma, maiores serão as possibilidades de diagnóstico e intervenção adequados e, com isso, menores as sequelas decorrentes da privação auditiva^{3,4} [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 auditiva⁵.

7.1 Indicadores de risco para perdas auditivas congênitas, do período neonatal ou progressivas na infância²

- História familiar de perda auditiva congênita.
- Permanência na UTI por mais de 5 dias, envolvendo: circulação extra-corpórea, ventilação assistida, exposição a medicamentos ototóxicos e diuréticos de alça, hiperbilirrubinemia com níveis de exsangüíneotransfusão, infecções intrauterinas como, citomegalovirose, herpes, rubéola, sífilis e toxoplasmose.
- Anomalias craniofaciais.
- Síndromes com perda auditiva sensorioneural ou condutiva associadas, dentre 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 sensorioneural, incluindo meningites bacterianas e virais confirmadas (especialmente herpes vírus e varicela).

- Traumatismos cranioencefálicos (TCEs), especialmente fraturas do osso temporal.

- Quimioterapia.

7.2 O teste da orelhinha e a técnica de realização

O teste da orelhinha consiste em procedimentos eletrofisiológicos, objetivos, não causando dor ou desconforto. Portanto, não necessitam da participação ativa do examinado. 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 screening de alta acurácia^{2,5,6} [B]. As EOA são a opção atualmente utilizada para a triagem auditiva no HCC e podem detectar alterações periféricas (cocleares ou condutivas). O critério utilizado é o passa-falha, ou seja, o bebê “passa” no exame quando há presença de otoemissões, o que indica funcionamento coclear (das células ciliadas externas) adequado. 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 OEA e BERA triagem com o objetivo de investigar também a integridade da via auditiva^{2,7,8}. A partir de 2009 estes exames passam a ser realizados em todos os recém-nascidos internados na UTI e UCI Neonatal do HCC.

Os exames são realizados por meio de aparelho portátil, e as condições ideais para a realização do teste envolvem um ambiente silencioso, com o bebê tranquilo e preferencialmente dormindo.

7.3 Rotinas para a realização da TANU ou teste da orelhinha

Todas as crianças que nascem na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e permanecem no alojamento conjunto, ao receber alta, são agendadas para realização do teste da orelhinha no ambulatório do Serviço de Fonoaudiologia do mesmo hospital. Na implantação do Programa de Triagem Auditiva, em setembro de 2006, as testagens aconteciam no leito do alojamento conjunto após 24 horas de vida do bebê. Ao longo de alguns meses, foi observado alto índice de reteste por crianças que falharam no exame (46%), possivelmente em razão da presença de vernix no conduto auditivo externo. Em função disso, decidiu-se modificar o fluxo e passar a avaliar os bebês em nível ambulatorial em torno dos 10 -15 dias de vida. Tal procedimento reduziu a

proporção de reteste para 5-10%, aproximando os resultados aos achados da literatura.

Crianças que necessitam de internação na UTI e UCI neonatal do Hospital da Criança Conceição (HCC) realizam o teste durante esse período. Isso ocorre porque há recomendação de utilização de protocolo específico para recém-nascidos internados em unidades de cuidados intensivos e/ou intermediários, em virtude dos fatores de risco a que estão expostos².

Se, por algum motivo, a criança não realizou o teste no período neonatal, pode ser encaminhada até os dois anos de vida, pelo profissional responsável, ao Ambulatório do Desenvolvimento da Audição e Linguagem do HCC.

O quadro a seguir resume as rotinas de encaminhamento para o "teste da orelhinha" no GHC.

Quadro 1. Formas de agendamento do teste da orelhinha nas crianças do território de atuação do SSC.

Crianças moradoras do território do SSC	Formas de agendamento do "teste da orelhinha"
1. nascidas no HNSC e internadas em UTI ou CUI neonatal do HCC	realizam o teste durante a hospitalização
2. nascidas no HNSC e com alta da maternidade	mãe tem alta da maternidade com teste agendado para ser feito no HNSC entre o 10º - 15º dia de vida. Em situação de não comparecimento, familiar poderá re-agendar ligando para o Serviço de Fonoaudiologia do HNSC – 3357-2049
3. nascidas em outros hospitais e < de 2 anos de idade	a unidade poderá agendar teste no HCC pelo fone 3357-2015. No dia do exame levar a requisição (SADI)

7.4 Seguimento da criança a partir da TANU ou Teste da orelhinha

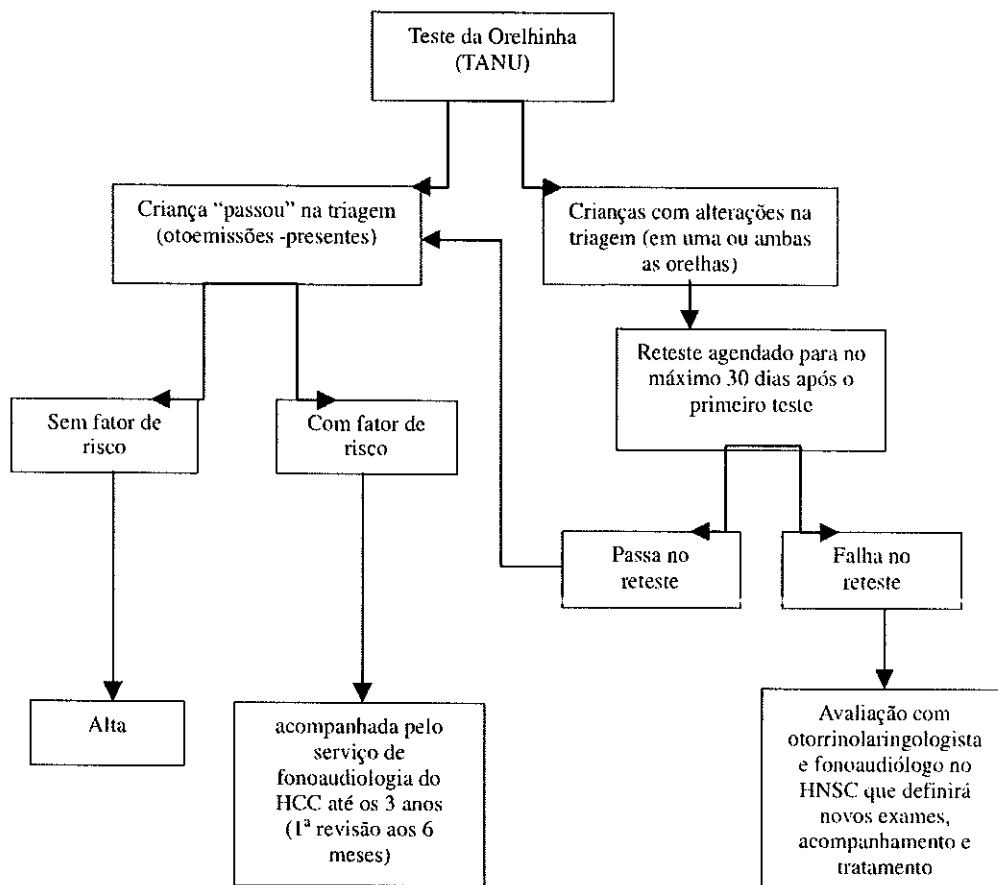
Crianças que passam na triagem (otoemissões presentes) e não têm fator de risco associado recebem alta. As que passam no teste mas apresentam fator de risco para perda auditiva são acompanhadas até os 36 meses de idade no ambulatório de desenvolvimento da audição do HCC, sendo a família orientada a agendar a primeira revisão no ambulatório do HCC aos 6 meses de idade. Crianças que apresentam alteração na triagem (ausência de resposta em uma ou ambas orelhas) têm o reteste agendado para o prazo máximo de 30 dias, também em nível ambulatorial.

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 a serem aplicados para otimizar cada tratamento e definir a melhor intervenção⁹ [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 desenvolvimento³ [B].

Uma criança que falha no reteste é encaminhada, pelo fonoaudiólogo que realiza o exame, à avaliação conjunta de otorrinolaringologia e fonoaudiologia no Serviço de Fonoaudiologia do HNSC. A partir dessa avaliação, define-se nova conduta: bebês que apresentam alterações condutivas recebem tratamento otorrinolaringológico e seguem em acompanhamento após a conclusão dessa intervenção; aqueles que não apresentam alterações condutivas têm seguimento através 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 por meio de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI ou Prótese Auditiva), acompanhamento e terapia fonoaudiológica.

O Fluxograma a seguir resume o seguimento da criança a partir da TANU. O HNSC é habilitado em alta complexidade pelo Ministério da Saúde, através das Portarias 587 e 589/2004, a conceder este benefício para usuários do SUS.

Fluxograma 1. Seguimento dos pacientes a partir da realização do Teste da Orelhinha

7.5 Perda auditiva e suas implicações no desenvolvimento da Criança – ênfase na linguagem

Estima-se que a prevalência da perda auditiva neonatal é de 3 a 5 para cada 1000 nascimentos em bebês que não apresentam riscos para perda auditiva, aumentando para 2 a 4 em cada 100 nascidos quando provenientes de UTI^{4,10-12}. Estudos mostram que bebês de risco têm maior chance de falhar na triagem auditiva, principalmente quando se refere à prematuridade^{13,14}.

A linguagem é um claro exemplo de função superior do cérebro, cujo desenvolvimento se sustenta, por um lado, em uma estrutura anatomofuncional geneticamente determinada e, por outro, no estímulo verbal dado pelo meio. Portanto, é dependente de fatores orgânicos, cognitivos e emocionais. Dentre os aspectos orgânicos, envolvem-se as funções do sistema

sensorio-motor-oral e, sobretudo, a audição. Segundo alguns autores^{3,15}, a perda auditiva congênita bilateral permanente influencia o desenvolvimento da comunicação e, em alguns casos, a saúde mental e o desenvolvimento cognitivo. O início do tratamento no primeiro ano de vida pode minimizar a maioria desses efeitos adversos³ [B]. Por isso é que a identificação e o diagnóstico da perda auditiva devem acontecer até os três meses, e o início da habilitação e uso do AASI (aparelho de amplificação sonora individual) até os seis meses de idade¹⁶. Apesar disso, como concluído na revisão sistemática da AHRQ (2001)⁵, ainda faltam estudos prospectivos de coorte controlados que comprovem a real influência do déficit auditivo sobre a linguagem [B].

Para a criança, os primeiros anos de vida são determinantes no que se refere às habilidades auditivas e de linguagem, pois é a etapa de maior plasticidade

neuronal da via auditiva. Por isso, quando privada da estimulação sonora e dos sinais acústicos da linguagem oral, tende a apresentar déficit significativo no seu desenvolvimento lingüístico e a excluir-se, podendo apresentar importantes distúrbios emocionais e de aprendizagem; ao passo que, ouvindo bem, os estímulos são recebidos de forma adequada e a informação se transforma e se traduz em conhecimento de mundo, organização do pensamento e, finalmente, em expressão de linguagem – a fala^{3, 17}.

Dessa forma, a detecção precoce da perda auditiva permite uma intervenção adequada e um prognóstico mais favorável ao seu desenvolvimento, com a minimização de seqüelas orgânicas, cognitivas e emocionais¹⁶ [B]. Uma perda auditiva, ainda que discreta, pode alterar o desenvolvimento da comunicação oral e ter impacto no desenvolvimento cognitivo e na integração social da criança¹⁸.

Seguem pontos de referências sobre o desenvolvimento e aquisição da linguagem infantil¹⁹:

- 1 ano: sons rudimentares. balbucio;
- 1 a 2 anos: primeiras palavras;
- 2 anos: pequenas frases;
- 3 a 4 anos: frases, perguntas, contrações verbais (50 a 70% dos sons corretos);
- 4 anos: todos os fonemas (sons da língua portuguesa) e ajustes (90% dos sons corretos);
- 4½ a 5 anos: aquisição completa e automatizada.

Precisamos lembrar que esta cronologia não deve ser analisada de forma estanque, serve apenas de parâmetro. Para avaliar a linguagem de uma criança, devem ser considerados vários fatores e, por vezes, um olhar multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. 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.
3. MOELLER, M. P. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. **Pediatrics**, Evanston, v. 106, n. 3, p. e43, sep. 2000.
4. 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.
5. 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: 26/05/2008.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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: 26/05/2008.
10. NATIONAL CENTER FOR HEARING ASSESSMENT AND MANAGEMENT. Disponível em: <http://www.infanthearing.org>. Acesso em: 22/05/2008.
11. KNOTT, C. Universal Newborn hearing screening coming soon: "hear's" why. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 20, n. 8, p. 25-33, dec. 2001.
12. KENNEDY, C.; MCCANN, D. Universal neonatal hearing screening moving from evidence to practice. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, London, v. 89, n. 5, p. F378-F383, sep. 2004.
13. KORRES, S. Newborn hearing screening: effectiveness, importance of high-risk factors, and characteristics of infants in the neonatal intensive care unit and well-baby nursery. **Otology Neurotology**, v. 26, n. 6, p. 1186-1190, nov. 2005.
14. PEREIRA, P. K. S. et al. Programa de triagem auditiva neonatal: associação entre perda auditiva e fatores de risco. **Pró-Fono: Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 19, n. 3, p. 267-278, jul./set. 2007.
15. KENNEDY, C. et al. Universal newborn screening for permanent childhood hearing impairment: an 8-year follow-up of a controlled trial. **Lancet**, London,

v. 366, n. 9486, p. 660-662, aug. 2005.

16. YOSHINAGA-ITANO, C. et al. Language of early and later-identified children with hearing loss. **Pediatrics**, Evanston, v. 102, n. 5, p. 1161-1171, nov. 1998.

17. HAGE, S. R. V. et al. Diagnóstico de crianças com alterações específicas de linguagem por meio de escala de desenvolvimento. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3A, p. 649-653, set. 2004.

18. DURANTE, A. S. et al. Triagem auditiva neonatal: justificável, possível e necessária. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia (Caderno de Debates)**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 11-18, 2003.

19. GESELL, A. **Gesell e Amatruda diagnóstico do desenvolvimento**: avaliação e tratamento do desenvolvimento neuropsicológico do lactente e da criança pequena, o normal e o patológico. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

8. Avaliação do crescimento e desenvolvimento



"Não tinha percebido ainda que meu filho estava 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, moradora do território da US Costa e Silva

8.1 O crescimento da criança

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), dentre os quais destacam-se a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou retardando esse processo² [D]. Deve-se ter um olhar também para o crescimento intra-uterino, pois uma série de estudos propõem que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde adulta³ [D].

O acompanhamento sistemático do crescimento e ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade⁴ [D] através da sinalização precoce da desnutrição⁵ [D]. Um estudo evidenciou melhora do conhecimento das mães sobre o crescimento de seu filho com o aconselhamento através da utilização das curvas de crescimento.⁶

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 sobre-alimentação⁷, evitar que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e qualidade de vida futura⁸ [D]. Estudos sobre a epidemiologia do estado nutricional têm dado mais atenção ao peso e ao índice de massa corpórea do que à altura⁷, porém a altura também tem sido associada a vários desfechos e causas de mortalidade⁹. O retardo estatural representa atualmente a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil¹⁰ [D].

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso e estatura da criança na caderneta de saúde da criança¹¹ [D].

O Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a utilização dos valores de referência para o acompanhamento do crescimento e ganho de peso das curvas da OMS de 2006 (crianças menores de 5 anos) e 2007 (faixa etária dos 5 aos 19 anos)¹² [D].

8.1.1 Monitoração e avaliação do crescimento

Em 1993, o Comitê de especialistas da OMS ressaltou que o padrão de crescimento utilizado (NCHS 1977) apresentava problemas, sendo o maior deles o fato de as crianças incluídas no estudo terem recebido aleitamento artificial. Assim, iniciou-se um estudo para a elaboração de um conjunto de curvas adequadas para avaliar o crescimento e estado nutricional de crianças até a idade pré-escolar. Em 2006, a OMS apresentou as novas curvas de crescimento infantil, que representam o crescimento infantil normal sob condições ambientais ótimas. 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 idade¹³ [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 amostra de 8.500 lactentes e crianças saudáveis de quatro continentes. Foram critérios de inclusão populacional: condições socioeconômicas favoráveis, baixa mobilidade da população para permitir acompanhamento, pelo menos 20% de mães dispostas a seguir as recomendações de aleitamento materno, existência de suporte ao aleitamento materno e presença de instituições colaborativas qualificadas. Os critérios de inclusão individuais foram: ausência de restrições ambientais, econômicas ou de saúde, limitadores do crescimento, mães não fumantes, mães dispostas a amamentar, gravidez não gemelar, nascimento a termo e ausência de morbidade significativa.

O padrão da OMS deve ser usado para avaliar

crianças de qualquer país, independentemente de etnia, condição socioeconômica e tipo de alimentação¹² [D]. Entretanto, na hora em que vamos interpretar a posição do nosso paciente na curva, devemos lembrar que o critério utilizado para a definição quanto à adequação do peso, estatura e IMC para a idade nas curvas foi estatístico: 3% das crianças com as características descritas acima (saúáveis, com boas condições sócio-econômicas, gestação não gemelar, nascimento a termo, suporte ao aleitamento materno) foram arbitrariamente definidas como com baixo peso para a idade, baixa estatura para a idade, baixo peso para estatura e baixo IMC para a idade, enquanto outras 3% foram consideradas com peso elevado para a estatura, peso elevado para a idade e obesidade, sem que os valores arbitrados correspondessem a critérios para definição de "doença" (associação com algum desfecho ruim). Diante disso, esses valores devem servir para identificar pacientes que merecem avaliação adicional, não para já taxá-los de doentes, dada a natureza "não prescritiva" dos esquemas amostrais em que essa referência internacional é baseada¹³. Portanto, para que uma criança seja efetivamente classificada dentro de um desses grupos de "alteração nutricional", é necessária a avaliação das características individuais e do meio onde ela vive, para que possamos atribuir as causas para 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 (<http://www.who.int/childgrowth>). Essas curvas foram construídas utilizando o banco de dados do National Center for Health Statistics (NCHS) de 1977 para as crianças dos 5 aos 19 anos. Foi utilizada a amostra original dos participantes de 1 a 24 anos, e acrescentaram-se os dados de crianças de 18 a 71 meses provenientes do padrão de crescimento da OMS, visando 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-escolares¹⁴.

O Ministério da Saúde, juntamente com a Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁵, adota os seguintes parâmetros para avaliação do estado nutricional de crianças (menores de 10 anos)¹⁶: peso por idade, estatura por idade, peso por estatura e IMC por idade. Já para a faixa etária dos 10 aos 20 anos incompletos, é adotado como parâmetro de avaliação do estado nutricional o IMC por idade e a estatura por idade¹⁷. A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação permite que a criança seja melhor avaliada na sua relação peso x estatura/comprimento. Ele 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 sobrepeso, apresentando estreita correlação com outros parâmetros que avaliam a porcentagem de gordura corpórea, como as pregas cutâneas, a densitometria e a bioimpedância eletromagnética¹⁸. 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 adulta¹⁹. Guo et al²⁰ encontraram correlação positiva em adolescentes com altos valores de IMC e risco de sobrepeso e obesidade na idade adulta, além de já se ter evidências da associação dos valores do IMC em crianças menores de dois anos com obesidade na adolescência e idade adulta²¹. Por isso, recomendamos o seu uso desde o nascimento²².

As técnicas adequadas de antropometria podem ser encontradas no site do Ministério da Saúde¹². (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/e_v_e_n_t_o_s/_2_a_m_o_s_t_r_a/_vigilancia_alimentar_nutricional_materiais.pdf).

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

Para cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) deverá ser aplicada a fórmula a seguir, após realizar a mensuração de peso e estatura ou comprimento da criança.

Os quadros a seguir apresentam os pontos de corte para avaliação do estado nutricional da criança utilizados pela Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do MS.

Quadro 1. Pontos de corte de peso para idade para crianças menores de 10 anos

Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	Peso muito baixo para idade
= do Percentil 0,1 e < Percentil 3	Peso baixo para a idade
= Percentil 3 e < Percentil 97	Peso adequado ou eutrófico
= Percentil 97	Peso elevado para a idade

Quadro 2. Pontos de corte de estatura para idade para crianças menores de 10 anos

Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 3	Baixa estatura para a idade
= Percentil 3	Estatura adequada para a idade

Quadro 3. Pontos de corte de peso por estatura para crianças menores de 10 anos

Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 3	Peso baixo para estatura
= Percentil 3 e < Percentil 97	Peso adequado ou eutrófico
= Percentil 97	Peso elevado para a estatura

Quadro 4. Pontos de corte de IMC por idade para menores de 20 anos

Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 3	Baixo IMC para idade
= Percentil 3 e < Percentil 85	IMC adequado ou eutrófico
= Percentil 85 e < Percentil 97	Sobrepeso
= Percentil 97	Obesidade

Quadro 5. Pontos de corte de altura por idade para > de 10 anos e < de 20 anos de idade

Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 3	Altura Baixa para a idade
= Percentil 3	Altura adequada para a idade

Fonte: **Norma Técnica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição.

8.1.2 Condutas recomendadas para algumas situações de crescimento da criança com até 5 anos de idade (adaptado de Ministério da Saúde, 2001)4 [D]

Peso/Idade de P > 97 - risco de sobrepeso e/ou obesidade

" Verificar a existência de erros alimentares, orientar a mãe para uma alimentação mais adequada de acordo com as normas para alimentação da criança sadia, excetuando-se bebês em aleitamento materno exclusivo (ver item 9);

" Encaminhar para a nutrição, se disponível;

" Realizar uma avaliação clínica (ver item 8.1.3.2).

Peso/Idade: entre P 3 e P 0,1 - baixo peso para a idade

Para crianças menores de 2 anos:

" Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame (ver item 8.1.3.1);

" Orientar a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade;

" Retornar no intervalo máximo de 15 dias;

" Se a criança não ganhar peso: solicitar acompanhamento com nutricionista, se disponível ou solicitar discussão de caso com nutricionistas do Apoio Matricial.

Para crianças maiores de 2 anos:

" Investigar possíveis causas com atenção especial para a alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene e informar à mãe (ver item 8.1.3.1);

" Tratar intercorrências clínicas;

" Se peso/estatura for < P3: solicitar acompanhamento com nutricionista se disponível ou solicitar discussão de caso com nutricionistas do Apoio Matricial.

" Encaminhar para o serviço social, se necessário;

" Realizar nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

P < 0,1 - peso muito baixo para a idade

" Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame (especialmente nos < 2 anos), alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene e informar à mãe (ver item 8.1.3.1);

" Tratar intercorrências clínicas;

" Encaminhar para atendimento com nutricionista;

" Encaminhar para o serviço social, se disponível;

" Realizar nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

8.1.3 Avaliação clínica da criança com baixo peso e da criança obesa

8.1.3.1 Baixo peso (IMC ? 3)

A melhor forma de iniciar esta investigação é através do entendimento da fisiopatologia. Há quatro etiologias básicas para a criança estar com o crescimento abaixo do esperado:²³

" Ingestão calórica inadequada: preparação incorreta da fórmula láctea, hábitos alimentares inadequados, consistência da alimentação, problemas comportamentais que afetem a alimentação, pobreza e falta de alimentos, negligência, relacionamento conflituoso entre pais e filhos, dificuldades mecânicas de alimentação (dano ao sistema nervoso central, anomalias congênitas). Leia mais sobre a alimentação adequada da criança no item 9.

" Absorção inadequada: doença celíaca, fibrose cística, atresia biliar, alergia ao leite de vaca, deficiência de vitaminas ou minerais (escorbuto), enterocolite necrotizante

" Metabolismo aumentado: hipertireoidismo, infecções crônicas (doença renal, neoplasias, imunodeficiências), hipoxemia (cardiopatia congênita, doença pulmonar)

" Utilização defeituosa: anormalidades genéticas (Down), infecções congênitas (Rubéola), distúrbios metabólicos (mucopolisacaridoses).

Através de uma anamnese minuciosa e de um atento exame físico, levando em conta a classificação fisiopatológica acima, é possível realizar o diagnóstico da maioria das causas de baixo peso, sem haver necessidade de solicitar exames complementares²⁴ [B].

Quando já se esmiuçou as diversas possibilidades e não se encontra uma causa para o baixo ganho de peso, alguns exames que se pode utilizar são: hemograma completo e EQU23 [D].

8.1.3.2 Criança obesa (IMC ? 97)

Da mesma forma que na criança de baixo peso, é necessária a investigação do hábito alimentar e perfil de atividade física desta criança.²⁵

É importante levar em conta que, após os 6 anos de idade, a probabilidade de a criança persistir obesa é de mais de 50%, e que 70 a 80% dos adolescentes obesos permanecerão obesos na vida adulta.²⁶

O diagnóstico e acompanhamento precoce ajudam a evitar a progressão da doença e suas comorbidades, enfatizam hábitos de vida saudáveis

em crianças e suas famílias, descartam causas genéticas e impactam na auto-estima.²⁶

A obesidade pode ser de causa idiopática ou endógena, conforme quadro 6, que auxilia na sua diferenciação:²⁷

Quadro 6. Características da obesidade idiopática e endógena

Obesidade Idiopática	Obesidade Endógena
> 90% casos	< 10% casos
Estatura alta (acima P50)	Estatura baixa (abaixo P5)
História familiar de obesidade é comum	História familiar de obesidade é incomum
Desenvolvimento cognitivo normal	Desenvolvimento cognitivo prejudicado
Idade óssea normal	Idade óssea atrasada
Exame físico normal	Exame físico com estigmas

são prematuras²⁸.

Quadro 6. Características da obesidade idiopática e endógena

Obesidade Idiopática	Obesidade Endógena
> 90% casos	< 10% casos
Estatura alta (acima P50)	Estatura baixa (abaixo P5)
História familiar de obesidade é comum	História familiar de obesidade é incomum
Desenvolvimento cognitivo normal	Desenvolvimento cognitivo prejudicado
Idade óssea normal	Idade óssea atrasada
Exame físico normal	Exame físico com estigmas

As causas mais comuns de obesidade endógena são o hipotireoidismo e a Síndrome de Cushing (em geral iatrogênica pelo uso de corticóides sistêmicos).²⁶

Levando em consideração que mais de 90% das causas de obesidade são idiopáticas recomendamos primeiramente uma avaliação clínica mais cuidadosa, antes da solicitação de exames complementares.

Sugerimos que esta criança seja vista com uma frequência regular pelo profissional que a acompanha e que sejam traçadas metas a longo prazo para este acompanhamento, visto que é uma doença crônica de difícil adesão ao tratamento.

8.1.4 Particularidades da criança prematura ou com crescimento intra-uterino inadequado

O acompanhamento do crescimento de crianças prematuras ou com peso inadequado para a idade gestacional exigem um cuidado maior, pois elas não tiveram seu crescimento intra-uterino adequado. Aproximadamente 10% das crianças nascidas no SSC

O ideal acompanhamento das crianças prematuras exige a utilização de curvas específicas²⁹ 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 que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar o número de semanas que faltaram para atingir essa idade gestacional³⁰, ou seja, uma criança nascida com 36 semanas, o peso aos dois meses será registrado na idade de um mês. A maioria dos autores recomenda utilizar a idade corrigida na avaliação do crescimento e desenvolvimento de pré-termos no mínimo até os 2 anos de idade, para não subestimá-los na comparação com a população referência³¹.

A correção pela idade gestacional permite detectar mais precisamente um período de crescimento compensatório, que geralmente ocorre próximo do termo, em pré-termos de diversas idades gestacionais³². 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 pré-termos, 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 peso³³.

Crianças que além de serem prematuras, apresentaram restrição de crescimento intra-uterino têm médias inferiores de peso, comprimento e perímetro cefálico aos 2 anos de idade corrigida.

quando comparados com controles 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 corrigida⁴⁴.

Apesar de toda criança com peso de nascimento inferior a 2.500g ser considerada de risco, bebês prematuros (nascidos com menos de 37 semanas de gestação) com peso adequado para a idade gestacional têm melhor prognóstico (excetuando-se os de menos de 1000g), 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 vida³⁵.

Toda a criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada como criança de risco nutricional e acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida⁴ [D]. Isso não apenas pelo risco aumentado de interações³⁶ [B] e maior mortalidade infantil primeiro ano de vida³⁷ [B], mas também pelo risco aumentado 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 peso³ [D].

O peso ao nascer, que é reflexo do desenvolvimento intra-uterino, está inversamente ligado a suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses³⁸ [B]. Da mesma forma, o comprimento ao nascer reflete o crescimento intra-uterino e tem sido sugerido que isso pode afetar mais tarde a altura⁹ [D]. Além disso, o crescimento pós-natal também tem sido relacionado com a altura alcançada na idade adulta^{7,39} [B]. Justifica-se, então, um acompanhamento especial do desenvolvimento das crianças com baixo peso ao nascer e as provenientes de famílias com condições socioeconômicas menos favoráveis durante o primeiro ano de vida³⁸ [B].

As crianças desnutridas que sobrevivem à idade adulta tendem a ter menor rendimento escolar, redução da produtividade econômica, menor altura, e, no caso das mulheres, descendentes com menor peso ao nascer (40,41). E como agravante, as crianças que sofreram desnutrição intra-uterina ou nos primeiros anos de vida e que mais tarde passaram a ganhar peso rapidamente estão particularmente em risco de doenças crônicas cardiovasculares e metabólicas⁴². Isso sugere que o dano sofrido no início da vida leva à incapacidade permanente, e que pode afetar também as gerações futuras. Sua prevenção provavelmente irá trazer importantes benefícios de saúde, educação e econômicos⁴¹ [D]. Doenças crônicas são

particularmente comuns em crianças subnutridas que experimentam rápido ganho de peso após a infância⁴¹.

8.1.5 Particularidades do crescimento durante a puberdade:

A OMS, em 1995, define a adolescência como o período do desenvolvimento humano entre 10 e 19 anos, caracterizado pelo processo de transição entre a infância e a vida adulta, com mudanças somáticas, psicológicas e sociais. Compreende também a puberdade, em que se observa crescimento somático acelerado, com a ocorrência do pico de crescimento estatural (estirão) e de maturação biológica (óssea e sexual)⁴³. O crescimento e desenvolvimento de adolescentes nem sempre é padrão, mas vai depender do estágio puberal em que o adolescente se encontra. Assim, é importante, para a avaliação do crescimento e ganho de peso, além do uso das curvas de crescimento da OMS, identificar o estágio puberal no qual o adolescente se encontra.

Nos meninos, o primeiro sinal de puberdade é o aumento do volume testicular (acima de 3ml), seguido do aumento de pêlos pubianos e do tamanho do pênis. A ejaculação representa a maturidade reprodutiva, e, ao contrário do que ocorre no sexo feminino, o estirão de crescimento é mais tardio e duradouro, permanecendo após a maturação dos órgãos sexuais primários e secundários. Os pêlos axilares e faciais surgem mais tardiamente.

Nas meninas, o broto mamário (telarca), uni ou bilateral, é o primeiro sinal da puberdade e coincide com o início do estirão de crescimento. Segue-se então o desenvolvimento de pêlos pubianos (pubarca) e posteriormente a menstruação (menarca). Cerca de 12-24 meses após a telarca, inicia a desaceleração do crescimento. Considera-se atraso puberal nos meninos a ausência de sinal de puberdade após os 14 anos e/ou ausência de sinal de pubarca e volume testicular de 3ml ou menos. Nas meninas, a puberdade tardia é definida como ausência de caracteres secundários até os 13 anos de idade, ou ausência de menarca até os 16 anos. Em situação de atraso puberal, a equipe deve encaminhar para consulta médica para melhor avaliação e investigação complementar⁴¹.

8.2 O desenvolvimento da criança

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 sociais¹ [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 estes aspectos estão interligados e influenciam-se mutuamente durante a vida do indivíduo² [D].

8.2.1 Acompanhando e avaliando o desenvolvimento infantil

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção primária objetiva sua promoção, proteção e 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 criança³ [D].

Estudo de revisão da prática da puericultura concluiu que testes formais para detecção de problemas de desenvolvimento apresentam baixo valor preditivo e que há controvérsias sobre os benefícios efetivos do diagnóstico precoce de distúrbios de desenvolvimento⁴ [D]. No entanto, a identificação e intervenção precoces são consideradas fundamentais para o prognóstico das crianças com distúrbios de desenvolvimento⁶ [D]. Desta forma, é de relevância a monitorização do desenvolvimento de crianças e jovens, sendo que, os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, comunicação, interação social e cognitivas nas consultas de supervisão de saúde^{5,4,7,8,9} [D].

As avaliações do desenvolvimento da criança são realizadas através das informações e opiniões dos pais sobre o desenvolvimento do filho^{3,4,10} [D]. Há estudos mostrando que a opinião em relação ao desenvolvimento do filho em mães com maior escolaridade é potencialmente útil como subsídio para identificar crianças com atraso no desenvolvimento³ [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 medidas para sua prevenção³ [D]. Há consenso na literatura de que os pais são bons observadores e detectores das deficiências apresentadas por seus filhos, mostrando alta sensibilidade, especificidade e valor preditivo^{10, 6} [D].

Para facilitar a identificação e avaliação dos marcos e aspectos do desenvolvimento da criança durante as consultas preconizadas neste protocolo, apresentamos o quadro 7.

8.2.2. Distúrbios no desenvolvimento

Em relação à prevalência de distúrbios de desenvolvimento, a literatura refere a não existência de estudos consistentes, em crianças abaixo de três anos¹⁵. Os fatores de risco para problemas de desenvolvimento podem ser classificados como genéticos (ex: síndrome de Down), biológicos (ex: prematuridade, hipóxia neonatal, meningites) e/ou

ambientais (familiares, ambiente físico, sociais)^{10,6} [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^{13,16,17} [D]. Estudo de coorte realizado em Pelotas identificou fatores de risco para atraso no desenvolvimento aos doze meses, são eles: pobreza, baixo-peso ao nascer, prematuridade, mais de três irmãos morando juntos, desmame precoce e baixo peso para a idade. Considerando também que o acúmulo de fatores de risco potencializaram o surgimento de atraso nestas crianças¹⁵ [B].

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são eventos que podem retardar o desenvolvimento da criança^{13,19} [D]. Os recém-nascidos prematuros e de baixo peso apresentam um fator de risco maior para o surgimento de alterações globais em seu desenvolvimento, como linguagem, motricidade, aprendizagem e atraso neuropsicomotor, podendo, contudo, evoluir durante os primeiros dois anos de vida para padrões da 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 neonatal¹⁸ [B]. Estudo de coorte evidenciou que as crianças com baixo peso ao nascer tiveram quatro vezes mais chance de apresentar problemas em relação àquelas com maior peso, e o fator prematuridade teve mais chance (60%) de evidenciar problemas no desenvolvimento¹⁵ [B].

Conforme estudo descritivo realizado em um hospital Público de Porto Alegre, a prematuridade e baixo peso baixo ao nascer caracterizam risco ao desenvolvimento da criança. Entre as crianças com baixo peso ao nascer e prematuras estudadas, 49,4 % apresentaram atraso em seu desenvolvimento, sendo que, a maior frequência de atraso ocorreu nas áreas motora (77,9%), comunicativa (58,4%), pessoal social (57,1%)¹⁹ [D].

A manifestação dos distúrbios de desenvolvimento é muito variável e pode predominar a deficiência mental, física, auditiva, visual ou relacional. A deficiência 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 patologias mais prevalentes que levam à deficiência mental⁶ [D].

Os distúrbios com predomínio motor, como exemplo a paralisia cerebral, costumam ser diagnosticados mais facilmente que os de linguagem ou cognitivos. No entanto, estes últimos têm maior correlação com o status do futuro 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 comumente diagnosticados antes dos três ou quatro anos de idade¹⁰ [D]. Da mesma forma, distúrbios de aprendizagem raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola^{10,15} [B].

Os distúrbios do desenvolvimento de predomínio relacional caracterizam-se por distúrbios na interação social, comunicação, atividade imaginativa e de interesse. Uma parte dessas crianças apresenta déficits cognitivos, sendo o autismo a doença mais grave deste amplo espectro de entidades⁶ [D].

O tratamento de uma criança com distúrbio do desenvolvimento deverá ser individualizado e depende muito de sua etiologia. O adequado manejo poderá variar desde orientações aos pais sobre a importância da relação entre o desenvolvimento e a maneira como lidam com ela e da sua interação com a criança, nos casos da falta de estímulo, ou necessidade de exames complementares e tratamento imediato de patologias associadas, como a toxoplasmose ou o hipotireoidismo congênito. O tratamento funcional deve ser instituído a todos os casos independentemente da etiologia¹⁰ [D]. 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^{10, 6,15} [B].

Quadro 7. Aspectos do desenvolvimento da criança de 0-12 anos ^{2,3,11,12,13,14}

Época das consultas mínimas preconizadas no SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0-12 anos
15 dias	Entre 1-2 meses – predomínio do tônus flexor, assimetria postural e a preensão reflexa. Reflexos: • apoio plantar, sucção e preensão palmar – desaparecem até o 6º mês. • preensão dos artelhos - desaparece até o 11º mês. • cutâneo plantar: obtido pela estimulação 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: 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. • tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. É realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1m	Entre 1-2 meses – Percepção melhor de um rosto – distância entre o bebê e seio materno ² .
2m	Entre 2 e 3 meses - sorriso social ¹¹ . Entre 2- 4 meses – fica de bruços, levanta cabeça e ombros. Em torno de 2 meses- Inicia a ampliação do campo de visão, visualiza e segue objetos com o olhar ² .
4m	Aos 4 meses – preensão voluntária das mãos Entre 4-6 meses - vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro. Aos 3 meses – adquire noção de profundidade ² .
6m	Em torno dos 6 meses – inicia a noção de "permanência do objeto" ^{12*} . A partir do 7º mês – senta sem apoio. Entre 6 a 9 meses – arrasta-se, engatinha. Entre 6- 8 meses – reação a pessoas estranhas.
9m	Entre 9m e 1 ano – engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês - fica em pé sem apoio.
12m	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses – anda sozinho. Em torno de 1 ano – acuidade visual de um adulto ² .
15m	Entre 1 ano e 6m a 2 anos – corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 a 3 anos – diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos – 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, conflitos, a elaborar regras sociais ¹³ . Entre 2 e 3 anos – pais devem começar aos poucos a retirar fraldas e ensinar o uso do penico ³ .
4 a 6 anos	Entre 3 a 4 anos – veste-se com auxílio. Entre 4 a 5 anos – conta ou inventa pequenas histórias. Comportamento é predominantemente egocêntrico, mas com o passar do tempo outras crianças começam a se tornar importantes ¹⁴ . A partir dos 6 anos: criança passa a pensar com lógica, embora predominantemente concreta. Memória e habilidade de linguagem aumentam. Ganhos cognitivos melhoram a capacidade de tirar proveito da educação formal. Auto imagem se desenvolve, afetando a auto-estima. Amigos assumem importância fundamental ¹⁴ . A criança começa a compreender a constância de gênero, e a segregação entre os gêneros é muito freqüente nesta idade (meninos "não se misturam" com meninas e viceversa).
7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua auto percepção, "fechando" algumas idéias sobre quem ele é, como deve ser, etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui ² .
10 a 12 anos	A partir dos 10 anos: mudanças relacionadas à puberdade, estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos) ² .

* 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

8.2.3 Orientações aos pais

Estudo de revisão sobre puericultura evidencia que os profissionais abordam pouco assuntos em que os pais gostariam de ser mais bem orientados, como: choro, padrão de sono, treinamento de esfíncteres, disciplina⁵ [D]. A seguir abordaremos alguns destes assuntos.

8.2.3.1 O controle de esfíncteres

Estudo de extensa revisão bibliográfica aponta que o controle esfinteriano é reconhecido como um marco do desenvolvimento infantil²⁰ [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 treinamento inadequado, por exemplo, de 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, 2004, (ainda não publicado), a maioria dos pais apresenta expectativas irreais relacionadas à idade ideal para treinamento, não levando em consideração o estágio do desenvolvimento e as habilidades necessárias para o controle de esfíncteres. Considera-se treinamento precoce em torno dos 18 meses e treinamento tardio após os 36 meses. Entretanto, a idade ideal para iniciar o treinamento 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 meio²⁰ [D].

8.2.3.2 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 diurnas diminuem ao longo dos primeiros anos de vida, tendo uma média de 13 horas de sono por dia aos dois 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 cerebral⁷ [D].

As crianças que se apresentam com problemas de sono necessitam de uma história focalizada em comportamentos durante o sono e a vigília. Avalia-se 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 com o esperado para a sua idade. É importante ensinar aos pais as condutas e 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 adequado¹¹ [C].

8.2.3.3 Comportamento

A partir dos dois 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 ao mesmo tempo encontrar sua autonomia e ter maior independência. Ao encarar 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 através de observação, de forma que o exemplo dos pais torna-se uma fonte importante para a criança identificar comportamentos aceitáveis e inaceitáveis¹³. Este é um momento em que a equipe de saúde pode contribuir ajudando os pais a encontrarem esse 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 auto controlar.

A fase da pré-adolescência trata-se de outro período crítico, em que a família precisa encontrar um equilíbrio entre oferecer proteção e segurança através de limites claros e proporcionar liberdade suficiente para que o pré-adolescente possa explorar o novo mundo que se apresenta. O início da puberdade e a fase da adolescência são marcados por uma série de mudanças físicas, psicológicas, sexuais, cognitivas e sociais. A menarca é um símbolo da maturação sexual feminina, e geralmente vem associada a sentimentos positivos e negativos. No caso dos meninos, as ereções e primeiras ejaculações também trazem este significado. O diálogo com os pais, professores e outros profissionais ajudam o pré-adolescente a compreender melhor estas mudanças, a

expressar sua ambivalência e a aceitá-las como parte do seu processo de desenvolvimento, já que é comum um certo distanciamento dos pais durante esse período [3D]. No entanto, a formação de vínculo com

a equipe de saúde poderá auxiliar a família e o adolescente a compreenderem as mudanças que ocorrem neste período, mediando os possíveis conflitos.

REFERÊNCIAS PARA CRESCIMENTO

1. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: 2002. e Zeferino AM. Acompanhamento do crescimento. *Jornal de Pediatria* 2003; 79:S23-S32.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. SAÚDE DA CRIANÇA. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília (DF): O Ministério: 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A: Normas e manuais técnicos, 173).

3. 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 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008001500012.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento**. Março de 2001.

5. 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**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

6. Panpanich R, Garner P. **Growth monitoring in children** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008. Oxford: Update

7. 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.scielo.org/>

[scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 nov. 2008.

8. AERTS DR, GIUGLIANI ER. **Vigilância do estado nutricional da criança**. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ER, editors. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 3. Porto Alegre: Artmed; 2004: 180- 189

9. 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.

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

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2005.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Incorporação da curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN**. http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/curvas_oms_2006_2007.pdf. Acesso em 21/05/2008

13. ONIS M, GARZA C, VICTORA CG, BHAN MK, NORUM KR. **The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, planning, and implementation**. *Food and Nutrition Bulletin* 2004; 25 (1 supplement 1): S1- S45. <http://www.who.int/childgrowth>

14. ONIS M, ONYANGO A W, BORCHI E, SIYAM A, NISHIDA C, SIEKMANN J. **Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents**. *Bulletin of the World Health Organization*. Setembro 2007. 85 (9).

15. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN). **Norma Técnica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **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.** WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. DE ONIS M, ONYANGO AW, BORCHI E, SIYAM A, NISHIDA C, SIEKMANN J. **Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents.** Bulletin of the World Health Organization 2007; 85: 660-667.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. BROCK, R. S.; FALCÃO, M. C.; LEONE, C. Body mass index references values for newborn according to gestational age. **Clinical Nutrition (Edinburgh)**, Edinburgh, v. 23, p. A766, 2004.
22. 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: 03 dez. 2008.
23. 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: 28 nov. 2008.
24. 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.
25. WILLIAM, J. K. Clinical evaluation of the obese child and adolescent. **Uptodate**, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.uptodate.com.br>>. Acesso em: 04 dez. 2008.
26. 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.
27. 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.
28. SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO. **Indicadores de Saúde - Relatório 2006**. Porto Alegre, 2007. Mimeo. mlenz@ghc.com.br
29. 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, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com>>. Acesso em: 12 dez. 2008.
30. RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, 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: 16 dez. 2008.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. BARROS, F.C; VAUGHAN, J.P e VICTORA, C.G. **Crescimento e desnutrição**. In: Epidemiologia da desigualdade. Editora HUCITEC. São Paulo, 1988, p. 95-116, in: Ministério da Saúde, 2001
36. MATIJASEVICH, Alicia et al. Hospitalizations during infancy in three population-based studies in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2008.

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008001500009.

37. SANTOS, Iná S. et al. Infant mortality in three population-based cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008001500011.

38. 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 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008001500010.

39. 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.

40. The World Bank. 2006. Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action. The World Bank, Washington, DC, USA. 246 pp. Apud in: Prentice AM, Gershwin ME, Schaible UE, Keusch GT, Victora CG, Gordon JJ. New challenges in studying nutrition-disease interactions in the developing world. **J Clin Invest**. 2008 Apr;118(4):1322-9

41. 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.

42. 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.

43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (Technical Report Series, n. 854) Apud in: FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; VIGANTZKY, Vanessa Alves; GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi. Níveis séricos de hemoglobina em adolescentes segundo estágio de maturação sexual. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000200002&lng=en&nrm=iso)

52732003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 2008. doi: 10.1590/S1415-52732003000200002.

44. DUNCAN, BRUCE; SCHMIDT; GUILIANE, ELSA ET ALL. **Medicina Ambulatorial** Condutas de atenção primária Baseadas em Evidências. 3º edição, 4º Reimpressão de 2004. Artmed.

Referências para desenvolvimento

1. 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.

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

3. 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.

4. BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. S13-S22. 2003. Suplemento.

5. 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.

6. MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUIEIRAS, 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. S33-S42, 2003. Suplemento.

7. 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 de agosto de 2008.

8. 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 de setembro de 2008.

9. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for speech and language delay in

preschool children. In: _____. **Guide to clinical preventive services**. feb. 2006.

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

11. 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

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

13. NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

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

15. HALPERN, R. 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.

16. 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 Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2A, p. 170-175, jun. 2003.

17. HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. S104-S110, abr. 2004. Suplemento.

18. 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 Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 2-7, set., 2003.

19. 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.

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

21. 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.

9. Alimentação Saudável

Lena Azeredo de Lima
Aline Gerlach

"Para mim, a primeira vez foi bem desastrosa. Parecia que nem eu, nem ele, sabíamos o que estávamos fazendo. Depois foi maravilhoso. A coisa que mais gostava era a chegada da hora de mamar. É um momento único. Gosto de chegar em casa e dar mama. Coisa bem de mãe e filho. Só eu que faço isso. Não tem como ninguém substituir."

Luciana - mãe do Guilherme. Unidade Barão de Bagé SSC/GHC

"Comer é bom, é delicioso, é saboroso!"

Elisa, 5 anos. Unidade de Saúde Jardim Leopoldina SSC/GHC.

"Cuidar da alimentação é legal porque não botam apelidos, a gente corre mais, ninguém pega e joga melhor futebol."

Matheus, 9 anos. Unidade de Saúde Jardim Leopoldina SSC/GHC.

"A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo"^{1,2,3,4} [D].

A abordagem da criança pela equipe de saúde deve destacar a importância dos hábitos alimentares na promoção da saúde. Essa prática possibilita o controle dos desvios alimentares e nutricionais e a prevenção de várias doenças na infância e na futura vida adulta, entre as quais, as deficiências nutricionais, doenças crônicas, sobrepeso e obesidade^{4,5,6} [D].

Uma alimentação saudável, ou "boa prática alimentar", foi definida por especialistas reunidos em Montpellier em 2005^{4,7} como a ingestão de alimentos adequados em quantidade e qualidade para suprir às 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, e sua quantidade não deve exceder a capacidade funcional dos seus sistemas orgânicos cardiovascular, digestório e renal^{4,8} [D].

9.1 Aleitamento materno

Uma alimentação saudável inicia com o aleitamento materno⁵, que isoladamente é capaz de

nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida^{4,9,10,11,12,13} [A]. E, a partir do sexto mês, devem ser introduzidos alimentos complementares, e o aleitamento materno mantido pelo menos até os dois anos¹⁰.

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 melhoras¹⁴. Pesquisa sistemática durante Campanha Nacional de Vacinação mostra que, no SSC, 50% das crianças são amamentadas exclusivamente ao seio até o quarto mês de vida, e 43% até o sexto mês.¹⁵

Aconselhamento comportamental e educação para a prática de aleitamento materno são recomendados¹⁶ [B]. O apoio à amamentação deve ser disponibilizado independentemente do local de prestação de cuidados¹⁷ [A], e as mães devem receber informação de como buscar suporte à prática de amamentar¹⁸ [C].



9.1.1 Aconselhamento em amamentação

Os profissionais de saúde devem disponibilizar o tempo que for necessário para dar o apoio à mãe e ao seu bebê durante o início e a continuação da amamentação¹⁷ [D].

A frequência e a duração ilimitada (livre demanda) das mamadas devem ser incentivadas^{17, 18} [A].

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 precoce¹⁹ [B], o que reforça a importância do profissional estar atento para os sinais de depressão puerperal (ver item 1).

Também devem orientar sobre uma possível ocorrência de dor nas mamas, rachaduras e ingurgitamento mamário e dar suporte extra para uma mãe que tenha mamilo invertido¹⁸ [D]. A mastite lactacional pode ser evitada através de medidas que impeçam a instalação da estase lática, tais como: a boa pega, o aleitamento sob livre demanda, o esvaziamento completo da mama durante a amamentação, a ordenha do peito nos casos de

produção de leite maior que a demanda do lactente e, também, o estímulo ao aleitamento materno e ao autocuidado²⁰.

No caso de ingurgitamento mamário e mastite lactacional, o tratamento orientado deve ser a ordenha manual das mamas²¹. Já nos casos de trauma mamilar, o profissional de saúde deverá²¹:

" Ajudar a mãe a adotar a técnica adequada de amamentar.

" Orientar a mãe a manter a região mamilo-areolar seca e aerada.

" Orientar expor os mamilos ao sol do início da manhã ou final da tarde.

" Fazer expressão do leite no final da mamada, passando-o e toda região mamilo-areolar, e deixar secar naturalmente.

" Não usar medicamentos tópicos.

A mãe deve ser incentivada a relatar imediatamente qualquer sinal ou sintoma de mastite para os profissionais de saúde que a acompanham, além de manter a lactação¹⁸ [C].

Caso a mãe perceba uma insuficiente produção do leite materno, a técnica de aleitamento materno e a saúde do bebê devem ser avaliadas, e a mulher deve ser apoiada para ganhar confiança na sua capacidade de produzir leite suficiente para seu bebê¹⁸ [C].

A descrição da técnica adequada e os benefícios do aleitamento materno devem ser apresentados aos pais¹⁸ [D].

Técnica de Amamentação

A técnica de amamentação está adequada quando²¹:

" A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama da mãe, e o queixo 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 da aréola superior do que a inferior.

" A mama parece arredondada, não repuxada.

" 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 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 a aréola. Banho diário e uso de um sutiã limpo são suficientes.

Caso se observe alguma das situações abaixo, faz-se necessária reavaliação da técnica de amamentação²²:

" 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 mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama.

" A mãe apresenta dor durante a amamentação.

9.1.2 Benefícios do aleitamento materno exclusivo

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade, e maiores são os efeitos benéficos à sua saúde¹³ [B]. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses (salvo em alguns casos individuais), podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança²² [B].

Benefícios para o bebê:

" Diminuição de morbidade¹⁸ [B], especificamente relacionada a infecções como ²⁴ [B]: meningite bacteriana, bacteremia, diarreia²² [C], infecção no trato respiratório²² [B], enterocolite necrozante, otite média²² [B], infecção do trato urinário, seps de início tardio em pré-termos.

" Alguns estudos sugerem diminuição das taxas de morte súbita do lactente^{18, 23} [B].

" Redução de hospitalizações: aleitamento materno reduz risco de hospitalização por VSR (vírus sincicial respiratório)²⁴ [C]. Estudo de Pelotas mostrou risco de hospitalização por bronquiolite 7 vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês. E as crianças não amamentadas nos primeiros 3 meses tiveram chance de hospitalização 61 vezes maior do que as crianças amamentadas exclusivamente²² [B].

" Redução de Alergias²² [B]:

o O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes.

o O aleitamento materno protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica;

o 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;

o Os efeitos benéficos do aleitamento materno observados em todas as crianças são particularmente evidentes em crianças com história familiar de doenças atópicas.

" Redução da Obesidade²² [B].

" O aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido²² [B], favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento²² [B], promove uma "descida do leite" mais rápida²³ [B], aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido²² [C], diminui a incidência de hiperbilirrubinemia²² [D] e previne ingurgitamento mamário²² [D].

Benefícios para a mãe:

" Involução uterina mais rápida e redução na hemorragia uterina pós-parto, devido ao aumento da ocitocina²⁴ [B].

" Retorno ao peso anterior mais rápido²³ [B].

" Auxílio no aumento do intervalo entre as gestações²⁵ [B].

" Maior interação mãe-bebê²⁶

" Aspectos econômicos: leite materno não tem custos²⁷ [D].

" Praticidade: leite materno está sempre pronto para servir.

" Diminuição do risco de câncer de mama e ovário²³ [B].

9.1.3 Tipos de leite materno

Colostro: Secretado até 7 dias após o parto. É adequado ao recém-nascido, pois apresenta maiores quantidades de fatores imunológicos, minerais, vitamina E e vitamina A comparados ao leite de transição e ao leite maduro. O colostro é rico em proteínas, contém baixo teor de lipídios e calorias. Apresenta um efeito laxante que favorece o estabelecimento da flora bífida no sistema digestivo e a expulsão do mecônio²¹.

Leite de transição: Secretado entre o 7º dia e o 14º dia. É o leite intermediário entre o colostro e o maduro.

Leite de maduro: Secretado após o 15º dia. É um leite completo e o mais adequado para a criança. Apresenta quantidade suficiente de água, lactose e aminoácidos essenciais (cistina e taurina). Contém fatores de proteção (anticorpos, leucócitos, lactoferrina, fator bífido) e enzimas (lipase). Tem distribuição de macronutrientes adequada: 1% de

proteínas (fácil digestão) e 4% de gorduras (ácidos graxos essenciais - ácido graxo linoleico e linolênico e colesterol). E apresenta vitaminas e minerais na quantidade adequada²¹.

9.1.4 Definição de práticas de alimentação infantil²⁸:

Amamentação exclusiva: A criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado). Permite que a criança receba: soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos. Não permite que a criança receba qualquer outro líquido ou alimento.

Amamentação predominante: A criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado) como fonte predominante de nutrição. Permite que a criança receba: certos líquidos (água, chá, suco de fruta), soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos. Não permite que a criança receba nada mais (especialmente outros leites).

Amamentação complementar: A criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado) e alimentos semi-sólidos e sólidos. Permite que a criança receba: qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantis.

Amamentação: A criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado). Permite que a criança receba: qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantis.

Alimentação com mamadeira: A criança recebe qualquer líquido (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos oferecidos em mamadeira. Permite que a criança receba: qualquer outro líquido ou alimento incluindo leite materno, outros leites e fórmulas infantis.

9.1.5 Contra indicações para a amamentação³⁰

Condições maternas infecciosas que contra-indicam o aleitamento materno (AM):

" Mães portadoras do HIV ou HTLV (vírus linfotrófico humano de células).

Condições maternas infecciosas que contra-indicam temporariamente o AM:

" Infecção materna pelo citomegalovírus (CMV) contra-indica o AM em prematuros com menos de 32 semanas.

" Infecção pelo vírus herpes zoster e herpes simples, nos casos de lesão da mama;

" Infecção pelo vírus da varicela, se as lesões surgirem 2 dias antes ou até 5 dias após o parto.

" Infecção materna pelo vírus da hepatite C (HCV), no caso de fissura nos mamilos ou carga viral elevada.

" Hanseníase, em caso de lesão na pele da

mama e/ou quando a doença não estiver sob controle (não tratada ou com início de tratamento inferior a 3 meses).

" Infecção materna pelo *Tripanosoma cruzi* (doença de chagas), na fase aguda e na ocorrência de sangramento do mamilo.

" Mães bacilíferas (tuberculose) com secreção nasal e bucal podem amamentar, desde que higienizem as mãos e protejam a boca e o nariz.

Condições maternas não infecciosas que contra-indicam o AM30

" Mães em quimioterapia ou radioterapia.

" Mães em exposição ocupacional e/ou ambiental a metais pesados (chumbo, mercúrio, entre outros).

" Mães que usam drogas que contra-indiquem o aleitamento materno.

" Fenilcetonúria: É possível amamentar bebês com fenilcetonúria^{31 32} [A]. Entretanto é necessário que os pacientes tenham consultas frequentes no serviço de referência, possibilitando ajustes dietéticos constantes e controle metabólico adequado, evitando níveis indesejáveis³¹.

9.1.6 Alimentação antes dos 6 meses em situações em que o aleitamento materno não é possível³⁰

Nesta situação, as crianças podem ser encaminhadas para o nutricionista, nas unidades em que há o profissional.

Na impossibilidade de aleitamento materno, antes do sexto mês deverá ser utilizada uma fórmula de partida ou de 1º semestre e, a partir do sexto mês, recomenda-se uma fórmula infantil de seguimento ou de 2º semestre^{4,33} [D]. A fórmula infantil consiste em leite modificado para atender às necessidades nutricionais e não agredir o sistema digestório do bebê não amamentado^{33,34,35}. Trata-se de leites em pó comercializados e disponíveis em supermercados. Os profissionais devem estar atentos e orientar que nem todo o leite em pó é uma fórmula infantil, pois existe leite de vaca em pó. Observamos em nossa prática o questionamento sobre o custo elevado das fórmulas infantis, que realmente apresentam um custo superior ao leite de vaca. No entanto, a partir do 4º mês, com a introdução de papas salgadas com carne e de papas de frutas, a utilização da fórmula não apresenta maior custo do que somente a utilização de leite de vaca.

O leite de vaca ("in-natura", integral, pó ou fluido) não é considerado alimento apropriado para crianças menores de um ano^{4,34,9,36,33} [D] pelo risco de anemia [A]^{37,36,13}, além de apresentar as seguintes inadequações^{4,33,34}[D]:

" Gorduras: contém baixos teores de ácido

linoléico, sendo 10 vezes inferior às fórmulas.

" Carboidratos: sua quantidade é insuficiente, sendo necessário o acréscimo de outros açúcares, frequentemente mais danosos à saúde, como a sacarose, com elevado poder cariogênico.

" Proteínas: fornece altas taxas, com conseqüente elevação da carga renal de soluto. Apresenta relação caseína/proteínas do soro inadequada, comprometendo a digestibilidade.

" Minerais e eletrólitos: fornece altas taxas de sódio, potássio, cálcio e cloretos, contribuindo para a elevação da carga renal de solutos, deletéria principalmente para os recém-nascidos de baixo peso.

" Vitaminas: baixos níveis de vitaminas C, D e E e, quando fervido ou diluído, diminui os níveis de vitaminas do complexo B.

" Oligoelementos: são fornecidas quantidades insuficientes, com baixa biodisponibilidade de todos os oligoelementos, salientando-se o ferro e o zinco. A própria composição do leite de vaca integral, com excessivo conteúdo de cálcio e fósforo e baixa quantidade de vitamina C, contribui para diminuir ainda mais a biodisponibilidade de ferro oriundo de outras fontes alimentares.

O consumo regular do leite de vaca integral em crianças menores de 1 ano pode também levar à sensibilização precoce da mucosa intestinal e induzir hipersensibilidade às proteínas do leite de vaca, predispondo ao surgimento de doenças alérgicas e de micro-hemorragias na mucosa intestinal, o que contribui ainda mais para o aumento da deficiência de ferro^{4,9,13,34,36}.

Os sistemas digestório e renal do lactente são imaturos, o que os torna incapazes de lidar com alguns metabólitos de alimentos diferentes do leite humano^{4,34,33}.

Para as crianças não amamentadas, deve-se **oferecer água nos intervalos** entre as mamadeiras^{1,2}.

O quadro 1 apresenta o volume e número de mamadeiras para a criança não amamentada, de acordo com sua faixa etária e, o quadro 3 apresenta o esquema alimentar para crianças não amamentadas.

Quadro 1. Volume e frequência da Fórmula Infantil (FI) para crianças não amamentadas, de acordo com a idade.

Idade	Volume	Número de refeições/dia
1 semana-30 dias	60-120ml	6-8
30-60 dias	120-150ml	6-8
2-4 meses	150-180ml	5-6
4-8 meses	180-200ml	2-3
> 8 meses	200	2-3

Fonte: adaptado do Guia Prático de Preparo de Alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas.

9.1.6.1 Orientações para crianças menores de quatro meses na impossibilidade de adquirir Fórmula Infantil (FI)

Na impossibilidade da aquisição de FI, nos 4 primeiros meses se utiliza o leite de vaca das formas descritas a seguir³⁰ [D].

Se leite integral líquido: diluição 1/3 de água fervida e 2/3 de leite (fervido, se for o pasteurizado - "de saquinho").

Se leite em pó: 10%, ou seja: 1 colher de sobremesa rasa (10g) em cada 100ml de leite reconstituído.

Exemplo da reconstituição de 150ml de leite: medir 50 ml de água fervida acrescentar 1 colher e meia de chá de leite em pó (15g)

mexer com vigor (até dissolver)

completar o volume até 150ml.

Obs: para acrescentar o ácido graxo linoléico³⁹, adicionar óleo vegetal (3%), ou seja, para cada 100ml de leite líquido ou reconstituído, 1 colher de chá de óleo rasa^{1;39}. Não se deve acrescentar amido ou açúcar⁴⁰, a não ser em caso de crianças desnutridas que não aceitam volumes adequados de leite, em que é necessário aumentar a densidade energética⁴¹.

9.1.6.2 Orientações para crianças maiores de quatro meses na impossibilidade de adquirir Fórmula Infantil (FI)

A partir dos 4 meses não é necessário diluir o leite líquido, e reconstitui-se o leite em pó à 15%, ou seja, 1 colher de sopa cheia (15g) em cada 100ml reconstituído^{1,30,40} [D]. Segue o exemplo:

Para 200ml de leite:

medir 100 ml de água fervida

acrescentar 2 colheres de sopa cheia de leite em pó (30g).

mexer com vigor

completar o volume até 200ml



9.2 Alimentação da criança de 6 meses a 2 anos

No Brasil, no período de 1998 a 2002, por iniciativa do MS e apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foram elaboradas as recomendações alimentares para crianças menores de 2 anos. Esse trabalho, que contou com a participação de cerca de 300 profissionais de saúde e nutrição de todo o país, foi embasado no diagnóstico prévio da situação alimentar e nutricional das crianças nessa faixa etária e nos resultados de um estudo nacional qualitativo sobre as práticas maternas de alimentação de menores de 2 anos realizado na ocasião¹. O conjunto de recomendações foi denominado "Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos", publicado para subsidiar os profissionais de saúde a promover práticas alimentares saudáveis para a criança pequena¹ [D].

A seguir, apresentaremos os "10 passos" com as observações pertinentes a cada etapa:

Passo 1

Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

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.

A partir dos seis meses, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de alimentos complementares^{1,2,10}.

Crianças que não recebem leite materno devem iniciar a complementação aos 4 meses^{30,41}.

A partir desse momento, a mãe deve oferecer água à criança^{1,2,4,9}.

Tranquilizar a mãe quanto à aceitação dos alimentos. É comum a criança rejeitar no início por não estar acostumada com esse novo processo não significando que ela "não goste" de um ou outro alimento⁴¹.

Insistir na oferta dos alimentos que foram rejeitados. Em média, a criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a dez vezes para que o aceite bem⁹.

Oferecer o peito após a refeição sempre que a criança não tiver consumido quantidades adequadas de alimentos⁴¹ [D].

Passo 3

Após os 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.

Os quadros a seguir apresentam o esquema alimentar para a introdução da alimentação complementar ao longo do dia e de acordo com a idade da criança.

Oferecer papa de fruta e papa salgada com carne, desde o primeiro dia⁴¹ [D]. A papa salgada deve ser feita de forma equilibrada com um alimento dos grupos 1, 2, 3 e 4 (ver quadro 4: Alimentos Básicos). A introdução tardia da carne pode prejudicar as reservas de ferro^{37,41} [A].

Quadro 2. Esquema alimentar para crianças amamentadas

Período	6-7 meses	8-10 meses	10-12 meses	A partir de 12 meses
Manhã	LM	LM	LM + pão ou biscoito	LM + pão, bolo ou biscoito
Intervalo	Papa de fruta	Papa de fruta	1 fruta	1 fruta
Almoço	Papa salgada com carne	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Lanche	Papa de fruta + LM	Papa de fruta + LM	1 Fruta ou LM ou pão ou biscoito	Pão ou bolo ou biscoito+ Leite ou leite batido com fruta
Janta	LM	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Ceia	LM	LM	LM	LM

LM= Leite Materno

Quadro 3. Esquema alimentar para crianças não amamentadas

Período	4 -10 meses	10-12 meses	A partir 12 meses
Manhã	180-210ml FI*	210ml FI*	240ml LV
Intervalo	Papa de fruta	1 Fruta	1 Fruta
Almoço	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Lanche	Papa de fruta	1 Fruta ou biscoito	Pão, bolo ou biscoito + LV ou LV batido com fruta
Janta	Papa salgada	Papa salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
Ceia	180-210ml FI*	210ml de FI*	240ml LV

FI = Fórmula infantil

LV=Leite de vaca

Passo 4

A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

É importante estabelecer os horários, mas sem rigidez. A prática de dar sucos, chás e mamadeiras a qualquer hora deve ser desestimulada, pois a criança que "belisca" não aceita as refeições em quantidades adequadas, diminuindo o volume ingerido desses alimentos⁴¹ [D].

Recomenda-se alimentar a criança lenta e pacientemente até que ela se sacie, jamais forçando-a a comer^{9,42,43}.

Passo 5

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

No início da alimentação complementar, os alimentos devem ser preparados especialmente para a criança. A consistência da papa salgada deve ser espessa⁴¹.

A partir dos 8 meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados e picados^{1,4}.

Aos 12 meses, deve ser estabelecida a alimentação da família^{1,41}, com o cuidado de não oferecer alimentos de formato aguçado e/ou consistência dura (ex: cenouras cruas, nozes, uvas), pelo risco de a criança se engasgar⁹ [D].

Alimentos de consistência "mole", como sopas e mingaus finos, não são indicados, pois contêm baixa densidade de energia, podendo causar ganho de peso insuficiente^{41,9}.

Passo 6

Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

A partir dos seis meses, podem ser oferecidos todos os alimentos básicos (ver tabela 4), de forma variada, para assegurar o suprimento de micronutrientes¹, favorecer a formação de bons hábitos alimentares e prevenir o aparecimento de anorexia decorrente da monotonia alimentar⁹.

As papas salgadas devem ser feitas, sempre que possível, com um alimento de cada grupo do quadro 4: Alimentos Básicos (excetuando a fruta), preparadas com sal, óleo e cebola⁴¹. Nos casos em que não houver a carne, oferecer 50-100ml de suco de fruta rica em vitamina C (laranja, acerola, goiaba, bergamota)^{1,41}. O ovo inteiro já pode ser introduzido a partir do sexto mês^{4,41} [D].

Exemplos de papas salgadas:

Arroz+ feijão+ carne de frango+espinafre

Macarrão+ peixe+ lentilha+ cenoura

Batata+carne+moranga

Batata doce+ fígado de boi+ couve

Batata+ervilha seca+fígado de frango+abobrinha

Arroz+ lentilha+ovo+beterraba (oferecer suco de laranja)

As 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^{9,41} [D].

Quadro 4. Alimentos Básicos

Grupo 1 Cereais e tubérculos	carboidrato	arroz, aipim, batata-doce, macarrão, batata, polenta, mandioquinha,	3- 5 vezes/dia
Grupo 2 Carnes e ovos	proteína animal e ferro heme	carne de gado, galinha, peixe, miúdos de boi e galinha, ovo	2 vezes/dia
Grupo 3 Leguminosas	proteína vegetal e ferro não heme	feijões, lentilha, ervilha seca	1 vez/dia
Grupo 4 Verduras e legumes	micronutrientes, fibras	folhas verdes cozidas, abóbora, cenoura, quiabo, abobrinha, baterraba, vagem, chuchu, ervilha, couve-flor	3 vezes/dia
Grupo 5 Frutas	micronutrientes, fibras, açúcar	todas da época, inclusive o abacate	3-4 vezes/dia

Fonte: os quadros 2, 3 e 4 foram adaptados dos Dez Passos da Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos, trata-se de material elaborado para o desenvolvimento do projeto de pesquisa Implementação dos Dez Passos da Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos em Unidades Básicas de Saúde. FAPERGS/NUPEN/UFCSPA.

Passo 7

Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

A inclusão de um legume ou verdura em uma papa de cereal enriquece a refeição. São fontes de vitaminas, minerais e fibras^{1,2,9}.

Passo 8

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

Alimentos que **NÃO** devem ser oferecidos à criança pequena:

- Produtos industrializados com conservantes e corantes artificiais: iogurtes, gelatinas, petit suisse, doces (flans, compotas, cremes industrializados);
- Refrigerantes e sucos açucarados: diminuem o apetite para alimentos mais nutritivos e podem influenciar em ganho de peso insuficiente^{41,44};
- Embutidos e enlatados;
- Café, chás e chocolates: interferem na absorção de ferro e cálcio^{33,45};
- Frituras: contém excesso de gordura⁶ [D];
- Alimentos muito salgados: moderar no sal^{1,2,6} [D];
- Açúcar: não adicionar açúcar nas preparações^{1,2,41,9,42,43} [D];
- Mel: pelo risco do botulismo^{46,49,30,36} [D].

Passo 9

Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Práticas seguras de higiene dos alimentos complementares, abaixo relacionadas^{1,9}, podem

reduzir a incidência de diarreia em crianças⁹ [D]:

- Oferecer água mais limpa possível (tratada, filtrada e/ou fervida) pra criança beber ou para preparar os alimentos;
- Lavar as mãos - quem for preparar e oferecer o alimento à criança, e também a criança - com água e sabão após defecação e antes das refeições;
- Manter limpos os utensílios e as superfícies para a preparação e administração dos alimentos;
- Usar apenas alimentos que não estejam danificados e guardá-los em local seguro;
- Preparar o alimento em quantidade suficiente para apenas uma refeição e servi-lo imediatamente após o preparo - nunca oferecer a sobra ou restos da refeição ou mamadeira;
- Alimentar a criança com o auxílio de copo ou xícara, colher e prato, evitando mamadeiras. A mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecção e diarreia. Se for utilizar mamadeira, orientar a higienização adequada (ver em Cuidados higiênicos com o uso da mamadeira);
- Lavar as frutas em água corrente, antes de serem descascadas ou de preparar o suco;
- Usar alimentos frescos, maduros e em bom estado de conservação;
- Ao aquecer, o alimento deve atingir, no mínimo, a temperatura de 70 graus para evitar o risco de contaminação. É seguro ferver;
- Os alimentos da papa salgada devem ser bem cozidos, inclusive as folhas verdes.

Cuidados higiênicos com o uso da mamadeira³⁰

[D]:

- Lave todos utensílios, se possível em água

corrente;

- Utilize a escova de cabo longo e detergente para lavar a mamadeira;
- Para os bicos, tampa e rosca utilize escovinha própria;
- Troque frequentemente as escovas utilizadas;
- Enxágüe bem e coloque os utensílios em uma panela cobertos de água;
- Ferva por 10 minutos (contados a partir do início da fervura) após cada utilização;
- Escorra e retire o material com pinças (evitar contato direto com as mãos);
- Escorra bem em um pano de prato limpo e passado a ferro;
- Guarde tudo em recipiente com tampa;
- Observe o tempo de vida útil da mamadeira no rótulo da embalagem.

Passo 10

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

Oferecer alimentos com maior frequência se a o volume ingerido estiver diminuído¹ [D];

Se a criança ainda estiver no peito, orientar a mãe a oferecer mais leite materno¹ [D];

No caso de diarreia e febre, aumentar a oferta de água¹ [D];

Não apressar a criança, ter paciência e bom humor^{1,2} [D];

Não forçar a criança a comer, isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite¹ [D].

9.3 Alimentação saudável prevenindo a anemia

Apesar das medidas individuais e populacionais adotadas no país, mantém-se a elevada prevalência de anemia, que incide em cerca de 40% das crianças menores de cinco anos há duas décadas^{37,47}.

A partir dos 4 meses, ocorre a depleção do estoque de ferro, e a alimentação passa a ter papel fundamental na prevenção da anemia^{45,48,41,37} [D]. O ferro na forma heme, presente nas carnes, é mais facilmente absorvido. O ferro na forma não heme, presentes nos vegetais, precisa estar na forma ferrosa, 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 almoço e janta. O período de intervalo é de 2h, para não haver interferência⁴⁹.

Fatores que facilitam a absorção do Ferro^{49,37,41}.

- Ácido ascórbico (sucos cítricos).

- Ácidos orgânicos.

Fatores que prejudicam a absorção do Ferro⁴⁹:

- Cálcio (leite e derivados) - afeta também a forma heme.

- Polifenóis (chás, cafeína)^{33,45}.

Então^{37,41} [D];

- A carne deve SEMPRE fazer parte da composição das papas;

Nas unidades em que há o nutricionista, a equipe pode contar com esse profissional na visita domiciliar (avaliar amamentação), na consulta de recém nascido (interconsulta), 4º ou 6º mês (introdução de alimentação complementar) e sempre que houver dificuldades no processo de amamentação, presença de anemia e crescimento (comprimento e peso) insuficiente.

- Ofereça um pedaço pequeno de fígado de boi 1 vez por semana;

- Ofereça suco de laranja após o almoço ou jantar.

9.4 Alimentação de crianças de 2 a 6 anos

Esse período caracteriza-se pela diminuição no ritmo de crescimento e, por consequência, diminuição das necessidades energéticas e do apetite da criança^{33,41}.

O comportamento alimentar da criança nessa fase é imprevisível, variável e transitório, mas, se não for administrado adequadamente, poderá se transformar em distúrbio alimentar real e perdurar em fases posteriores¹.

Seguem aspectos importantes a serem considerados:

- Neofobia: quando a criança se recusa a experimentar qualquer tipo de alimento desconhecido e que não faça parte de suas preferências alimentares.

- O apetite é variável, momentâneo e depende de vários fatores, entre eles, idade, condição física e psíquica, atividade física, temperatura ambiente, ingestão na refeição anterior^{40,4,33}. Criança cansada ou agitada com brincadeiras pode não aceitar a alimentação¹.

- Os alimentos mais aceitos pela criança são os de maior densidade energética^{41,40,4}. Os alimentos de sabor doce são preferidos^{32,4}.

- O tempo de intervalo entre as refeições e a quantidade de alimento ingerida é proporcional^{42,41,33}; quanto maior o intervalo, mais alimentos serão

ingeridos na próxima refeição.

- Os conflitos nas relações familiares e na relação mãe-filho são demonstrados com clareza através da alimentação^{4,33}.

- Atitudes como recompensas, chantagens, subornos, punições ou castigos para forçar a criança a comer devem ser evitadas, pois podem reforçar a recusa alimentar^{12,43,4,33}.

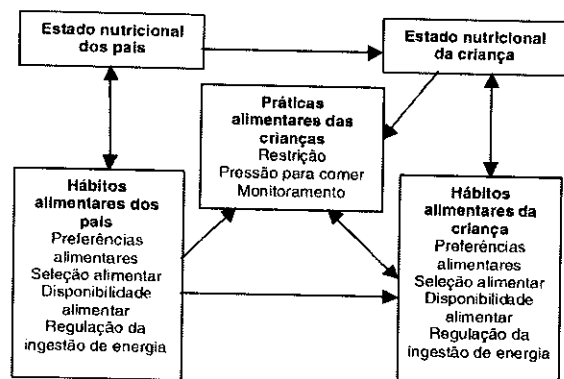
- A inapetência, queixa muito freqüente das mães das crianças nessa fase, deve ser avaliada pelos profissionais⁴⁰. A investigação de se a ingestão alimentar é insuficiente e/ou depende do local ou da presença da mãe e a avaliação do crescimento e desenvolvimento auxiliam na confirmação do diagnóstico⁴¹. A inapetência pode ser classificada como comportamental ou orgânica, podendo ocorrer as duas concomitantemente. A inapetência comportamental tem origem na dinâmica familiar e sua base é psicogênica, deve-se avaliar o grau do comprometimento emocional presente na criança e na família e o impacto no estado nutricional. Muitas vezes a mãe está com dificuldades para estabelecer limites⁴¹. A inapetência orgânica pode estar relacionada a uma deficiência de micronutriente⁴¹, deve-se investigar anemia e tipo de alimentação consumida (se é restritiva).

9.4.1 Recomendações à família para uma alimentação saudável (2- 6 anos)

A abordagem familiar é uma atividade inserida em nossa prática e é um instrumento fundamental para entendimento da estrutura e dinâmica familiar. Os bons hábitos alimentares devem ser transmitidos aos pais e demais familiares para estimular que todos possam adquiri-los³³.

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

Figura1. Mediadores comportamentais de semelhança familiar no hábito alimentar e estado nutricional



Fonte: Birch LL. Childhood Overweight: family environmental factors. In: Chen C. Dietz WH, editors. Obesity in Childhood and Adolescence. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 161-76⁶

As orientações a seguir são consideradas importantes de serem transmitidas aos pais ou responsáveis:

- Esquema alimentar familiar composto por cinco ou seis refeições diárias, com horários regulares: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia^{41,4} [D];

- O intervalo deve ser de 2 a 3 horas entre as refeições, e é necessário que se estabeleça um tempo definido e suficiente para cada refeição⁴ [D];

- Volume pequeno de alimentos⁴⁰, respeitando o grau de aceitação da criança³³, pois a criança pode controlar perfeitamente sua ingestão⁴¹ [D]. Oferecer novas quantidades, se necessário³³.

- Não substituir o almoço e/ou janta por leite ou produtos lácteos^{41,37} [D];

- Não utilizar a sobremesa ou guloseimas como recompensa ou castigo^{42,41,4,33} [D];

- Não fazer comentários constrangedores nas refeições, para que a criança não se sinta pressionada^{42,41,33} [D];

- Quando houver repetidas recusas, mudar a forma de preparo e/ou um intervalo para nova tentativa³³ [D];

- A oferta de líquidos nos horários das refeições deve ser controlada, pois distende o estômago, podendo dar o estímulo de saciedade precocemente. O ideal é oferecê-los após a refeição, de preferência água ou sucos naturais. Os refrigerantes não precisam ser proibidos, mas devem ser ingeridos apenas em ocasiões especiais^{41,4,33} [D]. O consumo excessivo de sucos, principalmente em substituição ao leite, está relacionado com diarreia crônica e retardo de crescimento⁴⁴ [D];

- Salgadinhos, balas e doces não devem ser proibidos, porque estimularão ainda mais o interesse da criança, mas podem ser consumidos em horários que não atrapalhe o apetite da próxima refeição^{4,42} [D];

- A criança deve sentar-se à mesa com a família. O ambiente na hora da refeição deve ser calmo e tranquilo, sem a 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 saciedade⁴ [D];

- Estimular a criança a participar da escolha do alimento, da sua compra, do preparo, deixá-la manipular os alimentos^{4,33} [D].

9.5 Alimentação de crianças de 7 a 12 anos

Nessa fase, o ritmo de crescimento é constante, com ganho mais acentuado de peso próximo ao estirão da adolescência^{4,51}. A maior independência e socialização da criança promovem melhor aceitação

dos alimentos⁴¹. As transformações, aliadas ao processo educacional, são determinantes para o aprendizado em todas as áreas e para o estabelecimento de novos hábitos.

Além da grande importância da família, a escola passa a desempenhar papel de destaque na manutenção da saúde da criança⁴.

A oferta alimentar modificou-se, causando a mudança de hábitos. A mudança no padrão alimentar (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, aumento da prevalência de obesidade e incremento de casos de "fome oculta" – deficiências nutricionais específicas, pouco evidentes clinicamente, mas prejudiciais à boa saúde⁴.

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

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

9.5.1 Recomendações gerais para crianças de 7 a 12 anos

- O cardápio segue a alimentação da família, conforme a disponibilidade de alimentos e preferências regionais. As famílias devem continuar sendo orientadas sobre as práticas para uma alimentação saudável⁴ [D];

- As refeições devem incluir o desjejum, lanches, almoço e jantar. A merenda escolar deverá adequar-se aos hábitos regionais, devendo ser evitado o uso de alimentos isentos de valor nutricional como salgadinhos, refrigerantes, guloseimas⁴ [D];

- Consumir diariamente frutas, verduras e legumes, ótimas fontes de calorias, minerais, vitaminas hidrossolúveis e fibras⁴ [D];

- A ingestão de alimentos fontes de vitamina A proporciona estoques adequados no período do estirão, o que garante a secreção do hormônio de crescimento (GH)⁴¹. A recomendação de vitamina A é alcançada com a ingestão diária de frutas ou vegetais amarelos, alaranjados ou verde-escuros, ou ingestão semanal de 150g de fígado de boi⁴¹ [D];

- Não exagerar no consumo de sal, para a formação de hábito alimentar saudável e prevenção de hipertensão arterial^{4,6} [D];

- Ingerir diariamente 400ml de leite ⁴⁰ para atingir a quantidade de cálcio para formação adequada da massa óssea e profilaxia da osteoporese na vida

adulta⁴¹ [D]. Em substituição ao leite, podem ser usados seus derivados, como iogurte ou queijo.

- Estar atento à alimentação fornecida pela escola ou às opções de lanches que são vendidos na escola ou nas proximidades⁴ [D].

9.6 Prevenção da obesidade em crianças

A prevalência de obesidade e sobrepeso infantil está aumentando em todo o mundo com reflexos a curto e longo prazo na saúde pública⁵² [A]. No Brasil, a obesidade vem aumentando em todas as camadas sociais^{53,54,55}. Estudos nacionais demonstram prevalências de excesso de peso em crianças e adolescentes que variam entre 10,8% e 33,8% em diferentes regiões^{53,54,56}. Além disso, 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 e de atividade física^{55,56,57}. 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^{56,57,59} [D].

A avaliação antropométrica realizada em 112 crianças de 0 a 5 anos na unidade Barão de Bagé do SSC, na ocasião da vacina em junho de 2008, mostrou que 12% estavam obesas e que 20% apresentavam sobrepeso. Não foram encontradas crianças desnutridas.

No desenvolvimento da criança, há situações, freqüentemente associadas à obesidade, que servem para facilitar a identificação de riscos:

- Sobrepeso ou obesidade dos pais⁵⁵;

- A obesidade da mãe, mesmo antes da gestação, correlaciona-se ao índice de massa corpórea da criança, na idade de 5 a 20 anos⁵⁵;

- A inatividade física, indiretamente avaliada pelo número de horas assistindo televisão⁵⁵. A recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria é que se reduza a 2h/dia o tempo com atividades sedentárias como videogames, computador e televisão⁵⁶ [D];

- O aleitamento materno é um fator de proteção contra a obesidade em crianças^{55,52,60} [B];

- Hábito alimentar da família e práticas alimentares de quem cuida da criança^{61,62}.

A Figura 2 apresenta orientações norteadoras para a prevenção e manejo da obesidade na infância e na adolescência.

9.6.1 Considerações sobre o manejo da obesidade em crianças

O manejo da obesidade instalada deve ser instituído assim que se faz seu diagnóstico. O

tratamento convencional baseia-se na redução da ingestão calórica, aumento do gasto energético, modificação comportamental e envolvimento familiar no processo de mudança através de um plano terapêutico^{55,56,57,58,59} [D].

As dificuldades em lidar com a obesidade infantil constituíram o substrato da construção da abordagem desse problema no contexto sócio-familiar, desfocando a criança como responsável única por sua obesidade^{56,58,59}. Dessa maneira, busca-se uma perspectiva contextual para melhor entendimento da complexidade de fatores que se inter-relacionam, como os biogenéticos, os familiares e os psicossociais, que fazem parte da constituição do fenômeno da obesidade.

O envolvimento familiar é um dos maiores contribuintes para adesão ao tratamento^{63,66} [D]. O profissional de saúde precisa identificar e considerar questões do sistema familiar no processo de mudança de hábitos alimentares da criança e de sua família. Para isso, deve observar os seguintes aspectos:

- Relação emaranhada entre mãe (ou

responsável) e filho(a) – dependência e proteção prolongadas em atividades cotidianas e sociais; excesso de proteção e de cuidados na alimentação⁵⁶.

- Pais (ou responsáveis) ansiosos, que identificam qualquer choro dos filhos como “choro de fome” e superalimentam as crianças, forçando-as a maior ingestão mesmo quando já estão saciadas⁵⁶.

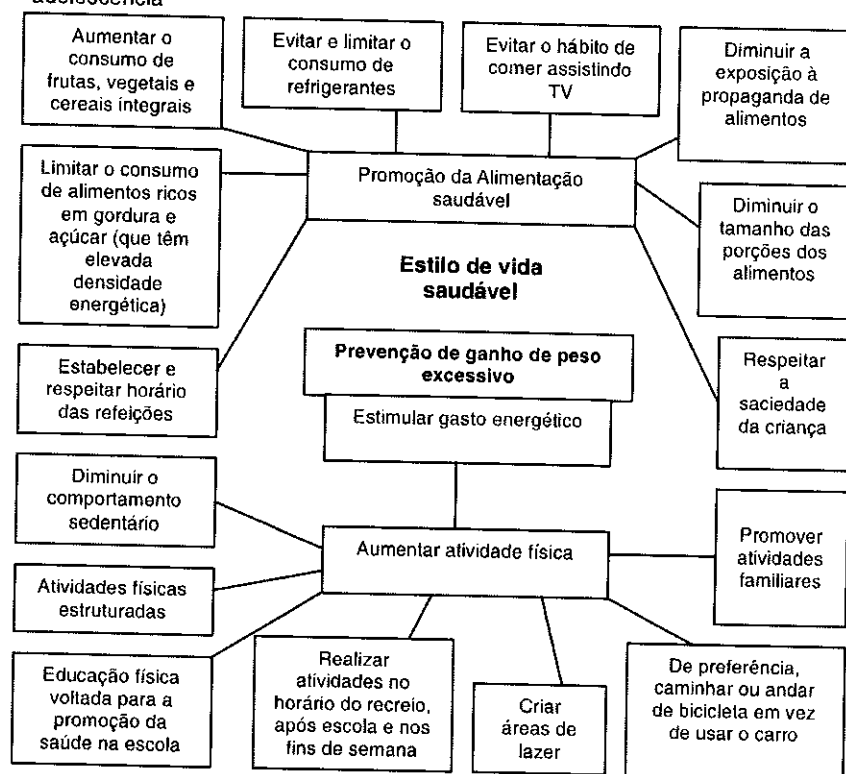
- Pais (ou responsáveis) com dificuldades de colocar limites aos filhos, inclusive na esfera da alimentação⁵⁶.

- Ocorrência de trocas afetivas quase que exclusivamente por meio da alimentação⁵⁶.

- Retratação dos familiares obesos e magros, valores e crenças alimentares. Bom observar que as comemorações possibilitam identificar os mitos da família, isto é, a reedição do sentido simbólico de ser gordo naquele grupo⁵⁶. Observar como são os familiares⁵⁰.

Estudo com pré-escolares demonstrou uma relação positiva entre a baixa ingestão de frutas, vegetais e grãos integrais e o excesso de peso⁶⁴.

Figura 2: Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência⁵⁶



O tratamento da obesidade na infância deve ser construído em conjunto pelos profissionais e pela família, levando-se em consideração que pais, mães, filhos e filhas precisam ser acolhidos e compreendidos em suas histórias, em seus sofrimentos, conflitos, valores, crenças e saberes. Constitui-se uma estratégia facilitadora da relação entre o profissional e a família do paciente, na tentativa de que a intervenção não se torne uma ameaça à identidade do grupo familiar. Sendo assim, é importante que se observe:

- A intervenção inadequada como o uso de dietas prontas, imposição de dietas rígidas e restritivas dificulta a adesão e pode levar ao prejuízo do crescimento e redução da massa muscular, bem como ao desenvolvimento de comportamentos inapropriados^{52,55,56,58} [D].
- A educação nutricional é de extrema importância e visa a habilitar o indivíduo a organizar e controlar sua alimentação mantendo a rotina diária. Esse processo estimula mudanças no hábito e no comportamento alimentares de forma lenta e gradual⁵⁶ [D].
- Todas as mudanças devem ser discutidas com o paciente. As negociações com a criança, juntamente com suas famílias, são fundamentais para manter a confiança⁵⁶ [D].
- Deve-se respeitar e perceber o momento de vida de cada paciente, levando em conta sua ansiedade, sensibilidade emocional e, principalmente, capacidade de compreensão e de execução das novas propostas alimentares⁵⁶ [D].
- Os alimentos *diet* não estão indicados para as crianças, pois, além de não contribuírem na modificação do hábito alimentar, esses produtos podem não apresentar nenhum impacto na redução da ingestão total de calorias. Ademais, contêm adoçantes que não foram suficientemente estudados para que se possa usá-los à longo prazo com segurança na faixa etária pediátrica⁵⁶ [D].
- Relacionar a quantidade e frequência de ingestão dos alimentos contraindicados⁵⁰ (ver passo 8) com o estado nutricional e intervir no equilíbrio da oferta de alimentos não nutritivos e alimentos recomendados (ver recomendações segundo faixa etária) [D];
- Relacionar o tamanho das porções de todos alimentos⁵⁰ e intervir na diminuição das porções dentro do possível de acordo com as circunstâncias⁵⁶ [D].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. 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; 2002.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing on complementary feeding**. Montpellier: [s.n.], 1995.
4. **countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: World Health Organization; 1998.
5. 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.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF: Ed Ministério da Saúde, 2004.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol.85, suplemento VI, Dezembro, 2005.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **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 17/07/2008.
9. BROWN, KH EL AL. **Sate of the art review paper for the meeting on Consultation**
10. 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. :S131-141, 2004. Suplemento.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>. Acesso em: 17/07/2008.
12. KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Oxford, n. 1, 2002.
13. 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, v. 131, p. 262-267, 2001.
14. 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.
15. 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: 18 jul. 2008.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Pesquisa anual de aleitamento materno**. Porto Alegre, n. 87, 2008.
17. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Behavioral interventions to promote breastfeeding: recommendations and rationale**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.
18. THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE. **Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies**. Leicester: University of Leicester, 2006.
19. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/>>. Acesso em: 18/07/2008.
20. 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. S341-S352, 2008. Suplemento.
21. VIEIRA, G. O. et al. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, 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=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/08/2008.
22. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. **Manual de capacitação de multiplicadores**. Rio de Janeiro, 2006.
23. Duncan, Bruce; Schmidt; Guiliane, Elsa et al. **Medicina Ambulatorial Condutas de atenção primária Baseadas em Evidências**. 3ª edição. 4ª Reimpressão de 2004. Artmed.
24. 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: 28/07/2008.
25. 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: 14/08/2008.
26. FACULTY OF FAMILY PLANNING & REPRODUCTIVE HEALTH CARE. FFPRHC guidance (july 2004): contraceptive choices for breastfeeding women. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**. Chichester, v. 30, n. 3, p. 181-189, jul. 2004.
27. PINTO, L. F. Apego y lactancia natural. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 78, n. 1, p. S96-S102, out. 2007. Suplemento.
28. DRANE, D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. **Breastfeeding Review**, Canada, v. 5, n. 1, p. 7-15, 1997.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **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/iyfc_indicators_for_peer_review.pdf>. Acesso em: 17/07/2008.
30. GIUGLIANI E. R. J.; VICTORA C. G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: embasamento científico**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de prepare de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.
32. 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.
33. 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.
34. ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.
35. WEFORT 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 23 jul. 2008.
36. 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 20 jul. 2008.
37. 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 15 ago. 2008.
38. 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: 22 jul. 2008.
39. MALE, C. et al. Prevalence of iron deficiency in 12-month infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth Study). **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 90, n. 5, p. 492-498, 2001.
40. EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. 2. ed. Viçosa: UFV, 2000.
41. 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: 21 jul. 2008.
42. VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.
43. 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: 20 out. 2008.
44. BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, Evanston, v. 101, n. 3, p. 539-549, mar. 1998. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/101/3/51539>>. Acesso em: 20 out. 2008.
45. 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: 20 out. 2008.
46. 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.
47. TANZI, M. G.; GABAY, M. P. Association between honey consumption and infant botulism. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 22, n. 11, p. 1479-1483, nov. 2002.
48. SILVA, D. S.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHIN, S. C. C. Risk factors for anemia in infants assisted by public health services: the importance of feeding practices and iron supplementation. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 149-156, 2007.
49. 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.
50. COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de Nutrientes**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.
51. BIRCH, L. L. Childhood overweight: family environmental factors. In: CHEN, C.; DIETZ, W. H. (Ed.). **Obesity in childhood and adolescence**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 161-176.
52. MAHAN, L. K. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1998.
53. SUMMERBELL, C. D. et al. Interventions for preventing obesity in children. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 2, 2008.
54. 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.
55. 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.
56. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. **Obesidade: diagnóstico e tratamento da criança e do adolescente**. 2005. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/>>. Acesso em 25 ago. 2008.
57. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação**. São Paulo, 2008.
58. 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: 12 set. 2008.
59. 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.
60. 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: 20 out. 2008.
61. ARMSTRONG, J.; REILLY, J. J. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, London, v. 359, n. 9322, p. 2003-2004, jun 2002.
62. 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.
63. 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)*, Silver Spring, v. 14, n. 3, p. 431-439, mar. 2006.
64. 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.
65. KRANZ, S.; FINDEIS, J. L.; SHRESTHA, S. S. Uso do índice de qualidade da dieta infantil revisado para avaliar a dieta alimentar de pré-escolares, seus preditores sociodemográficos e sua associação com peso corporal. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 26-34, fev. 2008.

10. Suplementação Alimentar

Lúcia Takimi
André Klafke de Lima

"Alguém sabe o nome de alguma vitamina boa para crianças de até 5 anos engordarem? Já dei algumas, mas não resolve nada. Talita"

"Amiga, não dê nenhum medicamento a seu filho que não seja receitado pelo pediatra dele. Criança não precisa ser gorda, precisa ter saúde, e vitaminas em excesso são tão nocivas à saúde quanto a carência delas. Boa sorte. Lilinha"

Pergunta e resposta extraídas do Yahoo Respostas.

Uma em cada três pessoas no mundo é afetada pela deficiência de vitamina A, ferro ou iodo. 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. Esses 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 mental¹.

Este capítulo visa a revisar as recomendações de suplementação de ferro e vitaminas para crianças, sob o enfoque baseado em evidências. Optou-se por não abordar o iodo, visto que este elemento é consumido através de alimento fortificado (sal iodado) e não precisa ser suplementado.

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 ofertada de rotina nas maternidades) e da vitamina D em situações selecionadas² [D].

Em crianças desmamadas, a insegurança e desconhecimento dos pais em relação à necessidade de ingestão de alimentos dos bebês acaba levando-os a complementá-la com preparados multivitamínicos, para compensar uma recusa alimentar ou mesmo pela crença de que tais produtos venham a aumentar o apetite ou engordar. Cabe ao profissional de saúde esclarecer e corrigir possíveis erros alimentares, evitando assim patologias relacionadas à carência ou excesso de vitaminas.

Além da suplementação de micronutrientes, a tecnologia de fortificação de alimentos é uma

oportunidade importante para fornecer nutrientes. Nos EUA e Europa, por exemplo, as crianças têm acesso ao ferro através de cereais e leite enriquecidos. Apesar de mais caros, estes alimentos são uma fonte a ser considerada. Outro tipo de ação é 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 processamento destes. 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 ano¹.

10.1 Suplementação de ferro

Anemia, segundo a OMS, é a condição na qual os níveis de hemoglobina circulante estão abaixo dos valores considerados normais para a idade, sexo, estado fisiológico e a altitude³. Esses valores determinados "normais" são arbitrários, consistem em níveis de hemoglobina encontrados na maioria da população, não significando obrigatoriamente que qualquer valor abaixo destes esteja relacionado a desfechos clínicos deletérios. Os valores adotados como níveis inferiores da normalidade, definindo anemia (quadro 1), foram escolhidos por corresponderem a "menos 2 desvios-padrão" (-2s) de uma corte de indivíduos da população geral, não por consistirem numa "doença", valores a partir dos quais estejam correlacionados a algum desfecho mórbido. Isso tem uma implicância direta no seguimento de indivíduos considerados anêmicos, pois algumas pessoas híginas têm seu nível normal de hemoglobina abaixo dos padrões predefinidos como normais.

Quadro 1. Pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir anemia em pessoas vivendo no nível do mar⁴

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

Fonte: WHO/UNICEF/ UNU 1997

Estima-se que metade da população de crianças menores de 4 anos, nos países em desenvolvimento, sofra de anemia ferropriva¹. Na América Latina, a anemia afeta 55% das crianças de 6 a 18 meses e 30% das pré-escolares. Embora ainda não haja um levantamento nacional, estudos apontam que aproximadamente metade dos pré-escolares brasileiros sejam anêmicos (cerca de 4,8 milhões de crianças), com a prevalência chegando a 67,6% nas idades entre 6 e 24 meses. No caso de gestantes, estima-se uma prevalência média nacional de anemia em torno de 30%⁴.

A anemia é um dos fatores mais importantes relacionados a baixo peso ao nascer, mortalidade materna e déficit cognitivo em crianças^{3,4} [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^{1,3}, sendo ainda considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes¹.

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 prematuras ou de baixo peso ao nascimento terão acumulado menos ferro em comparação com 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 (aleitamento exclusivo), não sendo necessária a suplementação de ferro durante o aleitamento exclusivo. Após o esgotamento da reserva, o organismo dependerá do ferro exógeno (dietético) para evitar o aparecimento da anemia¹[D].

Os elevados requerimentos fisiológicos de ferro na primeira infância tornam a criança especialmente vulnerável à anemia por deficiência de ferro durante o segundo semestre e o segundo ano de vida. Nesse sentido, atenção especial deve ser dada ao período de amamentação e posterior fase de introdução de alimentos complementares, quando deverá ocorrer a introdução oportuna, correta e apropriada dos alimentos ricos em ferro e outros micronutrientes, igualmente necessários ao crescimento e desenvolvimento adequado¹.

Estudos realizados, principalmente com crianças, verificaram que a parasitose intestinal não pode ser considerada como fator etiopatogênico 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 parasitados⁵ [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 da anemia. Nesse sentido, entende-se que, no país, em relação às crianças, que constituem o principal grupo de risco, as causas de anemia de origem dietética são preponderantes em relação às causadas por parasitoses^{1,5}.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde⁶, juntamente com 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 controle e redução da anemia por deficiência de ferro no País. Recomenda suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses (ou, se não estiverem em aleitamento materno exclusivo, a partir dos 4 meses) e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer e prematuras <37 semanas⁶ [D]. O CDC também sugere profilaxia a partir dos 6 meses nas crianças que não recebem ferro suficiente através da alimentação complementar⁹ [D]. Já a OMS prevê que a suplementação seja estendida até os 24 meses de idade em países cuja prevalência de anemia seja maior que 40%, que seria o nosso caso³ [D].

A suplementação apresenta algumas dificuldades em relação ao surgimento de efeitos colaterais indesejáveis e à longa duração do tratamento. Em muitos casos, os pacientes têm dificuldade em aderir ao tratamento porque o surgimento de efeitos adversos é superior às queixas relatadas e relacionadas à própria anemia. Dessa forma, a falta de motivação para a manutenção do tratamento tem levado a situações de baixa efetividade desse 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. Uma alternativa para a minimização desta baixa adesão tem sido a redução da periodicidade da administração das doses de sais de ferro. Estudos recentes têm demonstrado que a administração semanal propicia consideráveis reduções de efeitos colaterais (vômitos, diarreia, constipação intestinal e cólicas) frequentemente associados ao abandono da suplementação, tornando-se, dessa forma, uma excelente estratégia para o alcance de resultados mais efetivos¹. Segundo a Unicef, a dose semanal de ferro

a ser administrada em crianças deve ser correspondente ao dobro da recomendação da *Recommended Daily Allowances (RDA)*^{1,6}, que é de 10mg para crianças, 12mg para meninos no estirão puberal (entre 10 e 17 anos) e 15mg para meninas a partir do estirão puberal e menstruação, durante a menacme⁷. O Ministério da Saúde recomenda 25mg de ferro elemento por semana para a faixa etária de 6 a 18 meses^{1,6}.

A suplementação de ferro pode ser realizada com alimentos enriquecidos com ferro (leites maternizados, cereais, papas), pois a necessidade de 10mg/dia de elemento ferro é difícil de ser alcançada com alimentação natural para uma criança de 18 meses [D]. Entretanto, estes alimentos não são muito disponíveis no Brasil.

Com o objetivo primordial de melhorar a

palatabilidade do sulfato ferroso e reduzir os efeitos colaterais, foi desenvolvido pela Farmanguinhos/Fiocruz um xarope de sulfato ferroso com gosto de fruta cítrica (laranja), na concentração de 25mg de ferro para 5ml⁶, mas esse produto não se encontra disponível nas Unidades do SSC. A apresentação recebida da SMS de Porto Alegre é sulfato ferroso em gotas na concentração de 25mg por ml. Segundo Dra. Lúcia Silla, consultora estadual do Programa, não há estudos comparando a absorção das apresentações, sendo que ambos podem ser administrados na dose de 25 mg em dose semanal, respeitando a tolerância ao sabor (correspondência pessoal).

Abaixo, apresentamos um quadro que estratifica as crianças pela faixa etária, fatores de risco e conduta diante da necessidade de rastreio e suplementação.

Quadro 2. Classificação das crianças conforme idade, presença de fatores de risco para anemia e conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento^{3, 6, 8, 9} [D]

Classificação	Conduta
GRUPO 1 (< de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses)	A. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro	B. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematuros saudáveis e bebês pequenos para idade gestacional (PIG)	C. 2mg/kg/d após 1 mês de vida, por 2 meses, depois reduzir para 1-2mg/kg/d, até 24 meses. Solicitar hemograma aos 15 meses.
D. Prematuros com história de hemorragia perinatal; gestação múltipla; ferropenia materna grave durante a gestação (Hb <8); hemorragias uteroplacentárias; hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas)	D. 2-4 mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se normal, reduzir a dose para 1-2mg/kg/dia até os 24 meses; se anemia, manter dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia aos 15 meses.
GRUPO 2 (risco em > 24 meses)	
Dieta pobre em ferro (vegetarianos, excesso de laticínios [mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente] e carboidratos, baixa ingestão de frutas e verduras), pica, infecções frequentes, hemorragias recorrentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de AINE e/ou corticóides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos)	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Tratar anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhar os pais sobre dieta rica em ferro.
GRUPO 3 (meninas > 11 anos)	
Mulheres não grávidas em idade fértil - rastrear para anemia a cada 5 anos.	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Se anemia, tratar com 60-120mg/dia de ferro.

Atenção: crianças advindas de áreas endêmicas de malária devem primeiro ser tratadas adequadamente para malária para depois receber suplementação de ferro.

Desta forma, sugerimos que todas as crianças em acompanhamento neste serviço sejam suplementadas com 1-2mg/kg/dia de ferro a partir dos 6 meses (1-2mg/kg/dia a partir dos 4 meses se não estiver em aleitamento materno exclusivo ou 2-4mg/kg/dia a partir dos 2 meses se prematuros ou com baixo peso ao nascer) até os 24 meses de idade [D]. Recomendamos reservar a administração semanal de ferro para esta faixa etária, na dose de 25mg/semana, para situações em que a suplementação diária gerar baixa adesão, pela ausência de evidências consistentes em relação a esta posologia.

10.2 Suplementação de vitamina D

Atualmente, não se dispõem de evidências científicas que avaliem a recomendação de suplementação universal de vitamina D no Brasil^{11,12,14} [D].

O raquitismo atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e restrição a exposição solar é uma condição prevenível, mas que continua ocorrendo, mesmo em países desenvolvidos^{11,12,14}.

Os hábitos sedentários, a urbanização e o medo da violência fazem com que as crianças fiquem restritas em casa¹². 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 (17 min/dia), com exposição apenas da face e mãos do bebê¹³. Se o bebê estiver usando apenas fraldas, a exposição deve ser de 30 min/sem (4 min/dia). É importante lembrar que crianças com pele escura podem requerer 3-6 vezes a exposição de bebês de pele clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D^{11,12}. Porém, a Academia Americana de Pediatria recomenda evitar exposição solar direta dos bebês até 6 meses, pelo risco cumulativo de câncer de pele – o que a faz recomendar suplementação de 400 UI/dia de vitamina D a todas as crianças (mesmo aquelas amamentadas ao peito) a partir dos primeiros dias de vida, até a adolescência¹⁴ [D].

Recomendamos administrar 200-400 UI/dia de vitamina D a crianças com risco aumentado, ou seja: prematuros, crianças de pele escura, crianças com exposição inadequada à luz solar (por hábitos culturais ou porque use filtro solar em todos os passeios ao ar livre) e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados¹¹ [D].

10.3 Suplementação de vitamina A

No Brasil, não existe uma recomendação universal. O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A¹⁵, busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de

vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar) residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, são consideradas áreas de risco a região Nordeste, o estado de Minas Gerais (região norte, Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucurici) e o Vale do Ribeira em São Paulo.

Na população mundial de pré-escolares, estima-se que aproximadamente 127 milhões apresentem deficiência de vitamina A (DVA - níveis séricos de retinol <0,7µmol/L) e que 4,4 milhões apresentem *xerofthalmia*. As mais altas taxas de prevalência de inadequação de retinol sérico neste grupo são registradas no sul e sudeste da Ásia e na África. Na região das Américas, temos 8,2 milhões de crianças acometidas por DVA, merecendo destaque o Brasil, onde é estimado que se concentre cerca de 30% dos casos de xerofthalmia desta região¹⁶.

Esta deficiência é a principal causa de cegueira evitável no mundo, estando também associada a 23% das mortes por diarreias em crianças¹⁰. Reserva adequada de vitamina A em crianças e mulheres está associada a mortalidade infantil e materna 23% e 40% menores, respectivamente¹⁵. O efeito da descoberta da vitamina A como recurso para salvar a vida de crianças, através da possibilidade de reduzir a taxa de mortalidade e a incidência e severidade das infecções, em especial, as doenças diarreicas e 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, e seu significado para a saúde pública¹⁶.

Revisão realizada pelo grupo de estudos sobre a subnutrição da OMS¹⁰ avaliou o impacto da suplementação de vitamina A em diversos países em desenvolvimento. Em neonatos, a megadose de vitamina A administrada reduziu a mortalidade entre 0-6 meses. Entre 1-59 meses, reduziu morbidade (redução da diarreia persistente, razão de risco 0,45, IC 95% 0,21-0,94) e mortalidade (risco relativo 0,76, IC 95% 0,69-0,84), efeito mais comum entre 6-11 meses de idade. Entretanto, este efeito restringiu-se a populações carentes do sul da Ásia, única região para onde a OMS recomendou essa intervenção.

Considerando-se a etiologia da DVA, existem evidências de que renda e escolaridade não sejam os únicos fatores determinantes de sua carência nutricional. Tal constatação reforça que a ingestão inadequada de alimentos fonte de vitamina A possa estar mais relacionada a hábitos alimentares inadequados do que aos fatores econômicos. Assim, restrições alimentares severas e inadequadas podem causar deficiências nutricionais importantes,

sobretudo de vitamina A, com risco de danos irreversíveis ao organismo¹⁶.

A concentração de vitamina A no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe. Em 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^{2, 15} [D]. Crianças que recebem leite materno com quantidade suficiente de vitamina A suprem facilmente a necessidade dela com a alimentação complementar^{2, 15}. Após a introdução da dieta, 50 g de fígado de boi por semana fornecem quantidade suficiente de vitamina A para lactentes (5-12 meses). (Márcia Vítolo, correspondência pessoal).

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 é¹⁵:

- 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 pós-parto imediato, ainda na maternidade, antes da alta hospitalar.

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 esta estratégia pode apresentar como, por exemplo, casos de toxicidade até efeitos teratogênicos sobre o feto, no caso de administração inadequada a gestantes¹⁵.

10.4 Suplementação de vitamina K ao nascer

Atualmente, existe informação suficiente para manter a recomendação de administrar vitamina K ao nascimento como profilaxia da doença hemorrágica neonatal por deficiência de vitamina K¹¹ [B]:

- Bebês com idade gestacional >32 semanas e >1000g: 1 mg IM ou EV.
- Bebês com <32 semanas e > 1000g: 0,5 mg IM.
- Bebês com < 1000g, independentemente da idade gestacional: 0,3 mg IM.

Se houver recusa dos pais quanto à administração injetável, deve ser garantido o fornecimento da vitamina K oral, 2mg ao nascer

seguido de 1 mg/sem durante os 3 primeiros meses (estas doses repetidas são imprescindíveis nos 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 em populações extremamente vulneráveis de países em desenvolvimento, usando suplementação de zinco em diversas apresentações^{10, 18} [A]. A OMS, em seu site oficial já incluiu a recomendação de suplementar zinco no tratamento de diarreia, além dos sais de reidratação oral¹⁹ [A].

Entretanto, não há uma recomendação universal quanto à suplementação de zinco para população brasileira. Deve-se enfatizar o consumo de alimentos ricos em zinco como carnes e vísceras (em especial o fígado) e gema de ovo² [D]. Produtos vegetais costumam ser pobres em zinco, além de ter uma baixa biodisponibilidade, particularmente em cereais e legumes com altas concentrações de fitatos (substâncias anti-nutritivas, assim como taninos, oxalatos e fosfatos, atrapalham a absorção dos nutrientes, por se ligarem aos minerais, formando complexos). Ao contrário do que ocorre com o ferro, o ácido ascórbico não aumenta a biodisponibilidade do zinco².

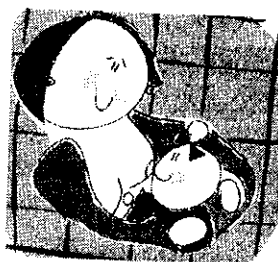
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde; UNICEF. **Cadernos de atenção básica: carências de micronutrientes**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007.
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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de

- Atenção à Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.
7. NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Subcommittee on the tenth edition of the recommended dietary allowances. Food and nutrition board, Commission on life sciences. **Recommended dietary allowances**. 10 th. ed. Washington: National Academy Press, 1999.
 8. 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. RR 3, apr.1998. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2008.
 9. CABELLO, F. J. S. R. Prevención primaria y detección precoz de la ferropenia. **PrevInfad**, Espanha, oct. 2002. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_ferropenia.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2008.
 10. 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.
 11. 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: 01 dez. 2008.
 12. SCANLON, K. S. (Ed.). **Vitamin D expert panel meeting: final report**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2001. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/pdf/Vitamin_D_Expert_Panel_Meeting.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2008.
 13. 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.
 14. 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.
 15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vitamina A mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: condutas gerais**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/vita/manual_vita.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2008.
 16. 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.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Coordenação-geral da Política de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/vita.php>>. Acesso em: 01 dez. 08.
 18. BHATNAGAR, S. Effects of zinc supplementation on child mortality. **Lancet**, London, v. 369, n. 9565, p. 927-934, mar. 2007.
 19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on child health**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/en/index.html>. Acesso em: 01 dez. 2008.

11. Uso de medicamentos e outras substâncias durante a amamentação

Elineide Camillo
Jaqueline Misturini



"Ele só mama no peito. Nunca gostei de dar chás, medicamentos, essas coisas... Pra ele, é mais saudável. Fui bem orientada na minha gestação"

Rosa, 22 anos, mãe de João, 2 meses. Moradora da área de atuação da US Santíssima Trindade.

"Usei paracetamol e buscopan nesta gravidez. Sei que medicamentos usados na gravidez e amamentação podem fazer mal ao bebê, mas às vezes é necessário, como por exemplo para mães hipertensas e diabéticas, o que não é meu caso."

Maria Gorete, mãe de Igor, 17 anos e grávida de 6 meses. Auxiliar administrativa da US Divina Providência.

O uso de medicamentos durante a amamentação é uma prática muito frequente. Estudo realizado em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, demonstrou que entre 502 mães entrevistadas, 68% (341) utilizaram um ou mais medicamentos durante o período de aleitamento materno⁹. Lamounier *et al* entrevistaram 2.161 puérperas de maternidades de Belo Horizonte, sendo que 96,2% destas utilizaram medicamentos no pós-parto imediato. Entretanto, apenas 2,6% das drogas prescritas poderiam causar efeitos deletérios ao lactente¹⁶.

A prescrição de medicamentos para mães lactentes deve basear-se no princípio do risco *versus* benefício¹⁷. Em geral, a nutriz deve evitar o uso de qualquer medicamento¹¹ [D]. Entretanto, se o uso for necessário, deve-se optar por fármaco com segurança documentada durante a lactação. A amamentação somente deverá ser interrompida ou desencorajada se existir evidência de que o fármaco usado pela nutriz é nocivo para o lactente (ou quando não existirem informações a respeito) e não for possível substituir o fármaco por outro, sabidamente seguro¹¹ [D].

Foi demonstrado que mulheres em tratamento

para epilepsia iniciam a amamentação menos frequentemente do que as mulheres da população geral e, quando iniciam, desmamam seus filhos mais precocemente¹⁵. Outro estudo demonstrou que 21-23% da descontinuidade da amamentação foi diretamente ou indiretamente associado ao uso de medicamentos¹⁵.

Portanto, alguns aspectos práticos devem ser observados para a tomada de decisão na prescrição de drogas às mães durante a lactação (Adaptado de Chaves⁸) [D]:

- Avaliar a necessidade de terapia medicamentosa.
- Preferir drogas já estudadas e sabidamente seguras em crianças.
- Escolher medicamentos pouco permeáveis à barreira hematoencefálica, pois estes, em geral, atingem níveis pouco elevados no leite.
- Programar o horário de administração da droga à mãe, evitando que o período de concentração máxima no sangue e no leite materno coincida com o horário da amamentação. Em geral, a exposição do lactente à droga pode ser diminuída se a mesma for administrada imediatamente antes ou após a amamentação.

O quadro 1 foi elaborado na inclusão dos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos⁴ e nos Programas do Ministério da Saúde voltados à atenção primária^{5,6}. A ausência de um determinado fármaco nesta listagem não implica a segurança de uso deste.

Quadro 1. Recomendações sobre uso de fármacos da RENAME¹ e de Programas do Ministério da Saúde^{5,6} durante a amamentação

Grupo farmacológico	Fármacos recomendados	Evitar uso/usar com cuidado	Referência
Analgésicos e Antiinflamatórios não esteróides	Paracetamol, Ibuprofeno, Dipirona	Ácido acetilsalicílico ^d	1, 3, 11, 20
Antiácidos	Hidróxido de alumínio		
Antiasmáticos	Beclometasona, Salbutamol		20
Antianêmicos	Ácido fólico, Sulfato ferroso		20
Antiarrítmicos	Digoxina		1, 20
Anticoagulantes	Varfarina		1, 20
Antidepressivos	Amifriptilina ^e , Imipramina ^f	Lítio, Sertralina ^g , Fluoxetina ^h	1, 11, 20
Antidiabéticos	Insulina, Glibenclâmida ⁱ	Metformina	1, 19, 20
Antieméticos	Prometazina ^j	Metoclopramida	11, 20
Antiepiléticos	Fenitoína ^k , Carbamazepina ^l , Ácido valproico ^m	Fenobarbital	1, 11, 20
Antifúngicos	Nistatina		1, 11, 20
Anti-hipertensivos	Nifedipina, Metildopa, Captopril, Propranolol, Metoprolol	Atenolol, Furosemida ⁿ , Hidroclorotiazida ^o	20
Anti-histamínicos	Loratadina, Prometazina ^j		1, 11, 20
Antiinfeciosos ^p	Amoxicilina, Ampicilina, Benzilpenicilina, Doxiciclina, Eritromicina	Sulfametoxazol + Trimetoprim, Ciprofloxacina, Sulfadiazina	1, 3, 11, 20
Antiparasitários	Mebendazol, Pirimetamina	Ivermectina, Metronidazol	1, 11, 20
Antituberculosos ^q	Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomicina		1, 11, 20
Antivirais	Aciclovir	Demais antivirais	1, 20
Benzodiazepínicos	Diazepam ^r		1, 20
Contraceptivos hormonais	Levonorgestrel ^s , Medroviogestrona ^t , Noretisterona ^u	Ethinilestradiol	1, 11, 20
Corticóides	Prednisona		1, 20
Hormônios da tireóide	Levotiroxina		1, 20
Neurolépticos		Clorpromazina, Haloperidol	1, 11, 20

^a Monitorar lactente para icterícia.^b Uso somente após 6 semanas do parto.^c Usar por períodos curtos. Observar sonolência.^d Permitido uso em doses baixas (100 mg/dia).^e Evitar uso no pós-parto imediato.^f Risco de alteração da flora intestinal e hipersensibilização.^g Monitorar efeitos adversos.^h Diminui a produção de leite.ⁱ Monitorar hipoglicemia do lactente.^j Não pertence à RENAME e aos Programas do Ministério da Saúde.

A metoclopramida é por vezes indicada como galactogo¹⁰ [D], embora não exista diferença estatisticamente significativa no volume de leite ou duração da amamentação entre mulheres usando este medicamento e placebo¹² [A]. Portanto, sugere-se que este fármaco não seja utilizado para esta finalidade.

Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP)¹ e a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰, as drogas citostáticas (ciclosfosfamida, doxorubicina, metotrexato) são incompatíveis com a amamentação, e as substâncias radioativas requerem suspensão temporária da amamentação^{1, 20}.

11.1 Uso de álcool, cigarro e drogas de abuso durante a amamentação

O consumo de álcool pela lactante pode causar sonolência, fraqueza, diminuição de crescimento e ganho de peso anormal do lactente e, em quantidade equivalente a 1 g por quilo de peso da mãe por dia, pode diminuir o reflexo de ejeção do leite¹ [D]. Apesar dos possíveis efeitos adversos que o álcool pode causar

para o bebê, a AAP¹ considera o consumo de álcool pela mãe, em geral, compatível com a amamentação. Segundo Ho *et al*¹³, o tempo necessário para eliminar completamente da circulação materna o álcool contido em 1 dose de bebida (360 mL de cerveja ou 150 mL de vinho) é cerca de 2 horas e 20 minutos para uma mulher de 60 kg [D]. Portanto, considerando-se uma margem de segurança, deve-se esperar em torno de 4 horas após a ingestão de 1 dose de bebida para amamentar novamente.

O cigarro está relacionado com uma menor duração da amamentação e diminuição do volume de leite. O provável mecanismo para esse efeito é a ação inibitória da nicotina sobre a prolactina e a ocitocina¹⁰ [D]. Os resultados de uma metanálise apontam para um aumento significativo do risco de desmame precoce em mães fumantes¹⁴ [B]. As lactantes devem ser encorajadas a parar de fumar, mas, se isso não ocorrer, devem ser orientadas a reduzir o máximo possível o número de cigarros, a substituir cigarros de alto teor por cigarros com baixo teor de nicotina, a

não fumar no mesmo ambiente onde está a criança e a fazer um intervalo de pelo menos duas horas entre o consumo de cigarro e as mamadas¹⁰ [D].

O uso de drogas de abuso (cocaína, heroína, maconha e anfetamina) é incompatível com a amamentação por ser nocivo ao lactente¹ [D]. O princípio ativo da maconha (tetrahidrocanabinol) atinge níveis 8 vezes maiores no leite materno do que no plasma¹⁰. Foi demonstrado que a exposição à maconha via leite materno no primeiro mês pós-natal está associada a atraso no desenvolvimento motor das crianças com um ano de idade² [B]. Há relatos de toxicidade (tremores, irritabilidade, vômitos e diarreia) induzida por cocaína em bebês de mães que usaram a droga durante a amamentação^{1,7,10}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON DRUGS. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. Evanston, v. 108, n. 3, p. 776-789, sep. 2001.
2. ASTLEY, S. J.; LITTLE, R. E. Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicology Teratology*, New York, v. 12, n. 2, p. 161-168, mar./apr. 1990.
3. BAR-OZ, B. et al. Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation. *Drug Safety*, Auckland, v. 26, n. 13, p. 925-935, 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais**; Rename. 4. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. 6. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.
7. CHASNOFF I. J.; LEWIS, D. E.; SQUIRES, L. Cocaine intoxication in a breast-fed infant. *Pediatrics*, Evanston, v. 80, n. 6, p. 836-838, dec. 1987.
8. CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A. Uso de medicamentos durante a lactação. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S189-S198, 2004. Suplemento.
9. DEL CIAMPO, L. A. et al. Aleitamento materno e uso de medicamentos durante a lactação. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 355-357, dez. 2007.
10. DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2008**: Rename 2006. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008.
12. HANSEN, W. F. et al. Metoclopramide effect on breastfeeding the preterm infant: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, v. 105, n. 2, p. 383-389, feb. 2005.
13. HO, E. et al. Alcohol and breastfeeding: calculation of time to zero level in milk. *Biology of the Neonate*, Basel, v. 80, n. 3, p. 219-222, 2001.
14. HORTA, B. L.; KRAMER, M. S.; PLATT, R. W. Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis. *American Journal of Public Health*, New York, v. 91, n. 2, p. 304-307, feb. 2001.
15. ITO, S.; MORETTI, M.; LIAU, G. K. Initiation and duration of breastfeeding in women receiving antiepileptics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v. 172, n. 3, p. 881-886, mar. 1995.
16. LAMOUNIER, J. A. et al. O uso de medicamentos em puérperas interfere nas recomendações quanto ao aleitamento materno? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 57-61, jan./fev. 2002.
17. OSTREA JUNIOR, E. M.; MANTARING, J. B.; SILVESTRE, M. A. Drugs that affect the fetus and newborn infant via the placenta or breast milk. *Pediatric Clinics of North America*. Philadelphia, v. 51, n. 3, p. 539-579, jun. 2004.
18. PILVINIENE, R. et al. Breastfeeding and medications. *Medicina (Kaunas)* Kaunas, v. 42, n. 12, p. 1035-1045, 2006.
19. WISNER, K. L.; PEREL, J. M.; FINDLING, R. L. Antidepressant treatment during breastfeeding. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 153, n. 9, p. 1132-1137, sep. 1996.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breastfeeding and maternal medication**. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/newpublications/NUTRITION/BF_Maternal_Medications.pdf>. Acesso em: 05 jun 2008.

12. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos

Idiana Luvison
Caren Bavaresco



"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 do território da US Santíssima Trindade.

A educação e motivação de todo o núcleo familiar são importantes para a saúde bucal da criança, especialmente nos primeiros anos de vida¹ [D].

A incorporação de hábitos de higiene bucal, controle da ingestão de açúcares e alimentação saudável feita pela família resultará em saúde bucal para a criança e, conseqüentemente, 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 familiares no cuidado da saúde bucal do bebê¹ [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 ela desenvolver cárie na dentição decídua e permanente² [C]. As conseqüências 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 comer³ [D]. Porém, medidas simples, como controle da ingestão de açúcar e higiene bucal, podem preveni-la³ [D]. A informação para as mães 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 dentária³ [D]. O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação materna⁴.

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja entre o nascimento do primeiro dentinho (geralmente aos 6 meses) e 12 meses⁵ [D]. Crianças que são levadas ao odontólogo até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receberem tratamento odontológico emergencial e de fazerem visitas de urgência ao longo da infância⁶ [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 para a consulta

odontológica, toda equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e/ou 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) comecem a erupcionar em torno dos 6 meses⁷. Porém, é possível que haja retardo na erupção, o que não deve ser motivo de preocupação se ela acontecer até os 12 meses⁸ [D]. Após um ano de idade, se não ocorreu a erupção, esta deve ser investigada, pois há a possibilidade (rara) de ocorrer anadontia (ausência dos dentes).⁹ Também pode ocorrer de o bebê nascer com dentes (dentes natais) ou vir a tê-los no primeiro mês (dentes neonatais). Eles precisam ser extraídos, pois sua inserção é apenas na gengiva e podem prejudicar a amamentação natural¹⁰ [D].

Por volta dos 18 meses, aparecem os molares decíduos, o que vai exigir maiores cuidados de limpeza (introdução obrigatória da escova dental), pois esses apresentam sulcos retentivos de placa bacteriana¹ [D].

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

12.1 Recomendações para crianças de 0 a 3 anos

12.1.1 Amamentação

Deve-se estimular o aleitamento materno, ressaltando sua importância para o correto desenvolvimento da maxila e mandíbula¹¹ [D]. Além da importância afetiva e nutricional já descrita em itens anteriores, o exercício muscular durante a amamentação favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de desenvolvimento das arcadas e posicionamento dos dentes. A amamentação natural favorece a obtenção de um adequado tônus muscular orofacial, que irá interferir benéficamente nas funções de mastigação, deglutição, e fonação¹¹ [D].

Crianças que fazem o aleitamento materno possuem menor probabilidade de desenvolver lesões de cárie do que aquelas que utilizam aleitamento artificial¹² [C].

Quando a amamentação natural não for possível, os pais devem ser orientados a não colocar açúcar na mamadeira dos bebês. Além de evitar o uso do açúcar, os pais devem evitar que a criança durma com a mamadeira na boca. Esse hábito pode levar ao desenvolvimento da Cárie Precoce da Infância (Early

Childhood Caries- ECC)¹³ [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, leva ao desenvolvimento de lesões de cárie. A saliva tem um importante papel de neutralização dos ácidos produzidos a partir do açúcar, devido à sua capacidade tampão⁷ [D]. A ECC também pode estar relacionada ao uso prolongado de medicamentos contendo sacarose¹⁴ [C]. Os pais devem ser orientados quanto à necessidade de higiene bucal após o uso do medicamento¹⁴ [C].

12.1.2 Alimentação

O consumo frequente de açúcar apresenta correlação positiva com a prevalência de cárie em crianças de 0 a 36 meses^{12,15,16} [C]. Os pais devem ser orientados a não colocar açúcar em frutas e sucos, possibilitando que a criança aprecie o sabor natural dos alimentos. A idade com que a criança começa a consumir açúcar é importante, pois a presença deste na alimentação, além de facilitar a implantação de uma microbiota cariogênica, influencia no padrão alimentar futuro, criando a necessidade de consumo cada vez mais frequente deste produto¹² [C].

12.1.3 Higiene Bucal

A presença do biofilme bacteriano (placa dental) visível está associada ao desenvolvimento de cáries. Neste contexto, a adoção de práticas de higiene bucal deve iniciar na mais tenra infância¹⁵ [C]. Os pais e/ou cuidadores devem ser orientados para realizarem a higiene da seguinte forma:

- **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 10 vol. em ½ copo de água potável (fria), passada delicadamente na gengiva e em toda mucosa oral, pelo menos uma vez ao dia¹ [A].

- **Bebês em fase de erupção dos incisivos** (6 a 18 meses): gaze ou fralda umedecida em água potável, duas vezes ao dia¹⁷ [D].

- **Bebês em fase de erupção de molares** (18 a 36 meses): Com a erupção dos molares decíduos (ao redor dos 18 meses), iniciar o uso da escova dental macia, duas vezes ao dia¹⁷ [D]. O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia¹⁷ [D].

12.2.4 Uso de bicos e chupetas

Deve-se desestimular esse hábito, pois a sucção da chupeta ou mamadeira pode acarretar alterações bucais em crianças, como má oclusão e alterações no padrão de deglutição¹⁸ [C]. Caso o hábito já esteja instalado, deve-se procurar removê-lo antes dos 3 anos de idade, prevenindo as alterações e/ou possibilitando sua reversão natural¹⁹ [D].

12.1.5 Uso de fluoretos

A fluoretação das águas de abastecimentos público tem sido uma importante medida de promoção de saúde, sendo responsável pela queda nos índices de cárie tanto no Brasil como no mundo^{20,21,22,23,24} [D]. Sendo essa 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 exista água de abastecimento fluoretada^{3,25} [D], como é o caso de Porto Alegre.

Em relação ao flúor tópico, deve-se tomar o cuidado para que não seja ingerido. Estudos mostram que a ingestão frequente de flúor acima dos níveis aceitáveis é responsável pelo aparecimento de fluorose na dentição permanente²⁶ [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 do que aquelas que começaram a usar pasta fluoretada depois dos 3 anos²⁷ [B]. A fluorose dental leve causa apenas alterações estéticas, caracterizadas por pigmentação branca do esmalte dentário. A fluorose dental moderada e severa, 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 (um grão de lentilha), **após a erupção dos primeiros molares decíduos** (em torno dos 18 meses) e incentivando a criança a cuspir após a escovação²⁸ [A]. No caso da criança demonstrar que gosta de ingerir o creme dental, esse não deve ser usado até os 3 anos.

Caso a criança de 0 a 3 anos já apresente atividade de cárie (manchas brancas indicando descalcificação e/ou cavidades), deve ser encaminhada o quanto antes à equipe de saúde bucal para tratamento e aplicação de verniz com flúor²⁶ [D].

12.2 Recomendações para crianças de 3 a 6 anos

12.2.1 Alimentação

Reforçar a importância do controle da ingestão de açúcar, evitando principalmente o uso freqüente (entre as refeições), o que está fortemente relacionado com a ocorrência de lesões de cárie²⁹ [D].

12.2.2 Higiene bucal

A responsabilidade pela higiene bucal continua sendo dos pais, porém a criança deve ser estimulada a já escovar seus dentes, com supervisão, possibilitando assim o desenvolvimento das capacidades motoras. A escovação noturna (antes de dormir) deve ser realizada pelos pais¹ [D].

12.2.3 Uso de fluoretos

Estimular o hábito de uso de creme dental fluoretado (tomando cuidados com a ingestão), em função de este ser um importante método de prevenção de cárie, pelo contato freqüente com o flúor³⁰ [D]. Os pais é que devem colocar o creme dental sobre a escova (um grão de lentilha). 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: **a erupção do primeiro molar permanente**, que nasce atrás do último dente de leite. Muitas vezes confundido com dente de leite (em função de nenhum ter caído para que ele erupcionasse), o primeiro molar permanente, ou molar dos seis anos, é um guia para o estabelecimento de uma oclusão harmoniosa¹⁹ [D].

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

12.3 Recomendações para crianças de 6 a 9 anos

Fase ideal para a participação em programas educativo-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. Assim, outros profissionais da equipe devem estar atentos à presença de lesões dentárias ou em tecidos moles, podendo realizar o encaminhamento para a equipe de saúde bucal¹ [D]. Orientação quanto à importância da Higiene bucal e do controle de ingestão de açúcares deve fazer parte das consultas da criança com todos

os profissionais da Equipe de Saúde.

12.3.1 Alimentação

É importante que os pais 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 filhos³¹ [D].

Algumas recomendações:

- evitar referências a alimentos "maus" e enfatizar os "bons", que incluem verdura, vegetais, frutas e alimentos naturais³¹ [D].
- dar exemplo de como combinar alimentos que possam estimular a mastigação, a produção de saliva e a conseqüente limpeza da cavidade oral³¹ [D].

laticínios + doces;

alimentos crus + alimentos cozidos;

alimentos ricos em proteínas + doces.

- sugerir que junto à ingestão de alimentos cariogênicos* se faça uso de alimentos cariostáticos** (Adaptado de MAIA, M.C.G *et al*, 2006)³¹ [D].

* alimentos cariogênicos: alimentos que contêm carboidratos fermentáveis, os quais podem causar a diminuição do pH salivar e conseqüente desmineralização dos tecidos dentais. Quando em contato com os microorganismos da boca, provocam o desenvolvimento da cárie dentária (ex: alimentos que contêm açúcar).

** alimentos cariostáticos: possuem a característica de não serem metabolizados pelos microorganismos na placa, não provocando queda de pH salivar (ex: queijos, nozes, peixes, carnes, ovos, óleos, margarina, manteiga e sementes).

12.3.2 Higiene Bucal

A partir dos 6 anos, a criança deve ser estimulada a realizar ela mesma sua higiene bucal, contribuindo para sua autonomia. Os pais devem supervisionar, principalmente a escovação noturna, complementando a escovação feita pela criança.

Nessa 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 esse ter caído, o que pode provocar dor e sangramento ao escovar. 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/ou aos pais se as gengivas sangram ao escovar, explicando que se isso ocorre, há presença de inflamação, e a higiene bucal deve ser intensificada³² [D].

12.3.3 Uso de fluoretos

Em paciente sem atividade de cárie, é importante o uso diário de creme dental fluoretado. Estudos têm demonstrado que escovação com dentifício fluoretado é um método eficaz e simples de prevenção de cárie³³ [A], devendo ser incentivada. Em paciente com alta atividade de cárie, além do uso diário do creme dental fluoretado, recomenda-se bochecho com solução de flúor, conforme indicação do odontólogo, e aplicação de gel ou verniz de flúor, feita pela equipe de saúde bucal³⁴ [D].

12.4 Recomendações para crianças de 9 a 12 anos

A equipe de saúde deve reforçar as atividades que já estavam sendo realizadas e consolidar, nesta faixa etária, a idéia do autocuidado e a importância da saúde bucal¹ [D].

Devem-se assegurar informações sobre os riscos com acidentes e traumatismos dentários em brincadeiras comuns dessa idade, estimulando o uso de proteção¹ [D].

Ao aproximar-se da adolescência, a criança começa a experimentar hábitos que são nocivos à sua saúde. Devem-se dar informações sobre os riscos do álcool e fumo para a saúde geral e de que podem causar: mau hálito, mancha nos dentes, doença de gengiva e câncer bucal¹. [D]

12.4.1 Alimentação

As orientações dadas aos pais sobre a ingestão combinada de alimentos para evitar cárie podem ser dadas às crianças dessa faixa etária, que já têm autonomia de acesso aos alimentos³¹ [D]. Para a escola, levar frutas e salgados para o lanche.

12.4.2 Higiene bucal

Nessa faixa etária, continua a troca da dentição decídua pela permanente. A criança apresenta o que se costuma chamar de "dentição mista", com dentes esfoliando (com mobilidade) e que podem dificultar a escovação e uso do fio dental. Este, destinado a realizar a limpeza entre os dentes, é necessário quando os dentes estiverem em contato (sem espaços entre eles), pelo menos uma vez ao dia¹ [D]. Reforçar a importância de "escovar mesmo que tenha sangramento", pois esse é um sinal de inflamação das gengivas e que melhora com a limpeza³² [D].

12.4.3 Uso de fluoretos

Em paciente sem atividade de cárie, usar creme dental fluoretado diariamente. Em paciente com alta atividade de cárie, além do uso diário do creme dental fluoretado, recomenda-se bochecho com solução de

flúor, conforme indicação do odontólogo, e aplicação de gel ou verniz de flúor, feita pela equipe de saúde bucal³⁴ [D].

12.5 Orientações na ocorrência de traumatismo Dentário

A prevalência e incidência dos traumatismos dentários nas dentições decídua e permanente têm sido objeto de estudo em diversos países. As injúrias aos dentes e suas estruturas de suporte podem ser classificadas como fraturas (coronárias, radiculares ou coronoradiculares), luxações laterais, luxações extrusivas, intrusão e avulsão dentária. O tipo de trauma, assim como tempo decorrente entre o trauma e o atendimento, são importantes aspectos a serem considerados durante o tratamento e avaliação do prognóstico do caso³⁵ [D]. É importante ressaltar que os manejos das lesões traumáticas na dentição decídua e permanente apresentam algumas diferenças. Devido à íntima relação entre o ápice radicular do dente decíduo e o germe do dente permanente, algumas alterações no processo de erupção e de formação dentária devem ser consideradas³⁶.

12.5.1 Dentição decídua (de leite)

Em relação à incidência de traumatismos na dentição decídua, a maioria das lesões é verificada em crianças entre 2 e 3 anos de idade.³⁷

Se o traumatismo provocou mobilidade leve no dente e este não mudou de posição, não há necessidade de encaminhar imediatamente ao dentista. Deve-se orientar aos pais darem alimentação líquida ou pastosa para a criança nas primeiras 48 horas. O dentista deve ser procurado até 30 dias após o traumatismo, pois é necessário acompanhamento radiográfico³⁸ [D].

Se o traumatismo for mais severo e o dente estiver com muita mobilidade e fora de posição, dificultando a oclusão dentária, a criança deve ser encaminhada ao atendimento dentário imediatamente³⁸ [D].

Em caso de avulsão dentária (quando o dente sai completamente do alvéolo), não é indicado o replante de dente decíduo³⁵ [D]. Se não houve laceração de tecidos moles que exijam sutura, os pais devem ser orientados a colocar gaze por 5 minutos sobre o local da avulsão para conter o sangramento e manter dieta líquida nas primeiras 24 horas. Posteriormente procurar atendimento odontológico para avaliação e acompanhamento³⁵ [D].

É comum a criança sofrer traumatismo nos incisivos superiores decíduos sem apresentar dor, não atraindo a atenção dos pais. Porém, em muitos casos a consequência desse traumatismo é a necrose do

dente, provocando seu escurecimento. A necrose do dente decíduo pode afetar o dente permanente que está em formação^{36,39} [C]. Os pais devem ser orientados a procurarem atendimento odontológico para a criança que apresente dente escurecido mesmo que ela não relate dor.

Muita atenção deve ser dada às lesões traumáticas que afetam as regiões dos lábios, bochechas, língua e palato em crianças menores de 5 anos, devido à suspeita de abuso infantil⁴⁰ [D].

12.5.2 Dentição permanente

A prevalência de lesões traumáticas na **dentição permanente**, na maioria dos estudos, é de aproximadamente 10%, e o gênero masculino apresenta maior prevalência quando comparado ao gênero feminino³⁷. A faixa etária compreendida entre 7 a 10 anos merece especial atenção, pois apresenta maior prevalência de lesões dentárias traumáticas³⁷.

Em caso de avulsão de dentes permanentes (o dente sai totalmente do alvéolo), tanto a equipe de saúde como os pais podem ter a seguinte conduta: pressionar o local com uma gaze por 5 minutos para reduzir o sangramento, pegar o dente pela coroa (ponta externa) e nunca pela raiz, lavar o dente com água (não esfregar), colocar o dente novamente na boca e, caso não se consiga recolocá-lo, colocar o dente em um copo com leite ou soro fisiológico. Levar a criança imediatamente ao dentista⁴¹ [D].

12.6 Doenças bucais comuns na infância

Gengivo-estomatite herpética: doença aguda que traz imenso desconforto de fala e deglutição. Esta doença caracteriza-se pelo surgimento de vesículas

com base avermelhada e centro formado por depressão recoberta por uma membrana fibrinosa, resultante da necrose epitelial. A sintomatologia dolorosa ocorre pela exposição do tecido conjuntivo nestas áreas. É mais freqüente em crianças de 1 a 5 anos de idade⁷ [D]. Manifesta-se por toda a boca e é auto-limitada, ou seja, tem um ciclo aproximado de 10 a 14 dias. Antes mesmo do surgimento das vesículas, a criança apresenta-se debilitada, sem apetite, febril, irritada, com sialorréia, edema e sangramento gengival. O tratamento consiste em medidas para reduzir o desconforto da criança tais como alimentação líquida e nutritiva e bochechos com substâncias anestésicas, para aliviar a sintomatologia dolorosa, quando da mastigação e deglutição⁷ [D].

Candidíase: A candidíase bucal ocorre em crianças devido à deficiência imunológica, bem como por outros fatores tais como má higiene bucal e presença do vírus HIV. Caracteriza-se por lesões esbranquiçadas, removíveis através de raspagem, cuja mucosa subjacente é eritematosa. O tratamento da candidíase oral requer a utilização de antifúngicos locais⁷[D]. Todavia, a doença também pode ser tratada com medicamentos sistêmicos tais como o cetoconazol, miconazol, e nistatina quando a infecção fúngica for extensa⁷ [D]. Em casos severos, recomenda-se o tratamento com anfotericina B⁴² [D].

12.7 Resumo das orientações da saúde bucal

O quadro 1 apresenta um resumo das principais orientações a serem fornecidas aos pais e às crianças visando a saúde bucal de acordo com a faixa etária. Apresenta as orientações relacionadas à alimentação, higiene, uso de fluoretos e hábitos nocivos.

Quadro 1. Resumo das orientações em saúde bucal de acordo com a faixa etária da criança.

Idade	Erupção (idade aproximada)	Alimentação	Higiene bucal	Uso de fluoretos	Hábitos que podem ser nocivos à saúde bucal
< 6 m	-	amamentação exclusiva [C] ¹²	-gaze ou fralda limpa umedecida em água potável, 1x/dia. Passar delicadamente na gengiva e em toda a cavidade oral [A] ¹	nenhum	-mamadeira de leite, chá ou suco com açúcar [B] ¹³ -mamadeira noturna [B] ¹³ -bico/chupeta/dedo [C] ¹⁶
6m	1º dente de leite	-evitar adição de açúcar nos alimentos [C] ^{12, 15, 16}	-gaze ou fralda limpa umedecida em água potável 2x/dia [D] ¹⁷	-ingestão de água potável fluoretada [D] ³	
18m	1º molar de leite		-escovação feita pelos pais com escova macia 2x/dia [D] ¹⁷	-ingestão de água potável fluoretada [D] ³	
3 a 6 anos	6 anos – 1º dente molar permanente (muitas vezes confundido com dente de leite!)	-evitar ingestão frequente de alimentos com açúcar (entre as refeições, principalmente) [C] ^{12, 15, 16} -explicar aos pais alimentação cariogênica e cariostática [D] ³¹ -Incentivar ingestão de alimentos que estimulem a mastigação e produção de saliva. [D] ³¹	-escova macia duas vezes ao dia; pelo menos uma escovação feita pelos pais, preferencialmente a noite [D] ¹⁷ -pasta dental na quantidade de 1 grão de ervilha, com supervisão e cuspição depois [D] ¹⁷	-ingestão de água potável fluoretada [D] ³ -uso de pasta de dente fluoretada [A] ³³ -aplicação de flúor tópico somente em crianças com atividade de cárie, realizada pela equipe de saúde bucal [D] ²⁶	-uso de medicação com sacarose, sem higienização posterior [C] ¹⁴ -Ingerir alimentos açucarados com frequência (principalmente entre as refeições). [D] ³⁷
6 a 12 anos	-troca da dentição de leite para permanente	-evitar ingestão frequente de alimentos com açúcar (entre as refeições, principalmente) [C] ^{12, 15, 16} -explicar às crianças o que significa alimentação cariogênica e cariostática [D] ³¹ -Incentivar a ingestão de alimentos que estimulem a mastigação e produção de saliva. [D] ³¹	-auto-escovação 2x/dia -ênfasis importância do auto-cuidado [D] ¹⁷ -supervisão da escovação por adulto pelo menos à noite, (frequência e suspensão, conforme habilidade e resultado) -pasta dental na quantidade de 1 grão de ervilha [D] ¹⁷ -orientar sobre as dificuldades de higiene (dor, gengivite) durante a troca de dentição.	-ingestão de água potável fluoretada [D] ³ -uso de pasta de dente fluoretada [A] ³³ -aplicação de flúor tópico ou bochechos somente em crianças com atividade de cárie e quando indicado pelo dentista [D] ²⁶	-brincadeiras e jogos sem proteção que expõem a criança a traumatismos [D] ¹ -uso de álcool e fumo no início da adolescência [D] ¹ -Ingerir alimentos açucarados com frequência (principalmente entre as refeições) [C] ^{12, 15, 16}

Obs 1: O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia [D].
Obs 2: Na identificação de manchas brancas e/ou cavidades de cárie, sem espaços entre eles, uma vez ao dia [D].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/>. Acesso em: 10/jul/2008.
- 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**

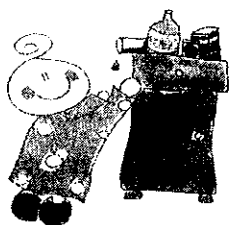
- Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 1247-1256, jun. 2006.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Clinical guideline on baby bottle tooth decay/early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries: unique challenges and treatment options**. May 2001. Disponível em: <http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEEC.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.
- 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. 77.
5. 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.
6. 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.
7. GUEDES-PINTO, A. C. (Ed). **Odontopediatria**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2006.
8. YKEDA, F.; RAMALHO, L. T. O. Atlas e texto interativo de histologia e embriologia bucal. São Paulo: UNESP, 2002.
9. 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.
10. 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.
11. CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/saudc/sms/protocolos/bucal.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2008.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. PROTOCOLO de atenção odontológica à criança de 0 a 3 anos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS, 5., 2004, Londrina. **Documento final**. Londrina, 2004. Disponível em: <<http://www.bebeclinica.uel.br/DocumentoFinal.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2008.
18. 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.
19. VELLINI, F.F. **Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico**. São Paulo: Artes Médicas. 1998
20. 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.
21. 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.
22. NARVAI, 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.
23. RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta 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.
24. 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.
25. 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./feb. 2002.
26. 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.
27. 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.

28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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/PolicyGuidelines/G_Periodicity.pdf. Acesso em: 17 jul. 2008.
35. KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A. Traumatismo na dentição decídua. **Prevenção, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos, 2005.
36. FLORES, M. T. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 18, n. 6, p. 287-298, dec. 2002.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.

13. Prevenção de lesões não intencionais

Ananyr Porto Fajardo



Embora a palavra "acidente" seja tradicionalmente usada para definir a ocorrência de eventos que resultem em uma lesão, esta é mais abrangente, pois consiste nas categorias "intencional" e "não

intencional", sendo que a categoria "intencional" pode ser subdividida em violência "interpessoal" e "auto-dirigida". Entretanto, essa distinção entre acidente e lesão em termos de causa e efeito causa confusão, pois não é a lesão em si que é intencional ou não intencional, mas sim o ato que resultou na mesma. 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 destino¹.

Considerando as informações acima, é importante que profissionais de saúde reflitam sobre a repercussão de modificar seu próprio vocabulário ao abordar a prevenção de situações que coloquem em risco a integridade física e mental dos indivíduos e das comunidades. Com isso, contribuiriam para a desconstrução do caráter imprevisível de eventos cuja cadeia causal pode ser identificada e rompida. Além disso, "quase acidentes" também devem ser

valorizados em termos de potencial dano à saúde e bem estar².

As causas externas, que incluem as lesões não intencionais, estão entre os três principais motivos de óbito na faixa etária de 0-14 anos de idade no Brasil e na cidade de Porto Alegre³. Em Porto Alegre, constituem a terceira causa de óbito em crianças com menos de um ano e na população em geral e a primeira causa de óbito em crianças entre cinco e nove anos de idade⁴.

13.1 Os diferentes momentos de se fazer prevenção

As lesões não intencionais constituem o extremo de um processo cuja cadeia causal pode ser antecipada, sendo fundamental contextualizá-las para propor ações possíveis e viáveis. Atribuir uma multidimensionalidade⁵ que contemple inclusive a tomada de decisão informada enriquece a análise e a variedade de opções de intervenção⁶.

O quadro 1, idealizado por William Haddon Jr e adaptado para a finalidade desse protocolo, caracteriza graficamente as possibilidades de identificação de risco e intervenção⁷ em relação à ocorrência de lesões. O quadro 2 exemplifica as possibilidades de identificação de risco e intervenção a partir de um exemplo como a queda de criança de uma janela.

Quadro 1 – Dimensão epidemiológica das lesões não intencionais

Fases	Criança	Agente causador	Ambiente físico	Ambiente socioeconômico
Pré-evento	Campanhas de prevenção	Reduzir a quantidade e/ou intensidade	Separar agente da vítima	Modificações ambientais
Evento	Estabilizar e reparar	Diminuir a liberação de energia	Afastar outros agentes	Disponibilidade de barreiras ou proteções
Pós-evento	Reabilitar	Avaliar seu controle	Centros de trauma	Suporte e treinamento em atendimento de emergência

Quadro 2 – Dimensão epidemiológica no contexto de um exemplo de lesão não intencional

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 das crianças às janelas	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 primeiros socorros	Diminuir o risco de nova queda pela retirada de móveis de perto das janelas e 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 atendimento necessário	Avaliar a qualidade da instalação do equipamento de proteção	Construir moradias com proteção incluída	Facilitar o acesso ao atendimento pós-queda e acompanhamento à família envolvida

13.2 Fatores de risco para lesões não intencionais

Um estudo de revisão divide os fatores de risco para a ocorrência de lesões não intencionais: intrapessoais, relacionados a idade, sexo, comportamento de risco assumido por adolescentes; interpessoais, relacionados aos cuidados exercidos pela família e o ambiente doméstico; institucionais, relacionados a comunidade, o bairro, a escola e a urbanização; e fatores culturais, relacionados à sociedade⁸.

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 riscos à sua integridade, mas o risco às lesões não intencionais pode se sobrepor e generalizar. A literatura informa situações de risco para lesões não intencionais conforme a fase do desenvolvimento da criança, gênero e faixa etária⁹:

- menores de dois anos estão sujeitos a riscos impostos por terceiros, como queimaduras, intoxicações, colisão de automóvel e quedas;
- meninos estão mais propensos a sofrerem lesões por causas externas do que meninas^{10,11};
- pré-escolares (2 a 6 anos) sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão, quedas de lugares altos, ferimentos, lacerações e queimaduras;
- na idade escolar (6 a 12 anos), podem ser vítimas de atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, traumatismos dentários, ferimentos com armas de fogo e lacerações;
- adolescentes podem sofrer acidentes de transporte (como motorista e passageiro), atropelamentos, acidentes como ciclistas e motociclistas, fraturas associadas a práticas esportivas, afogamento, homicídios e intoxicações por abuso de drogas.

13.3 Proteção para lesões não intencionais

As intervenções de proteção podem incidir junto às comunidades para facilitar a reflexão sobre as questões socioeconômicas, culturais e ambientais relevantes; propiciar ações que estimulem a modificação dos determinantes de risco a lesões nos âmbitos da moradia, do transporte, do lazer, da educação e outros; e proporcionar uma boa qualidade de vida para todos. Por exemplo, o uso de fogos de artifício para comemorações é mais intenso no inverno do hemisfério sul e no fim do ano, mas pode haver uma grande incidência de lesões após a partida final de um campeonato esportivo em qualquer época do ano. Essa análise favorecerá a intensificação de atitudes promotoras de segurança em determinados

contextos. Outra situação, infelizmente comum, é o afogamento de crianças pequenas em recipientes contendo um pouco d'água¹², alertando para a necessidade de aconselhamento em períodos de calor, por exemplo.

13.4 Orientações aos familiares e às crianças para controle e prevenção de lesões não intencionais

Considerando que os profissionais de APS podem manter um contato mais próximo com as crianças e a comunidade na qual trabalham, a promoção de educação em segurança pode ser facilitada nesse âmbito de atenção. É recomendado que todas as visitas domiciliares realizadas por esses profissionais sejam aproveitadas como uma oportunidade de avaliar aspectos relevantes de segurança de todos os membros da família [A] (ver item 2, página 20). Além disso, ações de promoção de saúde e de defesa dos direitos de uso e acesso a equipamentos protetores também fazem parte do âmbito de ação de profissionais de saúde.

As intervenções passivas, ou seja, que não dependem da vontade individual para se proteger, como frascos de remédio com tampa "à prova de criança", por exemplo, são mais efetivas no controle de lesões¹³, 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 distribuição¹⁴.

Ressaltamos que a situação de cada criança deve ser analisada conforme seu contexto sócio-econômico-cultural¹⁵, além do estágio de desenvolvimento próprio de cada uma¹⁶. As orientações não devem ser "recitadas", mas sim apresentadas e discutidas com pais ou responsáveis durante a consulta de rotina ou visita domiciliar com uma linguagem acessível e sem julgamento sobre culpabilidade de alguém¹⁷.

O quadro 3 visa auxiliar o profissional de saúde a orientar pais, responsáveis e/ou cuidadores de crianças entre 0 e 12 anos na prevenção de situações de risco a lesões não intencionais. As orientações estão organizadas conforme as atividades prováveis por faixa etária e/ou o ambiente onde as crianças e pré-adolescentes vivem e transitam. Refere-se a uma adaptação das recomendações do Ministério da Saúde e do NICE para exame físico nas primeiras semanas de vida, além de ter sido baseado no Calendário de Aconselhamento em Segurança da SPRS¹⁸ e em outras publicações relevantes¹⁹⁻²⁴. A menos que esteja indicado no quadro, as recomendações são grau D.

Quadro 3. Calendário de Aconselhamento em Segurança da Sociedade Pediatria do RS - adaptado

1 a 6 meses
Transporte em automóvel: em assento especial para lactentes, no banco traseiro e sempre voltado pra trás (de costas para motorista)¹⁴ [A]. As crianças não devem ser transportadas no colo. Quedas: o berço deve ser protegido e o cercado deve ter grades altas e com distâncias estreitas (no máximo 6 cm entre cada ripa). Não transportar o bebê em bicicleta²⁰. Banho: verificar primeiro a temperatura da água (ideal 37°C). Deve-se instalar termostato em aquecedor de água para garantir a temperatura adequada²¹ [B]. Jamais deixar a criança sozinha na banheira, mesmo se a banheira contiver pouca água [C]. Queimaduras: não tomar nem segurar líquidos quentes estando com a criança no colo. Brinquedos: oferecer somente brinquedos grandes e inquebráveis para evitar sufocação^{20, 23}.
6 meses a 1 ano
Objetos: não deixar ao alcance de crianças objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos^{20, 22}. Brinquedos: oferecer somente brinquedos resistentes, inquebráveis e atóxicos; evitar os brinquedos com partes pequenas, pelo risco de sufocação^{20, 23}. Transporte em automóvel: em assento especial para crianças, no banco traseiro e sempre voltado para trás (de costas para o motorista)²⁰ [A]. Asfixia ou aspiração: evitar cobertores pesados e travesseiros fofos. Afastar fios, cordões e sacos plásticos. Não oferecer alimentos que possam ser engolidos inteiros como grãos, caroços, sementes ou pipoca. Quedas: proteger as arestas pontiagudas dos móveis. Instalar portões com trinco automático na entrada de escadas e rampas, bem como na cozinha e banheiro, além de redes de proteção em sacadas e janelas²¹ [B]. Proibir o uso de andador²⁰. Não colocar a criança em carrinho de supermercado sem cinto de segurança e não deixá-la sozinha no mesmo²¹. Eletricidade: eliminar fios elétricos desencapados e vedar os orifícios das tomadas²⁰. Produtos domésticos: não deixar produtos de limpeza e remédios ao alcance das crianças. Trancá-los em armários ou guardá-los em locais de difícil acesso.
1 a 2 anos
Objetos: não deixar ao alcance das crianças objetos cortantes, pontiagudos ou que possam ser engolidos²¹. Quedas: colocar proteção nas escadas e janelas²⁰. Proteger os cantos dos móveis. Segurança em casa: instalar barreiras de acesso na porta da cozinha e manter fechada a porta do banheiro. Transporte em automóvel: em assento especial para criança e no banco traseiro¹⁴ [A]. Afogamento: não permitir que a criança brinque na água sem supervisão de adulto (baldes, piscina, rio, lago, mar, etc.). As piscinas devem ser protegidas – deve-se construir uma cerca de 1,40 m de altura ao seu redor e com acesso por portão automático, não se deve deixar brinquedos dentro da piscina e pontos elétricos, se necessários, devem ficar a uma distância mínima de 30 m da sua borda^{20, 24}. Produtos domésticos: manter trancados os produtos de limpeza e remédios em armários e colocá-los em lugares altos. Não ter plantas tóxicas dentro de casa ou no entorno doméstico²² [B].
2 a 4 anos
Quedas: cuidar especialmente o uso de bicicletas (sempre calçado, com capacete) e não permitir pedalar nas ruas²⁰. Colocar grades ou redes de proteção nas janelas. Segurança em casa: usar obstáculos na porta da cozinha e do banheiro. Transporte em automóvel: em assento próprio para criança e no banco traseiro¹⁴ [A]. Queimaduras: não permitir a aproximação da criança do fogão, de fósforos, isqueiros, ferro elétrico e aquecedores. Instalar detector de fumaça²² próximo aos quartos, testando seu funcionamento mensalmente e trocando as pilhas anualmente; manter um extintor de incêndio à disposição verificando o prazo de validade da carga^{19, 20}. Envenenamento: manter produtos de limpeza, cosméticos e remédios trancados em armário ou em locais de difícil acesso²¹. Manter o número de telefone do CIT (Centro de Informações Toxicológicas) à vista de todos e na agenda do celular - nº 0800 780 200 atende 24 horas por dia, sete dias por semana) ou pelo site http://www.wia-pc.org.br/chi/²² [A]. Atropelamento: não permitir que a criança brinque na rua. Atravessar a rua de mãos dadas.

4 a 6 anos
Segurança em casa: colocar proteção nas portas para que a criança não entre na cozinha. Queimaduras: não permitir brincadeiras com fogo, evitar manuseio de álcool e fósforo. Quedas: colocar grades ou redes nas janelas. Não deixar as crianças sozinhas nos parques. Super-herói: "Super-herói só na televisão!". Colocar proteção nas janelas e escadas. Afogamento: ensinar a criança a nadar, mas não deixá-la na água sem supervisão de um adulto. Ensine-a a entrar na água com os pés primeiro e não pular de ponta^{20,24}. Atropelamento: acompanhar a criança ao atravessar a rua.
6 a 8 anos
Atropelamento: ensinar hábitos de segurança ao atravessar a rua. Não permitir brincadeiras nas ruas. Bicicleta: usar capacete de proteção. Andar somente nos parques. Transporte em automóvel: banco traseiro com cinto de segurança¹⁴ [A]. Afogamento: não permitir que a criança entre na água sem a supervisão de um adulto^{20,24}. Armas de fogo: não ter armas de fogo em casa²⁰.
8 a 10 anos
Atropelamento: acompanhar a criança ao atravessar a rua. Bicicleta: usar capacete de proteção e não andar de bicicleta na rua. Transporte em automóvel: banco traseiro com cinto de segurança¹⁴ [A]. Afogamento: não permitir brincadeira na água sem a supervisão de um adulto^{20,24}. Armas de fogo: não ter armas de fogo em casa²⁰.
10 a 12 anos
Atropelamento: atravessar a rua na faixa de segurança. Observar sinalização. Olhar para os dois lados antes de atravessar a rua. Transporte em automóvel: banco traseiro com cinto de segurança¹⁴ [A]. Aguardar até a criança ter 10 anos de idade ou 150 cm de altura para sentar no banco de passageiro dianteiro de automóvel; [I]. Se transporte escolar, exigir cinto de segurança¹⁴. Bicicleta/patins/skate: andar com capacete de proteção. Observar os sinais de trânsito. Não correr ladeira abaixo. Não andar de bicicleta, patins ou skate à noite. Armas de fogo: não manusear armas (são perigosas e não são brinquedos)²⁰. Afogamento: não mergulhar em local desconhecido. Não nadar sozinho. Não mergulhar de cabeça. Nadar perto da margem^{20,24}. Esporte: Praticar esporte com segurança utilizando equipamentos de proteção (capacete, cotoveleira, joelheira, protetor de pulso, protetor de boca)²⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WELANDER G, SVANSTRÖM L, EKMAN R. **Safety promotion: an introduction**. Stockholm: Karolinska Institutet, 2000, p. 16.
2. BRENNER RA. COMMITTEE ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION. **Prevention of drowning in infants, children, and adolescents**. Pediatrics 2003; 112(2): 440-445.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação de Mortalidade, 2005**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em 27 de outubro de 2008.
4. ROCHA F, NEIS C, RESTELLATO E, FARIAS ER. **Mortalidade em crianças de cinco a nove anos, Porto Alegre, 1988 a 2000**. Bol. da Saúde, 15 (1):159, 2001.
5. RUNYAN CW. **Using the Haddon Matrix: introducing the third dimension**. Injury Prevention, (4):302-307, 1998.
6. BAKER SP, RUNYAN CW. **William Haddon, Jr., his legacy**. Disponível em <<http://www.iprc.unc.edu/pages/training/pl.ppt>> Acesso em 8 de julho de 2008.
7. HADDON W. **Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy**. Public Health Reports, 95(5):411-421, 1980.
8. BLANK D. **Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual**. J Pediatra 2005; 81(5): S123-S136.
9. WAKSMAN RD (Coord.) **II Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência Contra Crianças e Adolescentes**. Realizado em São Paulo em 21 de agosto de 2007. Disponível em <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/i_forum_paulista/pl.pdf>; <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/>

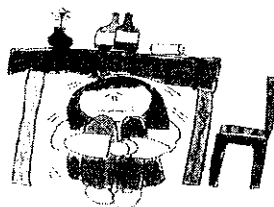
- [ii_forum_paulista/p3.pdf](http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p3.pdf)> Acesso em 7 de julho de 2008.
10. MATTOS IE. **Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 12 anos: uma análise dos registros de atendimento de um hospital do Rio de Janeiro.** Inf. Epidemiol. Sus, dez. 2001, v.10, n.4, p.189-198.
11. GASPAR VLV, LAMOUNIER JA, CUNHA FM, GASPAR JC. **Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes.** J Pediatria 2004; 80(6): 447-452.
12. MARTINS CB de G, ANDRADE SM 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 2005; 8(2): 194-204.
13. PAES CEN, GASPAR VLV. **As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar.** J Pediatria 2005; 81(5): S146-S154.
14. 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 27 de outubro de 2008.
15. CUBBIN C, SMITH GS. **Socioeconomic inequalities in injury: critical issues in design and analysis.** Annu Rev Public Health 2002; 23:349-375.
16. FONSECA SS. **Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares.** J Pediatria 2002; 78:97-104.
17. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE / COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO / SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA. SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL. **Atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade.** Disponível em <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/protocolompoa.pdf>> Acesso em 27 de outubro de 2008, p. 51.
18. SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL. **Calendário de Segurança da SPRS.** Disponível em <http://www.sprs.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=8254&Itemid=183> Acesso em 17 de novembro de 2008.
19. CHILDREN'S HOSPITAL BOSTON. **Household safety checklist.** Disponível em <<http://www.childrenshospital.org/az/Site1053/printerfriendlypageS1053P0.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.
20. AAP.AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. TIPP (The injury prevention program). **A guide to safety counseling in office practice.** Disponível em <<http://www.aap.org/FAMILY/tippmain.htm>> Acesso em 18 de dezembro de 2008.
21. AAP. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Shopping cart safety.** Pediatrics 118(2) August 2006: e545-e546. (doi:10.1542/peds.2006-1217). Disponível em <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/2/e545>> Acesso em 18 de novembro de 2008.
22. ICSI. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care guideline: preventive services for children and adolescents.** 14 ed. October 2008. Disponível em <http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html> Acesso em 18 de dezembro de 2008.
23. GOODSON B, BRONSON MB. **Which toy for which child: a consumer's guide for selecting suitable toys, ages birth through five.** Washington, DC: Consumer Product Safety Commission. Disponível em <<http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/285.pdf>> Acesso em 13 de novembro de 2008.
24. AAP. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION. **Prevention of drowning in infants, children, and adolescents.** Disponível em <<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics:112/2/437.pdf>> Acesso em 17 de novembro de 2008.

14. Violência: prevenção, manejo e identificação de vulnerabilidade na infância e adolescência

Karla Livi

Carla Berger

Margareth Ivanir Schneider



A violência afeta diretamente a saúde e a qualidade de vida de crianças e adultos, causando lesões físicas e emocionais até mesmo na vida futura do indivíduo.

As crianças e adolescentes são seres em formação e estruturalmente dependentes, que, ao sofrerem violência por adultos, que deveriam protegê-los, têm a relação de confiança quebrada, deixando vir à tona sentimentos que poderão conduzi-los à delinquência, a comportamentos anti-sociais e a reprodução da violência em seus próprios filhos ^{1,2,3} [C].

Este agravo é considerado um grave problema de saúde coletiva. Em Porto Alegre, as causas externas são a terceira causa de óbito em crianças com menos de um ano e na população em geral e a primeira causa de óbito em crianças a partir dos cinco anos de idade e adolescentes.⁴ Além disso, situações de violência causam inúmeras internações e atendimentos especializados, exigindo maior atenção dos serviços de saúde às famílias vítimas desses eventos. As crianças mais jovens e, principalmente, meninos, sofrem maior número de lesões fatais, e as meninas estão mais expostas a infanticídios, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e prostituição forçada. Crianças maiores estão mais expostas à violência escolar e em muitos casos a violência urbana.⁵

O profissional de atenção primária deve estar atento aos seguintes aspectos.^{5,6}

- Atuar na promoção da saúde e na prevenção de situações de violência e maus-tratos
- Conhecer as diversas formas de violência
- Suspeitar de situações de maus-tratos e violência

• Manejar adequadamente os casos diagnosticados, procurando: ampliar a rede de cuidados para tomada de decisões, interromper a violência, referenciar a serviço especializado e seguir acompanhando as famílias vítimas deste agravo.

14.1 Formas de violência

"Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores

(idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa" (DELANDES)⁷

Natureza da violência ^{1,7,8,9,10}

- **Física:** uso da força ou ações praticadas por pais ou responsáveis com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes.
- **Psicológica:** toda a forma de rejeição, depreciação e desrespeito cometidos contra a criança e o adolescente com o intuito de atender as necessidades psíquicas dos adultos. Cobranças e punições exageradas são formas de maus-tratos psicológicos que podem trazer graves danos ao desenvolvimento da criança e do adolescente.
- **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 no qual 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.

14.1.1 Formas de violência sexual¹⁰

- Abuso sexual doméstico ou intra-familiar ou incestuoso – quando existe laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor.
- Abuso sexual extra-familiar – geralmente o abusador é alguém em quem a vítima confia, como: educadores, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos. Há também casos de abuso por desconhecidos.
- Abuso sexual sem contato físico – assédio, ameaças e chantagens, conversas abertas, exibicionismo, voyeurismo, pornografia.
- Abuso sexual com contato físico – carícias nos 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 comercial ou prostituição – relação sexual em troca de favores e dinheiro.

- Pornografia - uso e exposição de imagens eróticas, partes do corpo ou práticas sexuais entre adultos e crianças, outros adultos, animais, livros, filmes, internet. Este crime diz respeito a quem fotografa e a quem mostra as imagens.

- Turismo sexual – 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, hospedagem para posterior atuação das vítimas.

14.1.2 Outras formas de violência contra crianças:

Síndrome do bebê sacudido: são lesões de gravidade variáveis que ocorrem quando um adulto provoca fortes sacudidas num bebê, em geral menor de seis meses, freqüentemente pela irritação com seu choro ou por realizar algum ato sobre o qual não tem domínio, que desagrada o cuidador. São seqüelas freqüentes: cegueira ou lesões oftalmológicas, hemorragia de retina, atraso no desenvolvimento, convulsões, fraturas de costela, lesões na espinha, lesões ou hemorragias cerebrais (hematoma sub-dural). Dependendo da gravidade, este quadro pode evoluir para a morte.^{1,3,9}

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, através do filho, exacerbando, falsificando, ou produzindo histórias clínicas e evidências laboratoriais causando lesões físicas e induzindo a hospitalização com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos para a criança.

Trabalho Infantil: é o conjunto de tarefas de natureza econômica que inibe as crianças de viverem 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 dezesseis 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 freqüência à escola”¹¹

Tráfico de Seres Humanos: é promover ou facilitar a entrada no território nacional de pessoa que nele venha exercer a prostituição ou a saída de pessoa que vá exercê-la no estrangeiro, incluindo trabalho sem remuneração, forçado, ou escravo, que submeta a pessoa à situação em que se utilize ou não o emprego da violência, grave ameaça, ou fraude, com fim de lucro, segundo o Artigo 231 do Código Penal Brasileiro.¹²

Violência contra estudantes “bullying”: pode se expressar de várias maneiras, tais como: implicância, colocação de apelidos, exclusão do grupo, intimidação, assédio, humilhação, difamação e agressão física. É um problema mundial, que perpassa todas as classes sociais. Os meninos têm mais chance de se envolver que as meninas. Os alvos são em geral pessoas inseguras, com auto-estima baixa com pouca habilidade de fazer cessar a violência. Estas crianças têm maior chance de apresentar sentimentos de angústia, tristeza e solidão, depressão e idéias suicidas.¹⁰

2 Suspeitando de maus-tratos e violência

Todos os médicos e profissionais que atendem criança devem estar atentos a sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência, mesmo que até o momento não se tenha evidências fortes quanto a este rastreamento¹³ [D]. A suspeita de maus-tratos surge, em geral, no momento em que se procede a anamnese ou o exame físico do paciente. Muitos sinais e sintomas são inespecíficos. Portanto, é necessário contextualizar a situação em que os sintomas se apresentam conhecer os sentimentos e comportamento da criança e a forma como ela se relaciona dentro e fora do grupo familiar⁷ [D].

A criança pode ser levada para atendimento por história de falhas no 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 freqüência, quando a criança é vítima de violência, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato ou para os sinais e sintomas de sofrimento freqüentemente associados.¹

Sempre se devem associar sinais e sintomas aos indícios que levam a suspeita de violência, uma vez que não existem evidências patognomônicas. A identificação das vítimas pode ocorrer durante o atendimento em um serviço de saúde, em sua estada na creche, pré-escola ou escola. Por isso, é de primordial importância a participação ativa dos

profissionais na estratégia de atuação coletiva contra a violência, além de constituir uma rede complementar à família.^{6,7}

Segundo a ABRAPIA¹ é preciso que estejamos atentos a mudanças de comportamento e aos sinais físicos na criança. Muitas vezes, elas avisam aos adultos a sua volta sinais que avisam que algo está ocorrendo para o qual não há possibilidade de formulação verbal do discurso.

Ao atender um caso suspeito de violência, formular as seguintes questões:¹⁴

- 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?
- Poderia ter sido provocada por violência intencional?
- 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?

14.2.1 Indicadores 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 importância¹⁴.

Devem-se observar:

Lesões não compatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor da criança:

- Fraturas em crianças menores de um ano e meio¹⁵ [C].

Lesões não justificáveis pelo acidente relatado:

- Fraturas de fêmur em crianças menores de dezoito meses¹⁶ [B].
- Fraturas de crânio em relato de quedas de berço. Fraturas de perna em quedas de bicicleta em crianças abaixo de quatro anos¹⁷.

Lesões bilaterais:

- Hemorragia bilateral de retina¹⁸ [A].

Lesões em várias partes do corpo:

- Lacerações, equimoses, hematomas, cortes,

perfurações ou queimaduras que lembram objetos, como fios, cintos, fivelas, mãos, solado;

- Lesões circulares em pescoço, punhos ou tornozelos são indícios de tentativa de enforcamento ou de que esta sendo mantida amarrada;¹⁷

• Ausência de cabelo e ou presença hemorrágica no couro cabeludo indicam puxões vigorosos dos cabelos e encobrem lesões internas mais comprometedoras, como fraturas¹⁹ [B].

- Edema subdural²⁰ [C].

• Lesões que envolvem regiões usualmente cobertas do corpo, como grandes extensões de dorso, região interna de coxa, genitália, dentes amolecidos ou fraturados¹⁷.

• Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura são características de maus tratos, indicando injúrias repetidas que podem culminar com a morte da criança¹⁴.

• Queimaduras por imersão ou escaldadura, em luva, em meia, com limites bem definidos, envolvendo todo membro ou parte dele, em região genital e de nádegas, ou ainda com forma do objeto, como ponta de cigarro¹⁷.

• Lesões abdominais em crianças maiores e adolescentes, decorrentes de espancamentos, socos ou pontapés podem levar a ruptura ou sangramento de vísceras ou síndromes obstrutivas de intestino delgado, por formação de hematomas de parede¹⁷.

14.2.2 Indicadores de violência sexual¹

O quadro 1 apresenta os indicadores físicos, comportamentais e os sentimentos frequentes das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Quadro 1. Indicadores físicos, comportamentais e sentimentos freqüentes da violência sexual.

Indicadores Físicos	Indicadores Comportamentais*	Sentimentos Freqüentes
Traumatismos e lesões diversas na genitália e/ou ânus (vermelhidão, inchaço, mordida); dilatação himenal; sangramentos (vagina, ânus); secreções vaginais ("corrimentos"); infecções urinárias; DST; gravidez; infecções de garganta (crônicas) - deve-se fazer diagnóstico diferencial, podendo se dar pela prática do sexo oral (pensar em gonorréia); 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).	- distúrbios do sono (sonolência, pesadelos, cansaço, recusa em ir para cama, insônia) ou do apetite (bulimia, anorexia); - sintomas obsessivos compulsivos, como preocupação exagerada com limpeza; - ansiedade extrema; - comportamento muito agressivo ou apático; - imagem corporal distorcida; - baixa auto-estima, insegurança; - dificuldade de concentração e aprendizagem; - relutância em voltar para casa; - faltas freqüentes à escola; - dificuldades para participar de atividades físicas; - afastamento, isolamento social, 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 (ao brincar demonstra conhecimento detalhado sobre sexo, inapropriado para idade); - masturbação excessiva, brincadeiras sexuais agressivas; - comportamento sedutor; - fugas; - automutilação; - comportamentos anti-sociais; - uso de álcool e drogas; - agressões sexuais; - promiscuidade, "prostituição"; - tentativas ou fantasias suicidas, suicídio.	- Culpa; - vergonha; - impotência; - confusão; - ambivalência; - tristeza; - medo; - insegurança; - desamparo.

*Não podemos considerar nenhum indicador isoladamente, pois cada um deles pode caracterizar diferentes etapas do desenvolvimento normal ou de outros fatores desencadeantes de problemas físicos e/ou psicológicos. Devemos observar a ocorrência concomitante de vários sintomas e sinais ou surgimento inapropriado para a idade da criança.

*Esses indicadores podem estar presentes em outras formas de violências.

14.3 Manejo dos casos

14.3.1 Ampliando a rede profissional de apoio para o diagnóstico e a tomada de decisões.

Freqüentemente, o profissional de saúde se depara com situações de difícil diagnóstico e não sabe qual encaminhamento deve ser feito para os casos de maus-tratos. Sempre que possível, é importante que a avaliação seja feita por uma equipe multiprofissional, que pode compartilhar da decisão diante de cada caso^{1,6,7} [D].

Deve-se manter uma atitude de isenção e procurar esclarecer ou confirmar as suspeitas de maus-tratos sem julgamento de valores, acusação ou censura

dos pais^{6,7} [D].

14.3.2 Interromper a violência^{3,6,7,20,21,22,23,36}

Situações de violência são "para parar", como evoca o nome do Programa de Vigilância da Violência Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

Eticamente, é necessário conversar com a família, explicar que, mesmo que não tenha havido intenção de ferir ou negligenciar, a criança está em situação de risco, e o profissional tem obrigação legal de comunicar o que está acontecendo às instituições de proteção. Além disso, deverá salientar que ela se beneficiará de ajuda competente. Desta forma,

mantém-se uma atitude de ajuda, pois esta família precisará de amparo e de reorganização de vínculos durante o processo de atendimento.⁷

É importante orientar a família quanto ao seu papel de proteção, explicando as graves consequências da situação para o crescimento e desenvolvimento da criança.^{7,22} [D].

A proteção da criança deve nortear todo o atendimento prestado, objetivando seu bem estar e de seus familiares, sua segurança. Esta visão auxilia o profissional a acolher a família e adotar uma atitude empática com os pais.²¹

A notificação e o adequado registro dos casos de violência são as medidas iniciais para o atendimento de proteção às vítimas e para o apoio às suas famílias e visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor.²² A notificação dos casos suspeitos e confirmados à autoridade competente (Conselho Tutelar) é obrigatória e de responsabilidade do profissional de saúde, conforme a Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 245, e Lei nº 1.968. MS/GM/2001, que dispõe sobre notificação de casos suspeitos e confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde.²⁰

A Ficha de Notificação de Violências tem como escopo construir um relato claro e compreensivo sobre o ato da violência, dando informações às autoridades de saúde e outras instâncias legais.²²

É fundamental que também se registre em prontuário dados de anamnese, relato de exames físico e complementar, uma vez que o sistema judiciário poderá solicitá-los à unidade de saúde.³

A notificação ao Conselho Tutelar não é uma ação policial, objetiva desencadear uma ação de proteção à criança e de suporte à família. Ao registrar a violência, o profissional reconhece as demandas especiais da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade. O trabalho do Conselho Tutelar é especificamente garantir os direitos da criança e do adolescente, realizando os procedimentos necessários para a proteção integral dos mesmos.³ A comunicação também pode ser feita diretamente à Vara da Infância e Juventude da cidade.

14.3.3 Como notificar

Primeiro: Preencher a Ficha Individual de Notificação de Violências/ Sistema de Informação de Violência, documento municipal instituído pela Equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/SMS/POA (anexo 10). Esta equipe responde à legislação federal e estadual que determina

a notificação de casos suspeitos ou confirmados de agravos violentos de caráter intencional. O Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação de Violências que orienta os profissionais quanto ao preenchimento e encaminhamentos está disponível no site da CGVS/SMS/POA (http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=769)

Segundo: Encaminhar o caso ao Conselho Tutelar mais próximo por meio de um relatório escrito da situação de maus-tratos pode-se utilizar a via amarela da Ficha de Notificação de Violências (ver anexo). Na ausência do Conselho Tutelar, encaminhar para o Juizado da Infância e da Juventude ou para o Ministério Público;

Qualquer pessoa vítima ou testemunha que necessite de orientação anônima pode utilizar o serviço de “**disque denúncia**” de violências do Centro de Referência às Vítimas da Violência-CRVV 0800 6420100, um serviço da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana que presta informações e orientações às vítimas de violação de Direitos Humanos, abusos de autoridade, exploração sexual de crianças e adolescentes.

14.3.4 Acompanhar as famílias

A criança deve ser acompanhada e encaminhada para um serviço de referência especializado (ver listagem de serviços a seguir), 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 sua família, monitorando o atendimento pelo serviço especializado, quando for o caso, acolhendo e oportunizando espaço para expressar sentimentos frequentes (culpa, vergonha, impotência, confusão, ambivalência, tristeza, medo, insegurança e desamparo) tanto da criança quanto da família, esteja alerta para novas situações de risco ou episódios de violência e garanta-lhes o acompanhamento de saúde e a oferta de ações de promoção e proteção. O acompanhamento pela equipe de saúde de referência da família pode ser determinante para adesão ao tratamento.²¹

A discussão dos casos atendidos, a supervisão continuada, as capacitações e a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial possibilitam às equipes de saúde o desenvolvimento de habilidades que permitem o reconhecimento de situações de vulnerabilidade e risco para violência e a atuação de forma preventiva junto às famílias e

comunidade e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde ⁵.

Além disso, o atendimento pelas equipes de saúde às vítimas da violência e suas famílias deve estar vinculado a redes de proteção e apoio que articulem ações intersetoriais.

Serviços de referência especializados em Porto Alegre:

CRAI - Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (Avenida Independência 661, 6º andar/sala 619 - fone 3289-3367) - Referência especializada para avaliação de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Pode-se obter orientação da equipe sobre como proceder, bem como efetuar denúncias.

Serviço de Proteção à Criança/ULBRA - Centro de Saúde IAPI (Rua 3 de Abril nº90 -Área 6 -Térreo. Fone 33377251. Horário de atendimento 8:00-12:00hs e das 13:00-18:00hs - Referência especializada em avaliação e acompanhamento clínico e psicológico de crianças e adolescentes vítimas de violência. O atendimento deve ser agendado por telefone, e preferencialmente já deve ter sido feita denúncia ao conselho tutelar.

14.4 Prevenção de violência

Prevenir violência significa antecipar, intervir precocemente, evitar ou tornar impossível que o fenômeno aconteça ou se repita ⁵. Para lidar com prevenção da violência e promoção da saúde, é preciso acreditar que prevenir é possível e crer no potencial de transformação. É necessário ter uma abordagem empática ao lidar com o problema, sem ferir ou ferindo pouco a cultura familiar e comunitária; desenvolver habilidades de resolução de problemas e utilizar as situações de violência como ponto de partida para mudanças ⁵ [D].

Embora não tenham sido encontradas evidências que justifiquem o rastreamento de pais ou cuidadores para prevenção de violência, sabe-se que o profissional de saúde tem um papel fundamental na prevenção de violência física nas crianças, através da discussão e aconselhamento de estratégias para evitar atitudes potencialmente agressivas no relacionamento ²⁴ [D]. Informar aos pais ou cuidadores que vivenciar raiva e sentimentos ambivalentes é normal, que atitudes violentas também podem ser “desaprendidas”, 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 ²⁴ [D]. É importante ainda que o profissional saiba identificar fatores de risco e de proteção individuais, familiares, institucionais e

sociais. Ações de promoção da saúde, a identificação e o reforço de fatores de proteção podem contrabalançar ou minimizar fatores de risco, estimular capacidades e o exercício do autocuidado e de ajuda mútua ⁵ [D].

O desenvolvimento de capacidades e habilidades encontra-se em destaque como estratégia a ser utilizada para reduzir vulnerabilidades das pessoas em relação a todas as formas de violência ²⁵ [D]. Nestes casos, 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 possibilidade de contextualizar melhor o problema ²⁶ [A].

14.4.1 Situações protetoras para o bebê e a criança

Afeto fortalecido e protegido, como forma de apoio e suporte, acompanhamento do bebê no pré-natal e da saúde materno-infantil pelos profissionais de saúde são recursos protetores importantes ²⁷ [D].

Na infância, a maior parte dos fatores de proteção está na família, responsável pelo desenvolvimento inicial das capacidades da criança. Consciência, auto-estima, autoconfiança, autonomia, aprendizado de limites e 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. ^{3,5}

Programas de fortalecimento das famílias para que proporcionem ambiente seguro e acolhedor e desenvolvam capacidades em seus filhos ²⁶ [C]. Apoio às mães influencia uma resposta mais positiva às solicitações da criança e maior afetividade. ⁵

No primeiro ano de vida, é fundamental a cada consulta ou visita o reforço do vínculo afetivo da criança com os pais ou cuidadores ²⁸ [D]. É importante orientar para que o pai se envolva diretamente com os cuidados do bebê, já que esse cuidado geralmente está centrado na figura materna, especialmente nos primeiros meses de vida da criança ²⁹ [D]. Em relação a situações de negligência, orientações profissionais são importantes no sentido da conscientização da importância dos cuidados, orientação quanto a hábitos de higiene, vacinação, visitas regulares ao serviço de saúde ⁵ [D].

Grupo de amigos que promovam sentimento de pertencimento é um fator de proteção para crianças um pouco mais velhas. ^{5,6}

A escola pode proteger estimulando autoconfiança, oportunizando a criança a percepção de suas possibilidades, o pensamento crítico, tomada de decisões, a elaboração de formas de lidar com

sentimentos de raiva e inferioridade, redução de preconceitos, antecipação de conseqüências de comportamentos agressivos, formas de resolução não violenta de conflitos e o julgamento moral^{5,29} [B].

Em relação a situações de violência escolar, é importante reconhecer os sinais de violência, de forma a intervir precocemente, pois pode comprometer o futuro de todos os envolvidos, sejam eles autores, alvos ou testemunhas. A primeira providência é valorizar a queixa e o sofrimento, o atendimento sempre que possível deve envolver a criança ou adolescente, família e a comunidade escolar¹⁰ [D].

Ações com foco nas famílias, treinamento parental e intervenções na gravidez e infância precoces para famílias de risco por meio de visitas domiciliares desde o nascimento da criança até a escola reduzem problemas como: abusos físicos, sexuais e psicológicos durante a infância e problemas de comportamento⁵ [D].

O visitador cuida do desenvolvimento por meio de informações, suporte emocional, ensina ativamente ou apenas acompanha a família e escuta suas dificuldades, essencialmente trabalha com o vínculo entre os pais e a criança³⁰.

Há diversos estudos que procuram associar a realização de visitas domiciliares por profissionais da área da saúde (técnicos ou não) e prevenção de maus-tratos ou negligência às crianças.^{26,31} O único estudo que realmente mostra um desfecho positivo; ou seja, redução de violência/negligência com crianças, é um estudo realizado nos EUA, onde ocorreram visitas domiciliares realizadas por enfermeiras, para mães adolescentes, primíparas, solteiras, com baixo nível sócio-econômico³² [A].

Em vista disto indicamos visitas regulares da equipe de saúde, idealmente 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, possibilita a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas (ver item 2- Visita domiciliar do Recém-nascido), mas principalmente para mães de primeiro filho, de nível sócio-econômico baixo, mães ou pais solteiros, mães ou pais adolescentes como instrumento de prevenção de violências.

14.4.2 Fatores de vulnerabilidade para violência contra crianças^{5,6}

- Pais muito jovens, solteiros, de baixo nível sócio-econômico e tendo um dos parceiros menos tempo de estudo que o outro¹⁹ [B].

- Ambientes familiares instáveis, com muitas

crianças.

- Pais com baixa auto-estima, controle deficiente de impulsos, problemas de saúde mental, comportamentos anti-sociais.

- Pais que foram maltratados na infância² [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 social³³ [C].

- Fatores que aumentam o nível de conflito e a capacidade de lidar com ele e encontrar apoio (perda de emprego, doenças)³³ [C].

- Elevados níveis de pobreza, desemprego e rotatividade populacional impactam o comportamento parental e deterioram as estruturas físicas e sociais da comunidade² [C].

- Normas culturais com definições rígidas de papéis do casal, relação com os filhos, famílias isoladas do convívio social⁵.

- Rede de proteção social frágil e a ausência de políticas públicas de proteção para crianças e famílias, além da facilidade de ingresso e a receptividade das organizações criminais que utilizam crianças e adolescentes³³ [C].

- Criança com distúrbios psíquicos ou mentais² [C].

14.4.3 Fatores de vulnerabilidade para violência em jovens^{10,34}

- Relacionados à personalidade ou comportamento: hiperatividade, impulsividade, controle comportamental deficiente, problemas de atenção, baixo desempenho escolar.

- Familiares: monitoramento e supervisão deficiente dos pais; ligação deficiente entre pais e filhos; o uso de punições severas; grande número de crianças na família; mãe muito jovem; baixo nível de coesão familiar; presença de apenas um dos pais.

- Relacionamentos: ter amigos delinquentes.

- Culturais e sociais: influenciam o desempenho escolar e podem levar à perda de objetivos e a delinquência, exemplo: presença de gangues, armas, criminalidade, drogas; ausência de regras e obrigações e de confiança nas instituições; resolução violenta de conflitos; propagação de violência pela mídia.

14.4.4 Fatores de vulnerabilidade para violência na gestação e puerpério

Na gestação: 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 bebê³⁵ [D].

No puerpério: atitudes da mãe com o bebê não desejar segurá-lo; não alimentá-lo ou acariciá-lo, repulsa pelas secreções e excrementos; aleitar com indiferença; desinteresse pelas orientações; falta de visitas à criança hospitalizada; não realizar acompanhamento médico; rudeza no trato com a criança; negligência na higiene; agressividade; extrema exigência em relação à criança; criança de baixo peso e ou desenvolvimento prejudicado³⁵ [D].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco**. Rio de Janeiro, 2003.
2. 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.
3. BRASIL. 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, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.
4. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Sistema de informação sobre mortalidade: relatório 2007**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br/>>. Acesso em: 09 set. 2008.
5. SOUZA, E. R. (Org.) **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.
6. FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. Violência intrafamiliar e atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2007.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente aos maus tratos na infância e adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.
8. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Didaticamente, quais e como são as formas mais comuns de maus tratos?** Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2008.
9. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Reconhecendo os diferentes tipos de violência**. Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2008.
10. ASSIS, S. G. (Org.). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.
11. BRASIL. Justiça do Trabalho. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 09 ago. 1943. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del5452.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2008.
12. BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2008.
13. AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Summary of recommendations for clinical preventive services: revision 6.5**. Leawood, mar. 2008.
14. CADERNO de maus tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de saúde. Disponível em: http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/contendo/cao/cij/programas/apomt/textos_parceiros/ses_caderno_maustratos.doc>. Acesso em: 11 ago. 2008.
15. 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.
16. 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.
17. 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. Disponível em: <www.sbp.org.br>. Acesso em: 26 maio 2008.
18. 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.
19. 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.
20. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies**. London, jul. 2006.
21. FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. S173-S180,

2005. Suplemento.
22. LIVI, L. K. **Ficha de notificação de violências:** manual de preenchimento. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.
23. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do sistema de informação sobre mortalidade:** relatório 2006. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sim_2006.pdf>. Acesso em: 31 maio 2008.
24. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for family and intimate partner violence, topic page.** 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfamv.htm>>. Acesso em: 08 Ago 2008.
25. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **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.
26. MACMILLAN, H. L. Preventive health care. 2000 update: prevention of child maltreatment. **CMAJ**, Ottawa, v. 163, n. 11, nov. 2000. Disponível em: <<http://ccmaj.com/cgi/content/full/163/11/1451>>. Acesso em: 08 Ago 2008.
27. CYRULNIK, B. **Os patinhos feios.** São Paulo: M. Fontes, 2004.
28. FALCETO, O. G. **A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento.** Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS, 2002.
29. 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.
30. 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.
31. 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 jun. 2008.
32. 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.
33. HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005.
34. KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
35. CARDOSO, A. C. A. et al. Violência contra crianças e adolescentes. In: FÓRUM PAULISTA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 1., 2006, São Paulo. São Paulo: Sociedade de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br/upload/441/Apostila%20parte%201.pdf>>. Acesso em: 22 Ago 2008.
36. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do sistema de informação sobre mortalidade:** relatório 2006. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sim_2006.pdf>. Acesso em: 31 maio 2008.

15. Rede social e direito das crianças

Agda Henk

Grupo das Assistentes Sociais do SSC



A promulgação da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8.069/1990) marcam o início de uma nova fase em relação às políticas para a infância na busca da superação da tendência histórica do "Código de Menores" de 1979. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma lei que resultou do processo histórico de empenho internacional na conquista e efetivação dos direitos da criança e do adolescente. Está fundamentado na doutrina de proteção integral da criança e do adolescente, enfocando-os como sujeitos de direito e pessoa em desenvolvimento, reconhecidos como absoluta prioridade. A Lei considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar a efetivação dos direitos. Dessa forma, toda suspeita ou confirmação de violação desses direitos deve ser, obrigatoriamente, comunicada ao Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar é a principal instância de defesa dos direitos da criança e do adolescente e atua em nível municipal. Além disso, é possível acionar diretamente o Ministério Público, com relato documentado, principalmente quando constatamos a permanência da situação de risco já denunciada. Em alguns municípios, como Porto Alegre, podemos contar com delegacias especializadas para Criança e Adolescente (DECA) para formalizar um registro de ocorrência.

O ECA prevê também a constituição de redes de proteção à criança e ao adolescente, dispondo sobre os deveres de cada um na garantia e realização dos direitos humanos das crianças e adolescentes. Trata-se de uma divisão de trabalho entre Estado (esferas federal, estadual e municipal e os poderes executivo, legislativo e judiciário, com a participação fundamental do Ministério Público), sociedade e família.

No entanto, para a constituição de uma rede de proteção efetiva, é necessária a articulação dos sujeitos através 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 ação conjunta, de forma co-participativa, com o objetivo comum de solução de situações que emergem

em uma determinada comunidade. A viabilização da lei implica na construção de redes sociais a partir de uma responsabilidade coletiva da sociedade e das instituições na forma de viabilizar a proteção integral, através da 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 de estratégias de proteção da criança e do adolescente, compatíveis com os recursos disponíveis (na família, nas instituições, na comunidade, etc.).

É necessário buscar sempre o contato prévio com as instituições e pessoas que formarão a rede que estamos propondo, aumentando a possibilidade de resolutividade das situações complexas que são colocadas no cotidiano de trabalho. Documentar o contato, esclarecendo o motivo e objetivo comum, também poderá contribuir para instrumentalizar as pessoas envolvidas e para o planejamento da ação conjunta.

Nas questões de suspeita de negligência, abuso e/ou maus tratos, em que a criança e o adolescente estão em situação de risco, o profissional inicia a articulação da Rede Social pela denúncia compulsória, responsabilizando-se pelo relato da suspeita trazida e acompanhando a continuidade das ações desenvolvidas (ver item 14 deste protocolo).

Consideradas as questões trazidas para a constituição da REDE SOCIAL de proteção à criança e ao adolescente, destacamos algumas instituições para o início do trabalho de articulação, diante de uma situação de risco identificada:

CONSELHOS TUTELARES DE PORTO ALEGRE

- órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. O Conselho Tutelar em Porto Alegre conta com dez microrregiões listadas abaixo:

Microrregião 1 (Ilhas, Humaitá e Navegantes) - Rua Dr. João Inácio, 549 - Navegantes. Fone 3343-5470, FAX 3343-0676.

Microrregião 2 (Sarandi/Norte) - Rua Maria Josefa da Fontoura, 424 - Sarandi. Fone 3364-1977, FAX 3364-8733.

Microrregião 3 (Bom Jesus / Leste) - Rua São Felipe, 140 - Bom Jesus. Fone 3338-3995, FAX 3386-5430.

Microrregião 4 (Grande Partenon) - Rua Manoel Vitorino, 10 - Partenon. Fone 3336-7571, FAX 33392233.

Microrregião 5 (Cruzeiro, Glória e Cristal) - Rua Moab Caldas, 125 - Santa Tereza. Fone 3232-4981, FAX 3231-6620.

Microrregião 6 (Centro Sul / Sul e Extremo Sul) - Estrada Eduardo Prado, 1974 - Cavahada. Fones 3259-7141 e 3266-6572, FAX 32597141.

Microrregião 7 (Restinga) - Rua Eugênio Rodrigues, 2249 - Restinga. Fone 3289-8308 e 32501515, FAX 3289-8309.

Microrregião 8 (Centro) - Rua Demétrio Ribeiro, 581 - Centro. Fone 3212-2772 e 3212-4636, FAX 3221-7006.

Microrregião 9 (Lomba do Pinheiro e Agronomia) - Estrada João de Oliveira Remião, 5450 - Lomba do Pinheiro. Fones 3336-3085, FAX 3315-4099.

Microrregião 10 (Eixo Baltazar / Nordeste) - Av. Baltazar de Oliveira Garcia, 2132 - Rubem Berta. Fone 3344-4821 e 3366-5031, Fax 3344-4821.

Corregedoria dos Conselhos Tutelares de Porto Alegre - dúvidas quanto a atuação dos Conselheiros no desempenho das suas atribuições. Travessa Francisco Leonardo Truda, 40 - 14º andar - Centro. Fone 3221-4508.

O Conselho Tutelar conta com um serviço de **Plantão Centralizado** em feriados e finais-de-semana, localizado na Microrregião 8; Fone 3226-5788, FAX 3221-7006.

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO DE CRIMES CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES - Av Augusto de carvalho 2000. Bairro Praia de Belas. Fones 2131-5700.

MINISTERIO PÚBLICO - PROMOTORIA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE - assegura o acesso das crianças e adolescentes à educação, combatendo a evasão escolar; zela pelo direito à convivência familiar e comunitária; defende-as contra todo tipo de violência e negligência, mesmo quando praticadas pelos próprios pais; atua quando um adolescente comete ato infracional; garante às crianças e adolescentes o atendimento à saúde de que necessitarem, incluindo medicamentos; busca em todos Municípios a implantação do Conselho Tutelar e do Conselho de Direitos. Rua Andrade Neves, 09/3º andar. Fone 3295-1601.

VARA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - Rua Márcio Luiz Veras Vidos, 10º andar, sala 1061. Fone 3210-6969 e 3210-6963, FAX 3210-6964.

CRAI - Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil - presta atendimento a crianças e

adolescentes vítimas de violência. Composto por uma equipe formada por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, pediatras, ginecologistas, advogados e policiais civis, o Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) fornece acompanhamento integral, desde o registro da ocorrência policial, preparação para a perícia médica, notificação ao conselho tutelar e avaliação clínica até o encaminhamento para tratamento terapêutico na rede de saúde do município de origem da vítima. O CRAI localiza-se no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV. Av. Independência 661. Fones 3289-3000, 3289-3357 e 3289-3367, FAX 3289-3108.

NASCA - Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - O Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança e do adolescente. Quando há necessidade de consulta com especialistas os estudantes são encaminhados para o NASCA-Especializado no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

NASCA Nordeste/ Humaitá/ Ilhas - Rua 3 de Abril 90 - IAPI. Fone e FAX 33377251.

NASCA Sul/Centro-Sul /Oeste Camaquão - Av. Moab Caldas 400 - Vila dos Comerciantes. Fone 3289-4000.

NASCA Leste/ Noroeste - Rua Nazaré 570, Bom Jesus. Fone 3334-1083.

NASCA Norte/ Eixo-Baltazar - R Francisco Pinto da Fontoura 341 - Sarandi. Fone 3364-2744 e Fax 33645071.

NASCA Centro - Rua Capitão Montanha 27 - Centro. Fone 3226-5319.

NASCA Glória/Cruzeiro/Cristal - Rua Manoel Lobato 151, CS Vila dos Comerciantes - área 16. Fone 3289-4065

NASCA Lomba do Pinheiro/ Partenon - Rua Barão do Amazonas 1959 - Partenon. Fones 33842122 e 33361622

FADERS - Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiência e de Altas habilidades no Rio Grande do Sul. À FADERS compete propor, articular, coordenar e promover, em conjunto com a sociedade e através da participação desta, a implantação de políticas públicas que garantam a cidadania das Pessoas Portadoras de Deficiência e das Pessoas Portadoras de Altas Habilidades, em todas as áreas de atuação do Estado. Existem serviços ligados à FADERS em todo o Estado. É possível acessar informações pelo site www.faders.rs.gov.br. R Duque de Caxias 418 - Centro. Fone 3228-2112.

FADERS/CADEP - Centro de Avaliação, Diagnóstico e Estimulação Precoc. Esta Unidade tem por finalidade avaliar, diagnosticar e tratar pessoas com deficiência, na faixa etária de zero a treze anos e onze meses (inclui dificuldade de aprendizagem, repetência escolar). Rua Morretes 222 - Santa Maria Goretti. Fones 3345-1186 e 3362-5822.

Kinder Centro de Integração da Criança Especial - Oferece atendimento interdisciplinar a bebês, crianças e adolescentes portadores de deficiências múltiplas, sem condições financeiras. Rua Marcone 421. Fone 3322-0522. Site www.kindernet.org.br.

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente - oferece tratamento, reabilitação e reintegração à sociedade de crianças, adolescentes e adultos portadores de deficiência física. Rua Prof. Cristiano Fischer 1510 - Jardim do Salso. Fone 3382-2200. Fax 3382-2209 Site www.aacd-rs.org.br.

CEREPAL - Centro de Reabilitação de Porto Alegre - Oferece atendimento a crianças e adolescentes Portadores de Necessidades Especiais através do atendimento multidisciplinar, objetivando o seu máximo desenvolvimento (potencial), possibilitando a sua independência e integração na sociedade. Rua Brigadeiro Oliveira Neri 100 - Passo d'Areia. Fone 33429753. Fax 3337-2045

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. Rua Uruguai 300/14º andar - Centro. Fone/Fax: 3224-4645. E-mail: apaeportoalegre@terra.com.br ou apaepoa@terra.com.br

PASSE LIVRE - Deficiência Mental - Para adquirir o seu passe gratuito, dirija-se ao setor de passagens da APAE Porto Alegre munido dos seguintes documentos (originais e cópias): RG, CPF, comprovante de residência e o atestado médico com CID.

Observações: Os documentos acima solicitados deverão ser da criança e do acompanhante, fotos e documentos atualizados e legíveis para preencher o formulário que será encaminhado à EPTC.

Maiores informações: Galeria do Rosário - Rua Vigário José Inácio 371, 14º andar, salas 1415 e 1416 - Centro. Fone 3224-5029.

SERVIÇO DE PROTEÇÃO À CRIANÇA - ULBRA/IAPI - dedica-se ao atendimento clínico e psicológico de vítimas de violência, abuso sexual, maus-tratos e negligência. O atendimento deve ser

agendado pelo telefone e, preferencialmente já deve ter sido feita denúncia ao Conselho Tutelar - atuando no CS IAPI, área 6. Rua Três de Abril 90 - Passo d'Areia. Fone/Fax 33377251.

SUGESTÕES PARA LEITURA COMPLEMENTAR

BRAGAGLIA, M; NAHRA, C. (Org.). **Conselho Tutelar: gênese, dinâmica e tendências**. Canoas: ULBRA, 2002.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

SALES, M. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.

TÜRCK, M. G. M. G. **Rede interna e rede social: o desafio permanente na teia das relações sociais**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

16. Promoção, narração, brincadeira e imaginação em saúde

Celso Gutfreind



Todos que são do ramo sabem que a promoção da saúde é um assunto muito sério. Não é nosso interesse minimizar essa máxima ou bagunçar um coreto tão difícil quanto frágil. Mas vamos sacudir a lógica, sim, ao propormos que imaginação e brincadeira podem ser fundamentais pra que essa seriedade dê certo.

Para isso, somarei esforços. Primeiro, os de lembrar-se de meu aprendizado no tempo em que fiz a residência em Medicina de Família no Grupo Hospitalar Conceição. Depois, os de acrescentar as experiências recentes e atuais de pesquisador na área da psicanálise. A todas essas, um leitor de poesia estará sempre presente. Até pode ser juntar alhos com bugalhos, mas, em saúde, é o que tentamos fazer, sob a capa de um nome mais pomposo: integração.

Se integrar é preciso, nosso texto defende a hipótese de que, na promoção de saúde na infância, brincar, imaginar e contar também é.

Brincando e integrando, o primeiro desafio com que nos deparamos, na primeira infância, é o encontro com os pais. Os pais 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 desses seus primeiros (e, ainda que indiretamente, eternos) cuidadores.

Nesse sentido, a psicanálise também anda juntando bugalhos e alhos. No terreno, da infância, por exemplo, já sabe que não 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 evidências e repartir com os maiores em busca de que 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 tudo, aprender com ela, negociar sentidos com ela, encontrar dentro dela seus próprios recursos, interesses, possibilidades de parceria. Vale o mesmo para os pais, 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 encontrar. Encontrar os pais em busca de reforçar suas funções (não inventá-las) e, nesse sentido, talvez a nossa principal função seja a de promover um encontro de qualidade com os cuidadores, mãe, pai, 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 onde entram a nossa saúde orgânica (genes, condições de parto etc.) e a qualidade de nossas interações ou 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. Nesse 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 esse processo foi o poeta: “Já não há mãos dadas no mundo./ Elas agora viajarão sozinhas...” (Drummond, 1984).

Desconfiamos de que viçmos ao mundo prontinhos para nos apegarmos. Não há saúde física nem mental sem um vínculo de qualidade entre o bebê e sua mãe. O meio precisa garanti-lo, 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 pai e mãe ou os cuidadores. Eles garantiriam a filiação que, em seguida, nos conduziria para a comunidade ou a afiliação. Aqui a psicanálise pode nos ajudar outra vez com a pista de que todos os encontros subsequentes (escola, Posto de Saúde, consultório) são derivados (transferidos) desse primeiro. Promover saúde é trabalhar pelos 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 seqüelas 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, esse excelente promotor de saúde mental.

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 pra que as pessoas falem, contem, digam justamente pra 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. Nascermos 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)

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. Junto à comunidade dos abrigos, ouvindo seus anseios, aproveitando suas possibilidades, abrimos um espaço de promoção de contação de histórias, seguidas de teatro, desenhos, expressões. Um menino, por exemplo, sonhou seu pai e sua mãe (ausentes) e, através desse sonho, falou de suas dores, ou seja, melhorou. Outro grupo de crianças colocou em cena, através 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 nisso 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.

A todas essas, 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 “porquê”, 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 esses subjetivos e aqui evidenciados ao se fomentar espaços pra que se brinque, se fale, se conte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, C. D. **Corpo**. Rio de Janeiro, Record, 1984.
2. BRITTO, P. H. **Macau**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
3. BANDEIRA, M. **Estrela da vida inteira**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1983.
4. BOWLBY, J. **Soins maternelles et santé mentale**. Genève: OMS, 1951.
5. BOWLBY, J. **Attachement et perte. La separation, angoisse et colère**. Paris: Puf, 1978. v. 2.
6. CHACAL. **Belvedere**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2007.
7. GOLSE, B. **Du corps à la pensée**. Paris: Puf, 1999.
8. 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.
9. GUTFREIND, C. **O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
10. LEBOVICI, S. **Le bébé, le psychanalyste et la métaphore**. Paris: Odile Jacob, 2002.
11. MEIRELES, C. **Ou isto ou aquilo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.
12. STERN, D. **La constellation maternelle**. Mesnil-sur-L'Estreée: Calmann-Lévy, 1997.
13. WINNICOTT, D. W. **Jeu et réalité: l'espace potentiel**. Paris: Gallimard, 1975.
14. WOLFF, F. **O pacto de Wolffenbüttel e a recreação do homem**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

17. Programas prioritários à saúde da criança no SSC

Maria Lucia Medeiros Lenz
Rui Flores



Os programas prioritários no Serviço de Saúde Comunitária constituem o acompanhamento de subgrupos vulneráveis da população moradora do território sobre sua responsabilidade.

17.1 Programa de Gestantes

O Programa de gestantes tem como objetivo identificar precocemente as mulheres gestantes e oferecer-lhes um acompanhamento pré-natal qualificado, objetivando reduzir morbi-mortalidade perinatal. Entre os indicadores utilizados no SSC para avaliação desse conjunto de ações, encontramos: cobertura de pré-natal, época de início do pré-natal, número de consultas realizadas, hospitalizações em gestantes e índice de mortalidade materna (SSC. Rotinas de Atenção à Saúde das Gestantes, 2007, mimeo).

17.2 Pré-Nenê / Programa da Criança

O SSC participa do Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no primeiro ano de vida (Pra-Nenê) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, que apresenta como objetivo desenvolver ações de vigilância à saúde dirigidas às crianças no primeiro ano de vida, facilitando-lhes o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a qualidade do atendimento. O Pré-Nenê tem origem no Sistema Nacional de Informação sobre nascidos Vivos (SINASC), que utiliza como fonte de dados a Declaração de Nascido Vivo. Esses dados permitem conhecer as características das crianças recém-nascidas moradoras do município e especificamente do território do SSC e identificar grupos vulneráveis, dirigindo-lhes ações específicas (SMS, 2004). O SSC, anteriormente à implantação do Pra-Nenê, implementou um conjunto de ações específicas denominadas como "Programa da Criança", que acompanha crianças até os 12 anos. Entre os indicadores utilizados na avaliação do Programa da Criança/Pra-nenê, encontramos: cobertura de puericultura, idade da criança na primeira consulta, cobertura vacinal, identificação e pontuação das crianças segundo critérios de risco, número de consultas no primeiro ano de vida, hospitalizações por condições sensíveis à APS e coeficiente de mortalidade infantil.

17.3 Programa de Asma

A asma é o principal motivo de internação em menores de 19 anos no SSC e é considerada uma condição sensível à APS (CSAA). O conjunto de ações que visam a reduzir morbi-mortalidade por este motivo e oferecer atendimento qualificado é avaliado no SSC através da proporção de pacientes com asma em acompanhamento, do número de internações por esse motivo e dos depoimentos dos familiares dos pacientes internados por asma, que são visitados sistematicamente. (SSC. Programa da Asma, 2007, mimeo).

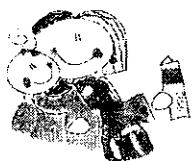
17.4 De volta pra casa

O programa de vigilância à saúde das crianças e adolescentes que necessitaram internação hospitalar, denominado "De volta pra casa", foi implantado no SSC no ano 2000. A justificativa desse conjunto de ações é o significativo número de crianças que necessitam internação por condições evitáveis no SSC e o fato de que a hospitalização implica sofrimento familiar e consiste em um evento de custo elevado para o sistema de saúde.

Os indicadores de avaliação utilizados são os seguintes: taxa de hospitalização na faixa etária de 0-18 anos, tempo entre a hospitalização e contato da equipe com a família, proporção de internação por condições sensíveis à APS, proporção de reinternação (SSC, De volta pra casa, 2008. mimeo).

18. Rotinas de agendamento das consultas de revisão e formas de encaminhamento

Simone Nascimento Silva



A facilidade de acesso e acompanhamento ao longo do tempo são alguns dos princípios dos serviços de atenção primária, tal como o SSC. As doze equipes multiprofissionais, distribuídas em doze diferentes territórios, organizam sua rotina de agendamento de forma particular, respeitando as diferenças de composição de equipe e as adversidades dos territórios em que estão inseridas. Entretanto, com objetivos comuns de facilitar acesso, priorizar grupos vulneráveis e oferecer serviço qualificado, combinações comuns são entendidas como necessárias.

Especificamente em relação à saúde da criança, a atenção qualificada inclui obrigatoriamente facilidade de acesso ao pré-natal, monitoramento da data e condições de parto, facilidade de acesso para agendamento da primeira consulta do recém-nascido e revisão puerperal e continuidade do acompanhamento. Toda a equipe de saúde, e especialmente a equipe de administrativos, deve entender e enfatizar para a população da importância das consultas de revisão de saúde em todas as faixas etárias.

18.1 Agendamento pós-parto

Após o nascimento do bebê, **duas consultas devem ser agendadas**: uma consulta de revisão puerperal no nome da mãe e outra para o recém-nascido.

No SSC, existem três formas de agendamento:

- **Linha Mãe-Bebê do HNSC** - o profissional da maternidade do HNSC agenda a consulta da mãe e recém-nascido via contato telefônico com a equipe de saúde.

- **Agendamento na Unidade** - um familiar ou a própria puérpera agenda sua consulta na US de saúde. Algumas equipes agendam a primeira consulta do RN também através de contato telefônico de um familiar ou puérpera com a US.

- **Agendamento durante busca ativa** - o agente comunitário de saúde (ACS) ou outro profissional realiza uma visita domiciliar para o agendamento de consulta, após receber a informação do nascimento da criança do setor de Monitoramento e Avaliação do SSC.

O familiar ou o profissional (do SSC ou do Hospital) que está agendando as consultas deve ter

em mãos as seguintes informações:

- nome completo da mãe
- registro do recém-nascido no GHC
- número do prontuário família na Unidade
- nome do médico ou enfermeira que realizou o pré-natal

O profissional administrativo, ao efetuar o agendamento, deve ressaltar a importância de trazer a certidão de nascimento no dia da consulta e fornecer informações, como período ideal para o teste do pezinho e calendário vacinal.

18.2 Agendamento das consultas de revisão subsequentes

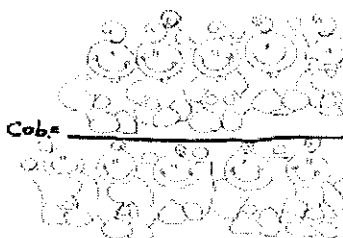
Após a primeira consulta, a criança deverá ter suas próximas consultas pré-agendadas através de "**retornos**" fornecidos pelo profissional da Unidade. Estes retornos serão agendados conforme a disponibilidade da agenda do profissional. Em caso de falta às consultas programadas, o profissional (administrativo, médico ou enfermeira) deverá informar imediatamente o ACS para que se verifique o motivo da ausência.

Em situação de intercorrência, muito comum nessa faixa etária, a mãe ou outro familiar poderão procurar a Unidade para orientação ou consulta. No entanto, esta orientação ocorrerá no "acolhimento" ou durante a própria consulta (agendada ou não para o mesmo dia), conforme cada situação e respeitando-se as regras de cada Equipe.

19. Sistema de informação e avaliação do Programa da Criança do Serviço de Saúde Comunitária

Rui Flores
Maria Lucia Medeiros Lenz

Um conjunto de ações específicas com objetivos claros somente poderá ser avaliado se informações mínimas forem registradas. Existe, basicamente, dois locais de registro das ações denominadas "Programa da Criança":



1. formulários que irão compor o prontuário família – ficha da visita ao recém-nascido (anexo 1), folha de atendimento às crianças de 0-12 (anexo 2), guia de acompanhamento das crianças de 0-12 (anexo 3).

2. formulários necessários para que as informações alcancem outros setores de monitoramento e avaliação sistemática (do SSC, GHC e SMS) – ficha do Pra-Nenê (anexo 4), boletim de atendimento (anexo 5).

A criança passa a ser incluída neste programa quando o profissional responsável pelo atendimento preenche no boletim de atendimento o campo CID com o diagnóstico de Z001 (exame de rotina de saúde da criança).

A seguir descreveremos de forma resumida os objetivos de preencher cada formulário em específico, os indicadores de avaliação que originam e apontaremos os profissionais responsáveis pelo seu adequado preenchimento.

19.1 Ficha de visita domiciliar à família do recém-nascido

Ver anexo 1.

Objetivos: lembrar e registrar informações relevantes em relação à avaliação do contexto familiar e rede de apoio, cuidados com o RN, consultas regulares, teste do pezinho, vacinas, amamentação, depressão materna e prevenção de lesões não intencionais.

Indicadores de avaliação que originam: as informações não são avaliadas de forma sistemática no SSC em geral. Cabe aos coordenadores locais do Programa avaliarem o registro local destas informações sempre que julgarem necessário.

Profissionais responsáveis pelo preenchimento: fundamentalmente os agentes comunitários de saúde

e profissionais que realizam visitas domiciliares para recém-nascidos.

19.2 Folha de atendimento à criança de 0-12 anos

Ver anexo 2.

Objetivos: lembrar e registrar informações relevantes em relação às condições de saúde e possibilitar um acompanhamento integral e facilitado. Informações: antecedentes familiares, condições ao nascer, rastreamentos (teste da orelhinha e teste do pezinho), tipo de alimentação, calendário de imunizações, hospitalizações, consulta odontológica, curva para auxiliar na avaliação do crescimento e desenvolvimento (no verso curva IMC para meninos ou meninas).

Indicadores de avaliação que originam: as informações não são avaliadas de forma sistemática no SSC em geral. Cabe aos coordenadores locais do Programa avaliarem o registro local destas informações sempre que julgarem necessário.

Profissionais responsáveis pelo preenchimento: fundamentalmente médicos e enfermeiras que realizam a puericultura.

19.3 Guia de acompanhamento das crianças de 0-12 anos

Ver anexo 3.

Objetivos: lembrar e registrar informações relevantes em relação aos aspectos de exame físico, marcos de desenvolvimento, orientações importantes e exames complementares de acordo com cada faixa etária. Possibilita identificar os períodos em que consultas de revisão devem acontecer.

Indicadores de avaliação que originam: as informações não são avaliadas de forma sistemática no SSC em geral. Cabe aos coordenadores locais do Programa avaliarem o registro local destas informações sempre que julgarem necessário. Lembramos que o coordenador local necessita eventualmente revisar este formulário para avaliar o número de consultas realizadas no primeiro ano de vida.

Profissionais responsáveis pelo preenchimento: fundamentalmente médicos e enfermeiras que realizam a puericultura.

19.4 Ficha de primeiro atendimento do Pra-Nenê

Ver anexo 4.

Esta ficha foi elaborada pela SMS e é utilizada para compor os indicadores do município e muitos dos indicadores do SSC.

Objetivos: registrar informações relevantes para priorizar assistência a grupos vulneráveis e avaliação do Programa da Criança.

Indicadores de avaliação que originam: cobertura de pré-natal no território, local procurado para o acompanhamento, avaliação segundo critérios de risco, número de consultas no primeiro ano de vida. Obs: informações sobre aleitamento materno e crescimento não são preenchidas nesta ficha no SSC.

Profissionais responsáveis pelo preenchimento: fundamentalmente médicos e enfermeiras que realizam a puericultura.

Rotina de fluxo da US para o Monitoramento e Avaliação: a primeira via fica no prontuário, e a segunda via deve ser enviada ao setor de Monitoramento e Avaliação após ter sido preenchida na primeira consulta do recém-nascido (independentemente de a declaração de nascimento (DN) ter ou não sido enviada à US, todos os RN do território devem ter sua ficha de Pra-Nenê preenchida).

Preenchimento ao término do primeiro ano de vida - os casos que não puderam ser avaliados positivamente em relação ao número de consultas através dos boletins eletrônicos emitidos, serão solicitados às equipes através de uma listagem. Nesta situação, as Equipes deverão enviar a primeira via (que ficou no prontuário) com o desfecho preenchido para o setor de Monitoramento e Avaliação.

Rotina de fluxo do SSC para a SMS: o banco de dados digitado e revisado no setor de Monitoramento e Avaliação é enviado semestralmente à CVGS/SMS.

19.5 Boletim de Atendimento

Ver anexo 5.

Objetivos: registrar o atendimento realizado na atenção primária e facilitar a coordenação da atenção, uma vez que passa a fazer parte do sistema de informação do GHC.

Indicadores de avaliação que originam: número de consultas preventivas realizadas (CID Z001 para crianças). Através de número de registro da criança é possível localizá-la em outros bancos de informações como o do De volta pra casa (internações no GHC) e registro do teste da orelhinha (HCC) e obter novas informações como exemplos: o número de consultas realizadas após ocorrência de eventos sentinela, como uma internação no GHC e a cobertura do teste da

orelhinha.

Profissionais responsáveis pelo preenchimento: todos os profissionais que realizam atendimentos às crianças.

Rotina de fluxo na US: profissional preenche o boletim durante o atendimento e entrega ao auxiliar administrativo para digitação.

Cuidados necessários para o preenchimento: o profissional, durante o atendimento da criança, deve comparar as informações da carteira de vacinação (vacinas realizadas) com as informações referentes às vacinas registradas pela equipe de saúde e atualizá-las no boletim para que possam ser corrigidas. Lembramos também que, mesmo na ocorrência de uma consulta devido a uma intercorrência, por exemplo crise de asma - CID J45, se os aspectos preventivos conforme idade foram abordados, o profissional deverá registrar os dois CIDs - J45 e Z001.

19.6 Indicadores de avaliação da implantação do Protocolo

O quadro a seguir foi elaborado com o objetivo de avaliação específica da implantação deste novo protocolo. Foram apontados indicadores, levando em consideração a sua importância e facilidade de acesso, para possibilitar futuras comparações e avaliações.

Quadro 1. Indicadores de avaliação da saúde da criança, fonte e ano de referência para o resultado.

Fonte	Indicador	2007
SIS -US	1. Percentual de crianças com 1ª consulta com menos de 15 dias de vida	76%
SIS - US e HCC	2. Percentual de crianças com menos de 1 ano de vida que realizaram triagem auditiva neonatal universal (TANU)*	40%
SIS -US	3. Percentual de crianças com 7 consultas no 1º ano de vida	63%
Pesquisa anual no SSC	4. Percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de vida	53%
De volta pra casa	5. Percentual de hospitalização por condições sensíveis à APS (CSAA) em menores de 18 anos	38%
SIM/SINASC	6. CMI (por 1000 nascidos vivos)**	6.47 a) neonatal b) pós neonatal 4.85 1.62

*Calculado para o primeiro semestre de 2008 através das informações dos sistemas de informações (HCC/HNSC e SSC)

**Calculado para 2007 - 8 óbitos em menores de 1 ano (SIM) e 1.235 recém-nascidos vivos (SINASC)

19.6.1 Cálculo dos indicadores

Os indicadores presentes no quadro 1 podem ser calculados a partir das seguintes informações:

1. Percentual de crianças com 1ª consulta com menos de 15 dias de vida - razão entre todos os RN

que realizaram uma consulta no SSC e os RN que realizaram a primeira consulta com menos de 15 dias de vida

2. Percentual de crianças com menos de 1 ano de vida que realizaram TANU - razão entre todos as crianças com menos de 1 ano de vida que realizaram a TANU e as crianças com menos de 1 ano e usuárias do SSC

3. Percentual de crianças com 7 consultas no primeiro ano de vida - razão entre todos os RN que consultam no SSC e os que realizaram um mínimo de 7 consultas no primeiro ano de vida

4. Percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de vida - razão entre as crianças com menos de 4 meses de vida e as crianças com menos de 4 meses amamentadas exclusivamente ao seio. Este indicador é oriundo de pesquisa anual realizada no SSC durante Campanha Nacional de Vacinação.

5. Percentual de hospitalização por CSAA em menor de 18 anos - razão entre o total de crianças menores de 18 anos internadas no GHC e as que foram internadas por condições sensíveis à APS (CSAA)

6. Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)

$$\frac{\text{número de óbitos entre menores de 1 ano}}{\text{total de nascidos vivos na área durante o ano}} \times 1000$$

6.1 Componente neonatal

$$\frac{\text{número de óbitos entre menores de 28 dias}}{\text{total de nascidos vivos na área durante o ano}} \times 1000$$

6.2 Componente pós neonatal

$$\frac{\text{número de óbitos entre 28 dias e 11 meses e 29 dias de idade}}{\text{total de nascidos vivos na área durante o ano}} \times 1000$$

20. Anexos

1. Ficha de visita domiciliar do recém-nascido

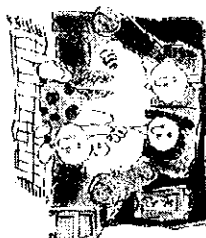
O que?	Como?	Qual a minha impressão?
Aspectos positivos	Aspectos negativos	
Apresentação Apresente-se à família Explique o motivo da visita		
Atenção à família do RN Observe como a família está vivendo esta nova situação Identifique e avalie a rede de apoio da família (familiares, outras famílias, instituições, Equipes)		
Parentalidade Observe como o pai e a mãe estão se adaptando a esses novos papéis Procure observar o relacionamento da família, do casal e dele(s) com o bebê		
Depressão Procure identificar sintomas de depressão materna e comunique ao profissional de referência Sintomas: tristeza, cansaço, falta de interesse, desespero, desorganização, falta de energia, anorexia, insônia, pensamentos negativos, pensamentos suicidas, dificuldade de concentração, perda de interesse por coisas positivas		
Amamentação Procure identificar sintomas de depressão materna e comunique ao profissional de referência Sintomas: tristeza, cansaço, falta de interesse, desespero, desorganização, falta de energia, anorexia, insônia, pensamentos negativos, pensamentos suicidas, dificuldade de concentração, perda de interesse por coisas positivas		
Revisão da Saúde do Bebê Observe o desenvolvimento do bebê e a saúde da mãe e do bebê Sintomas: tristeza, cansaço, falta de interesse, desespero, desorganização, falta de energia, anorexia, insônia, pensamentos negativos, pensamentos suicidas, dificuldade de concentração, perda de interesse por coisas positivas		
Plano de ação Elabore um plano de ação levando em consideração os aspectos positivos e negativos identificados Sintomas: tristeza, cansaço, falta de interesse, desespero, desorganização, falta de energia, anorexia, insônia, pensamentos negativos, pensamentos suicidas, dificuldade de concentração, perda de interesse por coisas positivas		

Valorize/Elogie/Reforce SEMPRE os aspectos positivos identificados

Ministério da Saúde / Grupo Hospitalar Conceição / Gerência de Saúde Comunitária

Nome da mãe: _____
 Nome do bebê: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Data da consulta agendada: ____/____/____
 Nome do Profissional: _____
 Data da visita domiciliar (VD): ____/____/____
 Profissional que realizou a VD: _____

VISITA DOMICILIAR À FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO



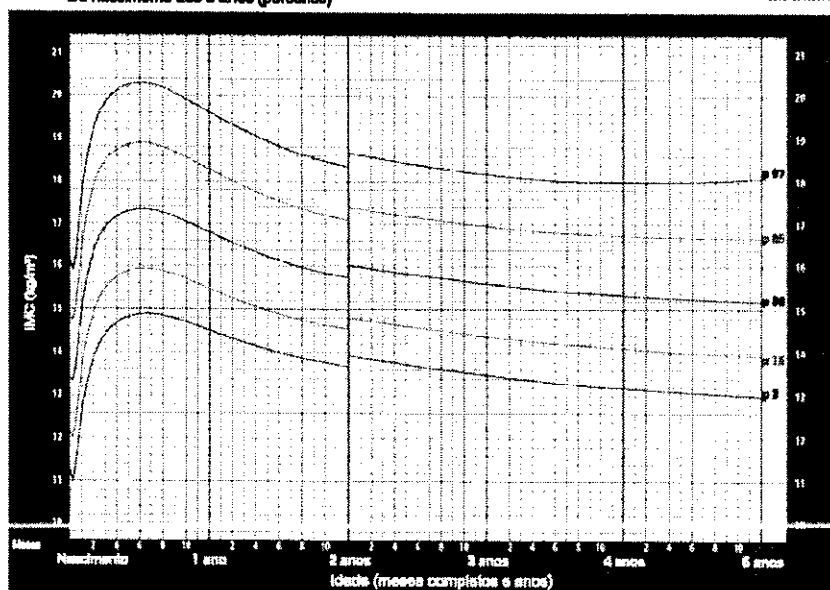
Anexo 2. Folha de atendimento de meninos ou meninas de 0 a 12 anos

FOLHA DE ATENDIMENTO DE MENINOS DE 0 A 12 ANOS				
Nome da Criança	Data nascimento:	Número do Prontuário:		
1 ANTECEDENTES FAMILIARES				
2 GESTAÇÃO E PARTO				
Intercorrências gestacionais, no parto ou puerpério não ☐ sim ☐ quais? _____				
Tipo de parto vaginal ☐ cesáreo ☐ motivo da cesária: _____			Local do parto: _____	
3 RECÊM-NASCIDO				
Peso ao nascer ____ kg ____ g	Comprimento ____ cm Perímetro cefálico ____ cm			
Idade Gestacional: _____ (obs: IG < 33 s ou peso < 1.500g – avaliação com oftalmologista na 6ª semana de vida)				
Apgar: ____ 5º minuto	Teste do pezinho [A] data da coleta: _____ Resultado (A=alterado ou N=normal) Fenilcetonúria: ☐ Hipotireoidismo congênito: ☐ Hemoglobinopatias (incluindo traço falciforme): ☐		Teste da orelhinha [B] <i>(ideal entre 15º ao 30º dia de vida, mas pode ser encaminhado para rastreamento até os 2 anos)</i> Resultado: ☐ normal ☐ alterado	
Intercorrências neonatais: _____				
4. ESQUEMA ALIMENTAR (LM = leite materno, FI = fórmula infantil, LV = leite de vaca)				
CRIANÇAS AMAMENTADAS				
Período	6-7 meses	8-10 meses	10-12 meses	A partir de 12 meses
Manhã	LM	LM	LM + pão ou biscoito	LM + pão, bolo ou biscoito
Intervalo	Papa de fruta	Papa de fruta	1 fruta	1 fruta
Almoço	Papa salgada com carne	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Lanche	Papa de fruta + LM	Papa de fruta + LM	1 Fruta ou LM ou pão ou biscoito	Pão ou bolo ou biscoito + Leite ou leite batido com fruta
Janta	LM	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Ceia	LM	LM	LM	LM
Suplementar com 1-2 mg/Kg/dia de ferro a partir do 6º mês até os 24 meses de vida				
CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS				
4-10 meses	10-12 meses	A partir de 12 meses		
180-210ml FI	210ml FI	240ml LV		
Papa de fruta	1 Fruta	1 Fruta		
Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família		
Papa de fruta	1 Fruta ou biscoito	Pão, bolo ou biscoito + LV ou LV batido com fruta		
Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição da família	Refeição básica da família		
180-210ml FI	210ml de FI	240ml LV		
1-2mg/Kg/dia de Fe a partir do 4º mês até 24º mês				
5. CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO				
0 – 12 anos				situação
RN	BCG dose única Hepatite B – 1ª dose			
1m	Hepatite B – 2ª dose			
2m	Tetavalente (DTP + Hib) – 1ª dose Pólio – 1ª dose Rotavírus – 1ª dose			
4m	Tetavalente (DTP + Hib) – 2ª dose Pólio – 2ª dose Rotavírus – 2ª dose			
6m	Tetavalente (DTP + Hib) – 3ª dose Pólio – 3ª dose Hepatite B – 3ª dose			
9m	Febre amarela* – dose inicial			
12m	SRC (tríplice viral)			
15m	Pólio – reforço DTP (tríplice bacteriana) – 1ª ref			
4-6 a	DTP (tríplice bacteriana) – 2ª ref SRC (tríplice viral) reforço			
10 a	Febre amarela* – reforço			
*Crianças que residam ou irão viajar para área endêmica, de transição ou risco potencial				
6. VACINAS NÃO DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA, EXCETO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS				
ver situações especiais no Protocolo Saúde 0-12 anos				
Pneumococo - 2, 4, 6, 12m				
Meningococo C - 3, 5, 12m				
Influenza – a partir dos 6m com 2 doses na primeira vacinação e depois uma dose anual				
7. Primeira consulta odontológica (6 meses de idade)				
data do encaminhamento: ____/____/____				
data da consulta: ____/____/____				
8. HOSPITALIZAÇÕES 0-12 ANOS – “De volta pra casa”				
Data: ____ Motivo: ____				
Data: ____ Motivo: ____				

IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério
da Saúde
GOVERNO FEDERAL



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childdgrowth/en/>)

Anexo 3. Guia de acompanhamento de crianças de 0 a 12 anos

Anexo 3 - GUIA DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DE 0-12 ANOS		
PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
1ª Consulta do RN: idade: ____ ____/____/____	Antropometria [D]: Peso ____kg Percentil: ____ Comprimento ____cm Percentil: ____ Perímetro cefálico ____cm Percentil: ____ IMC: ____ Exame físico completo [D] Visão: reflexo fotomotor e reflexo vermelho [D] Avaliar e orientar desenvolvimento [D]: Tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Pesquisar reflexos (apoio plantar, sucção, preensão palmar e dos antebraços, Moro, tônico-cervical, cutâneo plantar). Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]. Pontuar risco [D] (segundo Pra-nenê /SMS): ____	Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo [A] Estimular participação em grupos mãe-bebê que ofereçam suporte emocional e auxiliem no desenvolvimento da parentalidade [A]. Estimular desenvolvimento da parentalidade [D] e a constituição de uma rede de apoio [B] Estimular fortalecimento do vínculo pais-bebê - auxiliar os pais na percepção das necessidades do bebê e estimulá-los a prover os cuidados necessários [B] Orientar cuidados com o bebê: manter coto umbilical limpo e seco [A], orientar sobre o choro noturno [A]. Adultos devem lavar as mãos antes de manter contato com o bebê [A] Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C] Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito para redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B], banho - temperatura 37°C [B] e não deixar criança sozinha, mesmo que com pouca água [C], não dormir com o bebê em sofás ou poltronas [B] e orientar como transportá-lo em automóvel [A]. Atentar para sinais de depressão materna [B]
1º MÊS ____/____/____	Antropometria [D]: Peso ____kg Percentil: ____ Comprimento ____cm Percentil: ____ Perímetro cefálico ____cm Percentil: ____ IMC: ____ Exame físico: rastreamento da displasia do quadril – Barlow e Ortolani [D] Desenvolvimento: percebe melhor um rosto.	Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B] Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C] Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D] Atentar para sinais de depressão materna [B]
2º MÊS ____/____/____	Antropometria [D]: Peso ____kg Percentil: ____ Comprimento ____cm Percentil: ____ Perímetro cefálico ____cm Percentil: ____ IMC: ____ Exame físico: rastreamento da displasia do quadril – Barlow e Ortolani [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D], rastreamento de criptorquidia [D] Desenvolvimento: sorriso social, fica de bruços e levanta cabeça e ombros, segue objetos com o olhar.	Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B] Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C] Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]. Atentar para sinais de depressão materna [B]
4º MÊS ____/____/____	Antropometria [D]: Peso ____kg Percentil: ____ Comprimento ____cm Percentil: ____ Perímetro cefálico ____cm Percentil: ____ IMC: ____ Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D], rastreamento de criptorquidia [D]. Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D] Desenvolvimento: preensão voluntária das mãos, vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro, noção de profundidade.	Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B] Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C] Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]. Se criança não estiver sendo amamentada exclusivamente, suplementar com SF 2-4 mg/Kg/dia

PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
6º MÊS _/_/_	Antropometria [D]: Peso _ _ g Percentil: _____ Comprimento _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D], rastreamento de criptorquidia [D] Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D] Desenvolvimento: adquire noção de permanência do objeto (mesmo fora do seu campo visual, permanecem existindo), senta sem apoio a partir do 7º mês, engatinha, reage a pessoas estranhas.	Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e evitar bico ou chupeta [D] e evitar bico ou chupeta [C] Encaminhar para consulta odontológica Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].
9º MÊS _/_/_	Antropometria [D]: Peso _ _ g Percentil: _____ Comprimento _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D] Desenvolvimento: engatinha ou anda com apoio, fica de pé e sem apoio (10º mês).	Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e evitar bico ou chupeta [D] e evitar bico ou chupeta [C]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A]. Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].
12º MÊS _/_/_	Solicitar Ht e Hb conforme quadro 1 Antropometria [D]: Peso _ _ g Percentil: _____ Comprimento _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D] Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D] Desenvolvimento: anda sozinho (1 a e 1 a e meio), tem acuidade visual de um adulto. Balbucia.	Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e ir introduzindo o uso de escova dental [D] e evitar bico ou chupeta [C]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A]. Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].
15 MESES _/_/_	Antropometria [D]: Peso _ _ g Percentil: _____ Comprimento _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ Exame físico: rastreamento da displasia do quadril - observar marcha [D] Desenvolvimento: corre ou sobe degraus baixos. Fala as primeiras palavras (1-2 anos)	Saúde Bucal: escovação feita pelos pais com escova macia 2x/dia [D]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].
2 ANOS _/_/_	Antropometria [D]: Peso _ _ g Percentil: _____ Comprimento _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ Visão: reflexo vermelho [D] Desenvolvimento: diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus, reconhece-se no espelho, fala as primeiras frases, brinca de "faz de conta", reivindica maior autonomia. Pais devem, aos poucos, ir retirando as fraldas.	Aconselhar atividade física (30-60min/dia, 3 a 5X/semana) [A] Saúde Bucal: escovação feita pelos pais com escova macia 2x/dia [D]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Fazer higiene bucal após ingestão de medicação com sacarose [B ou C?] Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].

PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
4 A 6 ANOS _/_/_	Antropometria [D]: Peso _ _ _ _ _ kg Percentil: _____ Comprimento _ _ _ _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ _ _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ _ Exame físico: medir pressão arterial (PA) [D] Visão: acuidade visual [D] Desenvolvimento: veste-se com auxílio, conta ou inventa pequenas histórias, comportamento mais egocêntrico vai dando espaço para brincadeiras com outras crianças. Aos 6 anos, começa a pensar com lógica, memória e habilidade de linguagem aumentam (entre 4 ½ - 5 anos – todos os sons estão corretos), desenvolve auto-imagem, amigos assumem importância. Meninos e meninas não se misturam. Exames: solicitar colesterol total conforme risco* [D]	Aconselhar atividade física (30-60min/dia de 3 a 5 x na semana) [A] Saúde Bucal: escovação com escova macia 2x ao dia (escovação noturna feita pelos pais) [D]. Estimular a auto-escovação supervisionada [D] – usar pasta dental fluoretada [A] na quantidade de um grão de ervilha e cuspir depois [A]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].
7 A 9 ANOS _/_/_	Antropometria [D]: Peso _ _ _ _ _ kg Percentil: _____ Comprimento _ _ _ _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ _ _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ _ Exame físico: medir pressão arterial (PA) [D] Visão: acuidade visual [D] Desenvolvimento: desenvolvimento de julgamento global de auto-valor. Maior influência dos amigos. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]. Exames: solicitar colesterol total conforme risco* [D]	Aconselhar atividade física (30-60min/dia de 3 a 5 x na semana) [A] Saúde Bucal: auto-escovação 2x/dia (supervisionada a noite) [D] – usar pasta dental fluoretada [A] na quantidade de um grão de ervilha e cuspir depois [A]. Orientar sobre as dificuldades de higiene na troca de dentição. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais e à criança sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Incentivar a ingestão de alimentos que estimulem a mastigação e produção de saliva [D]. Atentar para jogos e brincadeiras sem proteção pelo risco de traumatismos [D]. Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.
12 ANOS _/_/_	Antropometria [D]: Peso _ _ _ _ _ kg Percentil: _____ Comprimento _ _ _ _ _ cm Percentil: _____ Perímetro cefálico _ _ _ _ _ cm Percentil: _____ IMC: _ _ _ Exame físico: medir pressão arterial (PA) [D] Visão: acuidade visual [D] Desenvolvimento: mudanças relacionadas a puberdade, estirão de crescimento (meninas aos 11 anos e meninos aos 13 anos). Menarca (meninas) e ereções e primeiras ejaculações (meninos), simbolizam maturação sexual. Diálogo é importante. Família necessita encontrar equilíbrio entre proteção e liberdade. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]. Exames: solicitar colesterol total conforme risco* [D] e solicitar Ht e Hb para meninas após menarca [D]	Aconselhar atividade física (30-60min/dia de 3 a 5 x na semana) [A] Saúde Bucal: auto-escovação 2x/dia [D] – usar pasta dental fluoretada [A] na quantidade de um grão de ervilha e cuspir depois [A]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais e à criança sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Incentivar a ingestão de alimentos que estimulem a mastigação e produção de saliva [D]. Atentar para jogos e brincadeiras sem proteção pelo risco de traumatismos [D]. Avaliar necessidade de orientar anticoncepção [D]. Orientar para o não uso de tabaco [D] e bebidas alcoólicas [B] Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.

* solicitar colesterol total às crianças e adolescentes 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 acima de 240mg/dL. Também recomenda pesquisar pacientes cuja história familiar é desconhecida ou com outros fatores de risco para doença cardiovascular, incluindo obesidade, hipertensão ou diabetes.

Quadro 1. Classificação das crianças conforme idade, presença de fatores de risco para anemia e conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento^{2, 3, 4, 8} [D]

Classificação	Conduta
GRUPO 1 (< de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses)	A. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro	B. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematuros saudáveis e bebês pequenos para idade gestacional (PIG)	C. 2mg/kg/d após 1 mês de vida, por 2 meses, depois reduzir para 1-2mg/kg/d, até 24 meses. Solicitar hemograma aos 15 meses.
D. Prematuros com história de hemorragia perinatal; gestação múltipla; ferropenia materna grave durante a gestação (Hb <8); hemorragias uteroplacentárias; hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas)	D. 2-4 mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se normal, reduzir a dose para 1-2mg/kg/dia até os 24 meses; se anemia, manter dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia aos 15 meses.
GRUPO 2 (risco em > 24 meses)	
Dieta pobre em ferro (vegetarianos, excesso de laticínios [mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente] e carboidratos, baixa ingestão de frutas e verduras), pica, infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de AINE e/ou corticóides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos)	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Tratar anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhar os pais sobre dieta rica em ferro.
GRUPO 3 (meninas > 11 anos)	
Mulheres não grávidas em idade fértil - rastrear para anemia a cada 5-10 anos.	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Se anemia, tratar com 60-120mg/dia de ferro.

Atenção: crianças advindas de áreas endêmicas de malária devem primeiro ser tratadas adequadamente para malária para depois receber suplementação de ferro.

Quadro 2. Aconselhamento para prevenção de lesões não intencionais por faixa etária

1 a 6 m	Automóvel: assento especial para lactentes, no banco traseiro, de costas para motorista. Nunca no colo. Sono: proteger o berço e o cercado com grades altas e 6 cm entre cada ripa. Banho: verificar primeiro a temperatura da água (ideal 37°C). Jamais deixá-la sozinha na banheira, mesmo com pouca água. Queimaduras: não fumar nem tomar ou segurar líquidos quentes com a criança no colo. Brinquedos: somente brinquedos grandes e inquebráveis.
6 a 24 m	Objetos: tirar do alcance objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos. Brinquedos: somente brinquedos resistentes, inquebráveis e atóxicos. Automóvel: assento especial para criança, no banco traseiro e sempre voltado de costas para motorista. Sono: cobertores leves e travesseiros firmes. Afastar fios, cordões e sacos plásticos. Alimentação: não dar grãos, caroços, sementes ou pipoca. Quedas: proteger arestas pontiagudas dos móveis. Portões com tranco automático na entrada de escadas e rampas, cozinha e banheiro, além de redes de proteção em sacadas e janelas. Proibir andador. Não colocá-la em carrinho de supermercado nem deixá-la sozinha. Eleticidade: eliminar fios elétricos desencapados e vedar os orifícios das tomadas. Produtos domésticos: não deixar produtos de limpeza e remédios ao alcance. Trancá-los em armários ou locais de difícil acesso.
1 a 2 a	Objetos: tirar do alcance objetos cortantes, pontiagudos ou que possam ser engolidos. Quedas: proteger escadas e janelas e cantos dos móveis. Moradia: instalar barreiras de acesso na porta da cozinha e manter fechada a porta do banheiro. Automóvel: em assento especial para criança e no banco traseiro. Afogamento: Brincar na água supervisionada por adulto. Proteger piscinas - cerca de 1,40 m de altura ao seu redor, acesso por portão automático. Não deixar brinquedos dentro da piscina. Pontos elétricos a distância mínima de 30 m da borda. Produtos domésticos: trancar produtos de limpeza e remédios em armários altos. Não ter plantas tóxicas na casa nem no entorno.
2 a 4 a	Quedas: colocar grades ou redes de proteção nas janelas. Bicicletas: usar calçado e capacete, andar só na calçada. Moradia: usar obstáculos na porta da cozinha e banheiro. Automóvel: assento próprio para criança e no banco traseiro. Queimaduras: impedir acesso ao fogão, fósforos, isqueiros, ferro elétrico e aquecedores. Produtos domésticos: trancar produtos de limpeza, cosméticos e remédios em armário e locais de difícil acesso. Telefone do CIT - 0800 780 200 - à vista de todos e na agenda do celular. Rua: brincar só na calçada e atravessar a rua de mãos dadas com adulto.
4 a 6 a	Moradia: impedir acesso à cozinha. Queimaduras: impedir brincadeiras com fogo, evitar manuseio de álcool e fósforo. Quedas: colocar grades ou redes nas janelas. Não deixar as crianças sozinhas nos parques. Afogamento: ensinar a nadar. Não deixá-la na água sem supervisão de um adulto. Ensinar a entrar primeiro de pé e não pular de ponta. Rua: acompanhar a criança ao atravessar a rua.
6 a 8 a	Trânsito: ensinar hábitos de segurança ao atravessar a rua. Não permitir brincadeiras nas ruas. Bicicleta/patins/skate: usar capacete de proteção. Andar somente nos parques. Automóvel: no banco traseiro com cinto de segurança. Afogamento: não permitir que a criança entre na água sem a supervisão de um adulto. Armas de fogo: não ter armas de fogo em casa.
8 a 10 a	Trânsito: acompanhar a criança ao atravessar a rua. Bicicleta/patins/skate: usar capacete de proteção e não andar na rua. Automóvel: banco traseiro com cinto de segurança. Afogamento: não permitir brincadeira na água sem a supervisão de um adulto. Armas de fogo: não ter armas de fogo em casa.
10 a 12 a	Trânsito: usar faixa de segurança. Observar sinalização. Olhar para os dois lados antes de atravessar a rua. Automóvel: banco traseiro com cinto de segurança. Banco de passageiro dianteiro após 10 anos de idade ou 1,50 m de altura. Exigir cinto de segurança em transporte escolar. Bicicleta/patins/skate: usar equipamento de proteção. Observar os sinais de trânsito. Não andar à noite nem descer lomba. Armas de fogo: não manusear armas. Afogamento: não mergulhar em local desconhecido nem pular de cabeça. Não nadar sozinho, sempre perto da margem. Esporte: utilizar equipamento de proteção.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA
Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS
Equipe de Informações
Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida

Pré - Natal
☐ Sim ☐ Não
Local ☐ Serviço de Saúde
☐ Hospital
☐ Convênio/particular

Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento

(devolva esta ficha à Equipe de Informação/CGVS após o 1º atendimento e após a avaliação do 12º mês)

1 - Identificação

Serviço: _____
DNV _____ Número Substituto (na Falta do nº da DNV) _____
Ficha Família _____
Hospital _____
Data Nascimento ____/____/____ Sexo ☐ M ☐ F
Nome criança _____
Nome mãe _____
Endereço _____
Vila _____ Bairro _____ Área Atuação ☐ Dentro ☐ Fora

2 - Visitas Domiciliares

Foram realizadas VD para o chamamento da 1ª Consulta
☐ Sim ☐ Não
Data 1ª VD ____/____/____
Data 2ª VD ____/____/____

3 - Informações sobre a 1ª consulta

☐ SIM houve consulta Onde Ocorreu?
☐ Serviço Saúde, espontânea
☐ Serviço Saúde, após VD
☐ Domicílio, casos especiais
Data: ____/____/____
☐ NÃO houve consulta. Qual foi a razão?
☐ óbito
☐ família não fez contato após 2ª VD
☐ endereço não localizado
☐ mudança de endereço
☐ criança hospitalizada
☐ família busca outro Serviço
☐ não é do território ☐ outra situação

4 - Caracterização do Risco (marque com X o campo do risco identificado)

Indicadores	ALTO RISCO	Até 2 m	6 m	12 m	BAIXO RISCO	Até 2 m	6 m	12 m
Peso ao Nascer	<2500 g	6			> 2500g	0		
Duração da Gestação	< 37 semanas	4			> 37 semanas	0		
Aleitamento Materno	Suspensão/Misto	6			Exclusivo	0		
Gestação Gemelar	Sim	2			Não	0		
Hospitalização últimos 2 meses*	Sim	2	4	4	Não	0	0	0
Malformação Congênita*	Sim	1	1	1	Não	0	0	0
Idade Mãe	< 15 anos	6	6	6	≥ 18 anos	0	0	0
	16 e 17 anos	3	3	3				
Escolaridade Materna	≤ 1º grau incom	2	2	2	≥ 1º grau comp	0	0	0
Óbito filho < 5 anos	Sim	4	4	4	Não	0	0	0
Demais filhos morando junto	> 3 filhos	2	2	2	≤ 3 filhos	0	0	0
Consultas de Pré-Natal	0 a 2 consultas	2			≥ 6 consultas	0		
	3 a 5 consultas	1						
Renda per capita	< 1 salário min.	3	3	3	≥ 1 salário min.	0	0	0
Problemas familiares e Socioeconômicos: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infra-estrutura e outros	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0	0	0
Problemas da Criança: problemas importantes que interfiram no crescimento ou desenvolvimento	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0	0	0
Vacinas	Em atraso	4	4	4	Em dia	0	0	0
Avaliação do desenvolvimento	Suspeito		3	3	Normal		0	0
	Com problemas		6	6				
Altura/Idade	< Percentil 10		6	6	> Percentil 10		0	0
Peso/Altura	< Percentil 10		6	6	> Percentil 10		0	0
Peso/Idade	< Percentil 10		6	6	> Percentil 10		0	0

5 - Aleitamento MaternoExclusivo até dias ou meses.Misto até dias ou mesesNão Amamentou Motivo: **6 - Crescimento** (Registre mensalmente **Peso e Altura**)

	Data	Peso	Altura	Altura/ Idade	Peso/ Altura	Peso/ Idade
Ao nascer		g	cm			
1º mês		g	cm			
2º mês		g	cm			
3º mês		g	cm			
4º mês		g	cm			
5º mês		g	cm			
6º mês		g	cm			
7º mês		g	cm			
8º mês		g	cm			
9º mês		g	cm			
10º mês		g	cm			
11º mês		g	cm			
12º mês		g	cm			

7 - Desfecho

Considerar acompanhada quando a criança tiver no mínimo 4 consultas no 1º semestre e 3 consultas no 2º semestre de vida.

A criança teve o acompanhamento mínimo preconizado?

☐ Sim ☐ Não

Se Não, qual foi a razão?

☐ óbito☐ família não fez contato após 2º VD☐ endereço não localizado☐ mudança de endereço☐ criança hospitalizada☐ família busca outro Serviço de Saúde☐ número consultas inferior preconizado☐ outra situação

Caso tenha ocorrido óbito, informar a data:

Houve VD para buscar a criança faltosa após ter iniciado o acompanhamento?

☐ Sim ☐ Não**8 - Observações**

Registre aqui problemas que possam interferir no crescimento e desenvolvimento da criança (como doenças transmissíveis, hospitalizações) ou outras situações em relação ao Programa.

GI-GHC

** HOSPITAL N.S. CONCEICAO S.A. **

** CONSULTA PROGRAMADA **

GERENCIA DE SAUDE COMUNITARIA - UNIDADE: VILA FLORESTA

PAG: 001

07/01/09

09:54:25

ENDEREÇO: R DOMINGOS RUBIO, 174

BAIRRO: CRISTO REDENTOR

TELEFONE: 84444640

Numero do Boletim:

Paciente:			Idade: (ano(s))		Reg. GMC:		PRONT. FAMILIA 147-					
CARMO S.O.S												
Profissional: 11572-000000000000			Data Consulta: 26/12/08		Hora: 0844							
CID	CID	CID	Prof	Sia/Sus	Qt	Prof	Sia/Sus	Qt	Prof	Sia/Sus	Qt	

VACINAS T I P O

	Anti Polio	DTT Triplice	BCC	Anti Sarampo	Hepatite B	Esneofila B	Triplix Viral	Esneofila	Dupla Adul. (DT)	Anti Pneumoc.	Rotavírus
1 Dose			09/12/08		01/12/08						
2 Dose					05/01/09						
3 Dose											
Reforço											
2. reforço											
Apuramento	30/01/09	30/01/09			04/06/09	30/01/09	01/12/09				

GHC

REQUISICAO DE SADT

Gerencia de Saude Comunitaria - Unidade VILA FLORESTA

10 Hoje 0 Urgente

10 Amanha 0 Jajum

Nome do Paciente	Registro	Prontuario Familia	Data Nasc.
			01/12/08

Ass Servico	Hospital	Sexo	Idade
		M	0

Exames	Codigo

Informacoes Clinicas

Solicitante: CARIMBO	N. CONSELHO	Data

Anexo 6. Técnica para aferição da pressão arterial

Instrumento: manômetro e manguitos

Há 2 tipos de manômetros disponíveis no Serviço de Saúde Comunitária: os de mercúrio e os aneróides. Os de mercúrio são os mais confiáveis, por serem mais acurados. Eles não necessitam de calibragem. Os aneróides são os mais usados. São menores, necessitam de calibragem (são aferidos pelo INMETRO, pelo menos uma vez por ano, tendo como padrão um manômetro de mercúrio).

Há 3 larguras de manguitos pediátricos padronizados: 5, 7 e 9 cm. O manguito adulto tem 12 cm. Manguitos padronizados têm sempre comprimento proporcional a 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 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 acrômio (ombro) e o olécrano (cotovelo), deixando espaço livre, tanto na fossa cubital, para colocar o estetoscópio, como na parte superior ao manguito, para prevenir a obstrução da axila.

Exemplo de como definir o manguito apropriado:

- medida da distância entre o acrômio e o olécrano: 18 cm
- dividir por 2: 9 cm
- marcar este ponto (9cm) no braço da criança
- medir a circunferência do braço neste ponto: 20 cm
- calcular 40% deste valor: 8 cm
- largura do manguito a ser escolhido: 9 cm (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 de PA.

Se o manguito do 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 em uma conduta inadequada

A PA deve ser medida e registrada pelo menos 2 vezes em cada ocasião

Aferição da PA

A preparação apropriada da criança é essencial para a determinação acurada da PA e inclui:

- local do exame: deve ser calmo e com temperatura agradável, contribuindo para o relaxamento do paciente;
- descanso prévio: de 5 a 10 minutos;
- explicar o procedimento para o paciente e para o seu responsável;
- perguntar ao paciente ou responsável: se 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 medida da PA: a partir da idade pré-escolar, a criança deverá estar sentada. Lactentes podem estar sentados ou na posição supina;
- o braço direito deverá estar totalmente exposto, sem qualquer vestimenta;
- localizar a artéria radial por palpação;
- colocar 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;
- posicionar o braço do paciente na altura do átrio direito;
- os olhos do observador devem estar no nível do mostrador do manômetro aneróide;
- palpar o pulso radial e inflar o manguito até 20 mmHg acima do desaparecimento do pulso;
- colocar a campânula do estetoscópio sobre a fossa cubital, sem realizar pressão excessiva;
- desinsuflar o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/segundo. A cada medida, o esfigmomanômetro deverá ser completamente esvaziado até o zero;
- determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff);
- determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);
- registrar: os valores de PA sistólica e diastólica, a posição da criança (sentada ou deitada), o estado da mesma (agitada, calma, etc), tamanho do manguito, braço em que foi feita a medida e a frequência cardíaca;
- esperar 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 de PA sistólica e diastólica.³¹ 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 acima.

Como utilizá-las:

- medir a altura da criança e determinar o percentil de altura, de acordo com o sexo e a idade do paciente, usando as tabelas do NCHS;
- na tabela de PA, verificar quais os valores de PA sistólica e diastólica que ~~correspondem aos percentis 90 e 95 para a idade, sexo e percentil de altura da criança;~~
- comparar esses valores com os medidos no paciente, indicando se os valores estão abaixo do percentil 90, entre o 90 e 95 e acima do percentil 95.

Anexo 7. Valores de pressão arterial para meninas ou meninos de 1-17 anos, de acordo com o percentil de estatura**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%	90%	95%
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	130	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 8. Orientações para identificação e manejo de efeitos adversos a imunobiológicos**1. Manifestações locais**

Vacinas	Hepatite A Hepatite B BCG DPT Hib Varicela Pneumococo Influenza Triplíce Viral Meningococo
Descrição	- 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	Notificar e investigar os casos com abscessos ou outras reações locais muito intensas (edema e/ou vermelhidão extensos, limitação de movimentos acentuada e duradoura) e também o aumento exagerado de determinada(s) reação(ões) locais associada(s) eventualmente a erros de técnica ou a lote vacinal.
Conduta	1. Analgésico, se necessário; 2. Compressas frias, nas primeiras 24-48 horas após a aplicação, nos casos de dor e reação locais intensas. 3. Os abscessos devem ser submetidos a avaliação médica, para conduta apropriada
Há contra indicação para doses subsequentes?	Não há

2. Febre

Vacinas	Hepatite B DPT Hib Pneumococo Influenza Triplíce 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 na vacina tetravalente, vacina meningocócica B/C etc.) ou alguns dias depois de vacinas vivas (como na vacina tríplíce viral)
Notificação e Investigação	Notificar e investigar se detectada com intensidade maior ou igual a 39,0°C e frequência acima do esperado ("surto") ou associadas eventualmente a lotes
Conduta	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 auto-limitado. Manter em repouso, em ambiente bem ventilado, administrar água e outros líquidos apropriados, tais como o leite materno, terapia de reidratação oral e considerar o uso de antitérmico. Antitérmicos: paracetamol de preferência na dosagem (crianças e adultos) – 10 a 15mg/Kg/dose (dose máxima 750mg) até de 6/6hs. Nos casos de febre muito alta sem resposta ao paracetamol, pode-se usar dipirona, 15mg/kg/dose, por via oral. Antitérmico profilático: utilizá-lo quando na dose anterior houve febre elevada ou história prévia de convulsão febril. Administrar no momento da vacinação e depois repetir de 6/6 horas durante 24 a 48 horas. Usar de preferência o paracetamol, na dose já indicada. Ficar atento para a possibilidade de infecção intercorrente, que pode necessitar de tratamento apropriado.
Há contra indicação para doses subsequentes?	Não há. Considerar a conveniência de antitérmico profilático.

3. Convulsão

Vacinas	DTP Meningococo C
Descrição	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 ocorrência da primeira crise é a história familiar de crises convulsivas agudas febris. O diagnóstico é essencialmente clínico. Afebril é rara em associação com vacina e necessita de avaliação e acompanhamento neurológico.
Ocorre quanto tempo após a vacinação ?	Pode ocorrer após vacinação, principalmente contra coqueluche e o sarampo, devido à febre que eventualmente sucede a aplicação desses imunobiológicos.
Notificação e Investigação	Notificar e investigar todos os casos.
Conduta	1. Colocar o paciente em decúbito lateral, com o corpo inclinado, de modo que a cabeça fique abaixo do nível do restante do corpo (Trendelenburg); 2. Aspirar secreções; 3. Afrouxar as roupas; 4. Proteger a língua, com gaze dobrada entre os dentes; 5. Caso a convulsão febril não cesse espontaneamente em 10 min, aplicar anticonvulsivante. O medicamento de escolha para a terapêutica inicial é o diazepam, administrado por via intravenosa, lentamente, na dose de 0,04 a 0,2 mg/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. Fenobarbital - a ser utilizado como alternativa inicial quando não houver diazepam disponível. Sua atividade é duradoura, por ter meia-vida prolongada. Dose de ataque: 10mg/kg, por via intramuscular; 6. Oxigênio úmido, se necessário (cianose, mesmo após aspiração); 7. É comum a criança dormir, após a crise, mesmo sem medicação; não se deve acordá-la; 8. Encaminhar para avaliação, se for primeiro episódio de crise convulsiva. O tratamento da fase aguda da convulsão afebril é semelhante ao da convulsão febril, com exceção do uso do antitérmico
Há contra indicação para doses subsequentes?	Quando a convulsão for associada à vacina tríplice DTP/Tetralente, completar o esquema vacinal com a vacina tríplice acelular (DTaP), com administração de antitérmico profilático e demais precauções indicadas.

4. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo I (imediate)

4.1 Manifestações alérgicas graves: choque anafilático

Vacinas	Hepatite B Influenza Meningococo C Tríplice Viral
Descrição	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. 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 freqüente em adolescentes. Deve ser feito também diagnóstico diferencial com episódio hipotônico-hiporresponsivo
Ocorre 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	Notificar e investigar todos os casos
Conduta	As ações descritas abaixo devem ser realizadas rápida e simultaneamente 1. Entrar em contato com o serviço de emergência, chamando inclusive uma ambulância. 2. Colocar o paciente em local apropriado em posição de Trendelenburg se possível. 3. Administrar 0,01 ml/Kg (máximo de 0,3 ml em crianças e 0,5 ml em adultos) de adrenalina a 1:1000 por via subcutânea ou intramuscular, repetido a cada 10 – 15 minutos, se necessário. 4. Mantenha vias aéreas desobstruídas 5. O2 sob máscara ou Ambu ou intubação, segundo indicado e possível.

continua

continuação

	7. Encaminhar para ambiente hospitalar e deixar em observação por 24 horas devido ao risco de recorrência (bi-fásico) Quando houver o risco aumentado 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 contra indicação para doses subsequentes?	Sim, contra-indicam doses subsequentes com qualquer um dos componentes do agente imunizante que provocou o choque anafilático.

4.2 Manifestações alérgicas menos graves

Vacinas	
Descrição	São reações alérgicas sem sinais de insuficiência respiratória e ou colapso circulatório.
Ocorre 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	Notificar e investigar todos os casos.
Conduta	Anti-histamínicos via oral no caso de urticária ou exantema pruriginoso. Corticosteróides, na dependência da intensidade e tipo das manifestações alérgicas.
Há contra indicação 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 a células do próprio corpo (auto-imunidade), provocando sua destruição. Nos eventos neurológicos pós-vacinais, como por exemplo, na Síndrome de Guillain-Barré, provavelmente esse mecanismo imunológico está envolvido.
Notificação e Investigação	Notificar e investigar todos os casos.
Conduta	Encaminhar para o especialista.
Há contra indicação 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 soro, denomina-se reação de Arthus. Ocorre quando o antígeno injetado forma complexos imunes com anticorpos pré-existent no local de aplicação. Surgem eritema, edema, endurecimento e petéquias. Quando os complexos imunes depositam-se em muitos tecidos, 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 petéquias, artrite e glomerulonefrite. Pode haver trombocitopenia e a velocidade de hemossedimentação costuma ser elevada.
Ocorre quanto tempo após a vacinação ?	Reação de Arthus: pode aparecer cerca de duas horas após a injeção, alcançam máxima intensidade entre 4 e 6 horas e em geral diminuem 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 petéquias 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	Notificar e investigar todos os casos
Conduta	Anti-histamínicos, e nos casos mais graves corticosteróides. Oferecer líquidos com frequência.
Há contra indicação para doses subsequentes?	Não administrar dose de reforço até dez anos depois dessa 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 possível. Na impossibilidade dessa, fazer administração de soro heterólogo com pré-medicação e acompanhar o paciente nos 10 dias seguintes.

7. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo IV (tardia)

7.1 Doenças desmielinizantes

Vacinas	
Descrição	Reações de hipersensibilidade anômala e indesejável, em que linfócitos T citotóxicos atacam a bainha de mielina dos nervos, com a participação de outros mecanismos imunológicos, como anticorpos.
Ocorre 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, ADEM).
Notificação e Investigação	Notificar e investigar todos os casos. Neurologista deve participar da investigação
Conduta	A ser orientado pelo neurologista
Há contra indicação para doses subsequentes?	Sim

7. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo IV (tardia)

7.2 Alergia de tipo tardia local

Vacinas	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 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 desnecessário
Há contra indicação para doses subsequentes?	Não. Orientar a família

8. Eventos adversos de natureza mal definida

8.1 Episódio hipotônico-hiporresponsivo

Vacinas	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 e o seu prognóstico é benigno.
Notificação e Investigação	Notificar e investigar todos os casos. Deve-se considerar a possibilidade de intercorrência infecciosa (diagnóstico diferencial)
Conduta	Conservador, oferecendo água e leite materno, ambiente ventilado. Precauções especiais para evitar broncoaspiração. Se necessário antitérmicos. Observação rigorosa, até a resolução do quadro
Há contra indicação para doses subsequentes?	Utilizar preferencialmente em dose subsequente a vacina DTP acelular

8.2 Deficit Motor

Vacinas	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 aumentado em indivíduos imunodeficientes
Notificação e Investigação	Notificar e investigar todos os casos
Conduta	Coletar duas amostras de fezes o mais precocemente possível, dentro de 15 dias após o início do déficit motor, com intervalo de 24hs entre as duas amostras Eletroneuromiografia para diagnóstico diferencial de outras neuropatias
Há contra indicação para doses subsequentes?	Sim

Anexo 9. Indicações para uso dos imunobiológicos especiais no centro de referência de imunobiológicos especiais - CRIE

O Ministério da Saúde, atendendo aos princípios e 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 do MS. Para fazer uso destes imunobiológicos, é necessário que a pessoa apresente prescrição com indicação médica e um relatório clínico sobre seu caso (MS).

CRIEs em Porto Alegre:

Hospital Sanatório Partenon - Rua Bento Gonçalves, 3722 – Fones 3336-8802/ 3901-1400

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - Av. Independência, 661, 6º andar Fones: 32893000/ 3289-3019

Vacinas complementares indicadas por doença ou condição especial

Indicação	Idade mínima para encaminhar ao CRIE	Imunobiológico indicado
Antes de quimioterapia	A partir de 12 meses idade	Vacina contra varicela
Asma	A partir de 2 meses	Vacina contra Influenza Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23)
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 contra hepatite B (HB) 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) Vacina contra Hepatite B (HB)
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 Hepatite B (HB) 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) Vacina contra Hepatite B (HB)
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 contra Hepatite B (HB) Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23)
Fístula líquórica	Aos 2 meses	Vacina pneumocócica conjugada 7 valente (Pnc7) e polissacarídica 23 valente (Pn23)

continua

continuação

Indicação	Idade mínima para encaminhamento ao CRIE	Imunobiológico indicado
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) Vacina contra Hepatite B (HB)
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
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) Vacina contra Hepatite B (HB)
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) Vacina contra Hepatite B (HB)
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) Vacina contra Hepatite B (HB)
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
CASOS ESPECÍFICOS: Vítimas de abuso sexual, vítimas de acidentes com material biológico, positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB. Doadores de sangue, potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos, convívio domiciliar contínuo com pessoas portadoras de VHB		Vacina contra Hepatite B (HB)

Anexo 10. Ficha individual de notificação/investigação de violências

Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIAS

Número _____

I. Identificação

(1) Data da notificação: _____

(2) Profissão da vítima: _____

(3) Estado civil: _____

II. Dados de pessoa afetada

(4) Nome do usuário: _____

(5) Número Cartão SUS: _____

(6) Data de nascimento: _____

(7) Idade: _____

(8) Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

(9) Raça: ☐ branca ☐ preta ☐ amarela ☐ natuna ☐ de 1 a 3 ☐ de 4 a 7 ☐ de 8 a 11 ☐ > 12 ☐ ign ☐ NSA

(10) Escolaridade (permanência de estudo concluída): _____

(11) Nome da mãe: _____

(12) Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.): _____

(13) CEP: _____

(14) Via e Bairro: _____

(15) Cidade: _____

(16) Fone: _____

(17) Possui algum tipo de deficiência? ☐ física ☐ ign ☐ mental ☐ outras síndromes ☐ visual ☐ Qual? _____ ☐ auditiva

III. Características

(18) Natureza da violência: ☐ física ☐ psicológica/moral ☐ sexual ☐ negligência/abandono ☐ patrimonial ☐ tráfico de seres humanos ☐ tortura ☐ trabalho infantil ☐ ign

(19) Ambiente: ☐ intra-familiar ☐ extra-familiar ☐ ambos ☐ ign

(20) Local ocorrência: ☐ estabelecimento de saúde ☐ escola ☐ creche ☐ instituição, qual? _____ ☐ ign

(21) Data da ocorrência: _____

(22) Ocorrência ou tentativa? ☐ sim ☐ não ☐ ign

(23) Motivo: ☐ suspeita ☐ confirmada

(24) Tinha ou não intenção? ☐ sim ☐ não ☐ ign

(25) Descrição da violência / motivo da suspeita: _____

IV. Lesões

(26) Natureza da lesão (se não houver ocorrência o diagnóstico principal): ☐ sem lesão ☐ contusão ☐ laceração ☐ queimadura ☐ fratura/fractura ☐ traumatismo cranio-encefálico ☐ contusão/percussão/lesão de pele ☐ órgãos internos do tórax ☐ vasos sanguíneos ☐ nervos ☐ intoxicação ☐ amputação ☐ lesão permanente de dente / boca ☐ outros, quais? _____ ☐ ignorado

(27) Partes do corpo atingidas: ☐ cabeça / face ☐ boca / dentes ☐ tórax / dorso ☐ membros superiores ☐ genitais ☐ pescoço ☐ coluna / medula ☐ abdome / quadris ☐ membros inferiores ☐ outros, quais? _____

V. Violência Sexual

(28) Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? ☐ assédio sexual ☐ estupro ☐ tentativa de violência ao pudor ☐ pornografia infantil ☐ exploração sexual ☐ outros, quais? ☐ NSA

(29) Se ocorreu, penetração, qual o tipo? ☐ oral ☐ anal ☐ vaginal ☐ NSA

(30) Condições de ocorrência: ☐ sozinho ☐ com parceiro(a) ☐ com mais de uma pessoa ☐ com parceiro(a) ☐ com mais de uma pessoa ☐ com parceiro(a) ☐ com mais de uma pessoa

(31) Procedimento indicado: ☐ profilaxia DST ☐ profilaxia HIV ☐ profilaxia Hepatite B ☐ coleta sangue ☐ coleta secreção vaginal ☐ contracepção de emergência ☐ comunicação a clientes de trabalho ☐ aborto previsto em lei ☐ NSA

VI. Agente

(32) Número da ocorrência: _____

(33) Relação com a pessoa afetada: ☐ pai ☐ mãe ☐ padrasto ☐ madrasta ☐ cônjuge ☐ ex-cônjuge ☐ filho(a) ☐ ex-filho(a) ☐ amigo / conhecido ☐ desconhecido ☐ cuidador ☐ patrão / chefe ☐ pessoa com relação institucional ☐ outros ☐ ign

(34) Sexo do provedor: ☐ masculino ☐ feminino ☐ ambos os sexos ☐ ign

(35) Suspeita de uso de álcool / drogas? ☐ sim ☐ não ☐ ign

VII. Procedimentos

(36) Ocorrência do atendimento: ☐ atendimento ambulatorial ☐ atendimento hospitalar ☐ ign

(37) Encaminhamento(s) do caso: ☐ Conselho Tutelar ☐ Ministério Público ☐ Delegacia Especializada ☐ Juizado de Infância e Juventude ☐ outro, qual? _____ ☐ Delegacia de Polícia ☐ Programa assistencial ☐ DMU ☐ Casa/abrigo ☐ Nenhum

(38) Circunstância da lesão: _____

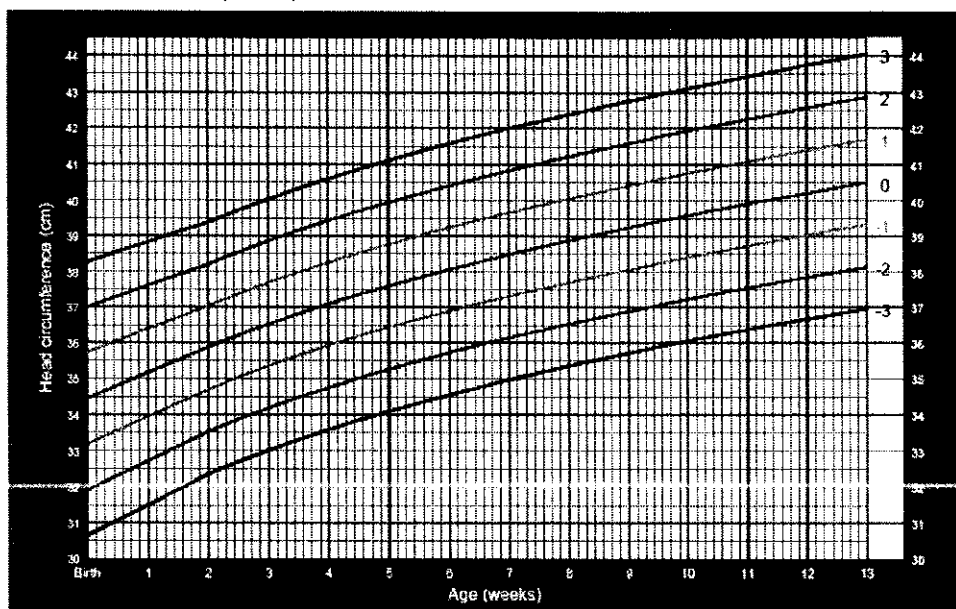
CID 10 - Cap. XIX: _____ CID 10 - Cap. XX: _____

Responsável pela notificação: _____ Registro Profissional: _____

Anexo 11. Curvas antropométricas

Head circumference-for-age BOYS

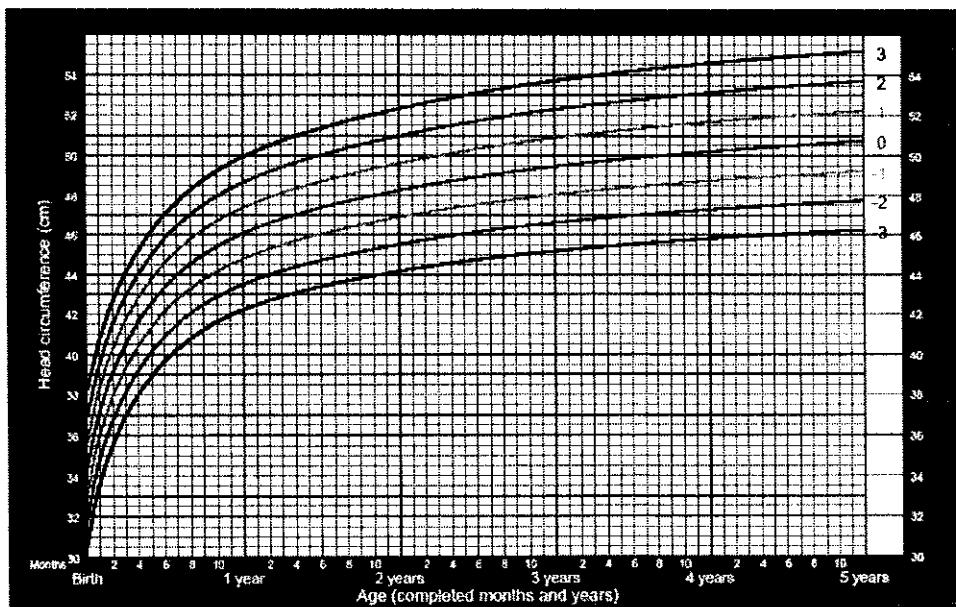
Birth to 13 weeks (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Head circumference-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)

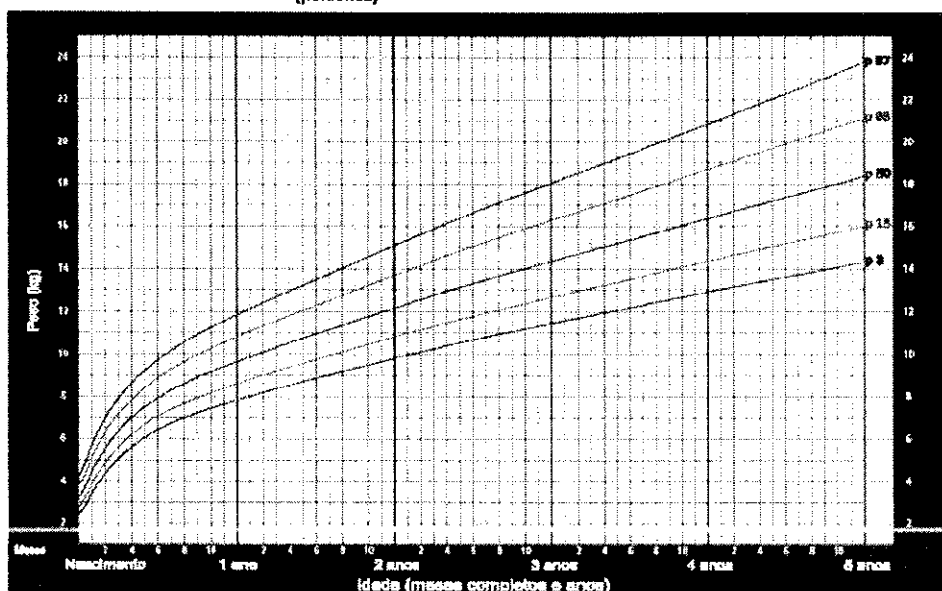


WHO Child Growth Standards

Peso por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério da Saúde

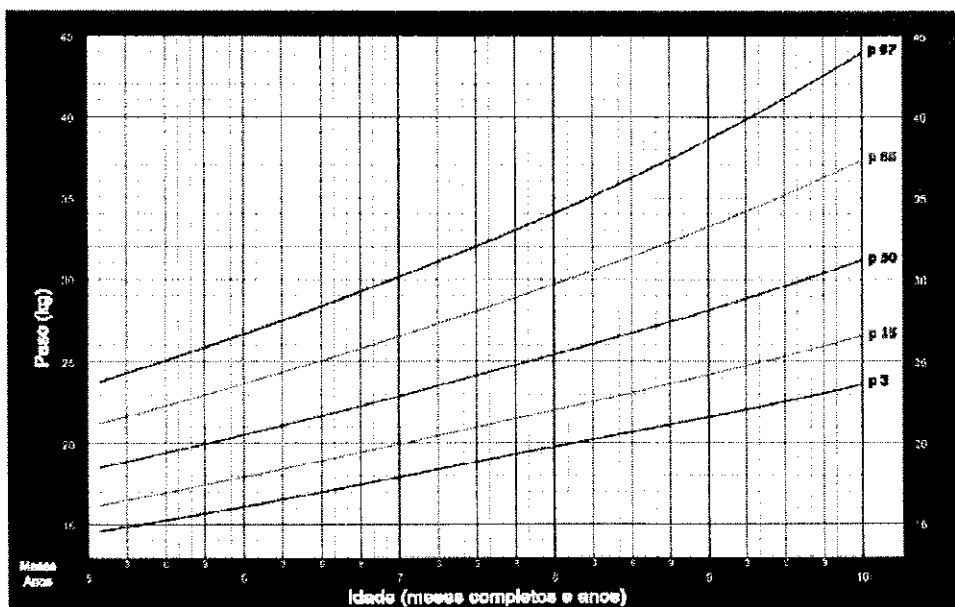


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Peso por Idade MENINOS

De 5 aos 10 anos (percentis)

Ministério da Saúde

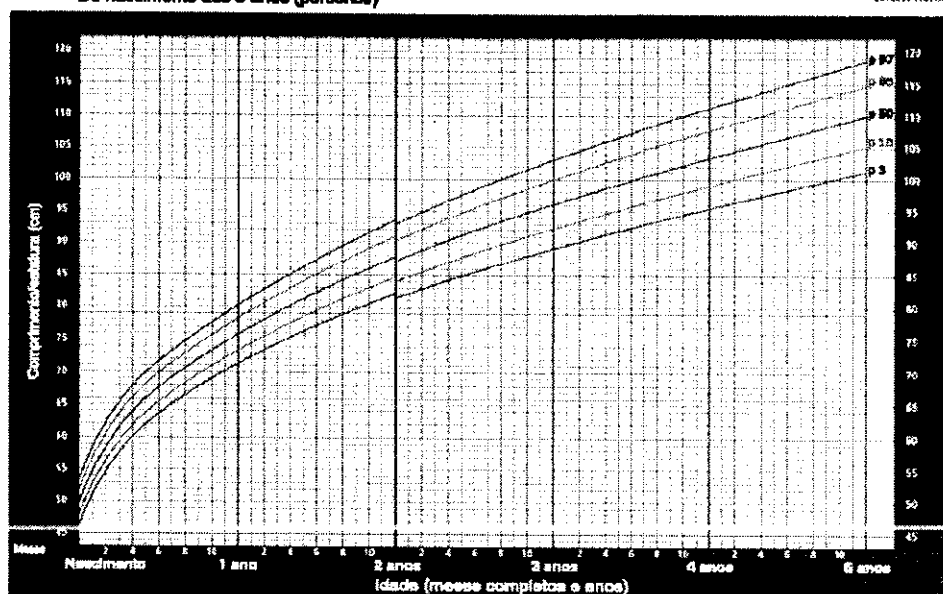


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Comprimento/estatura por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério
da Saúde
GOVERNO FEDERAL

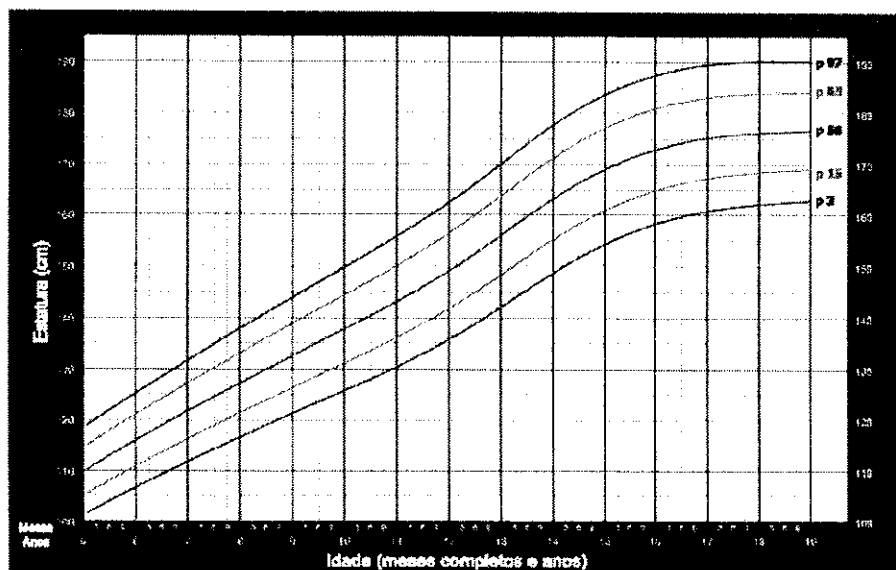


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Estatura por idade MENINOS

Dos 5 aos 18 anos (percentis)

Ministério
da Saúde
GOVERNO FEDERAL

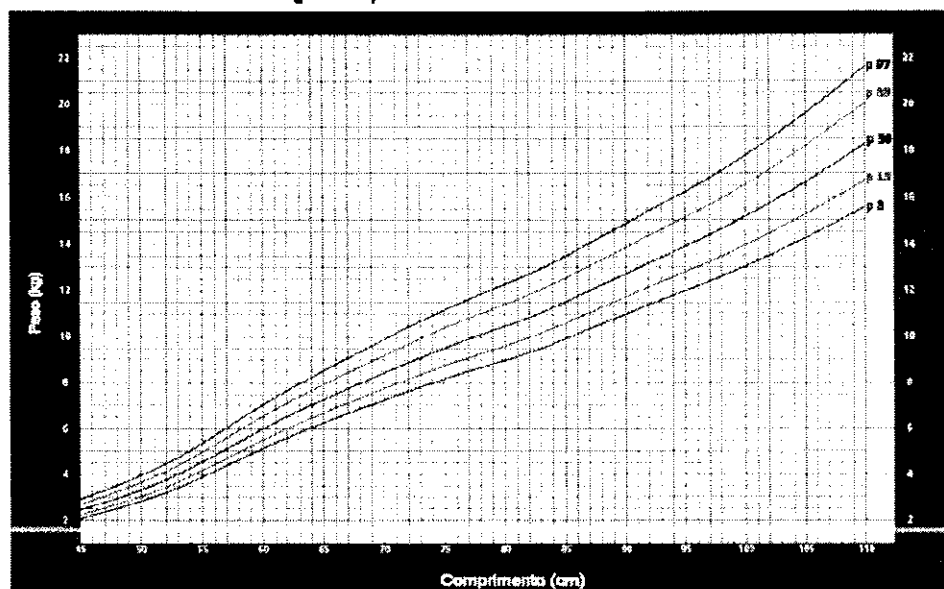


Fonte: WHO Growth reference data for 5-18 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Peso por comprimento MENINOS

Do nascimento aos 2 anos (percentis)

Ministério
da Saúde
IBRASIL
BRASIL

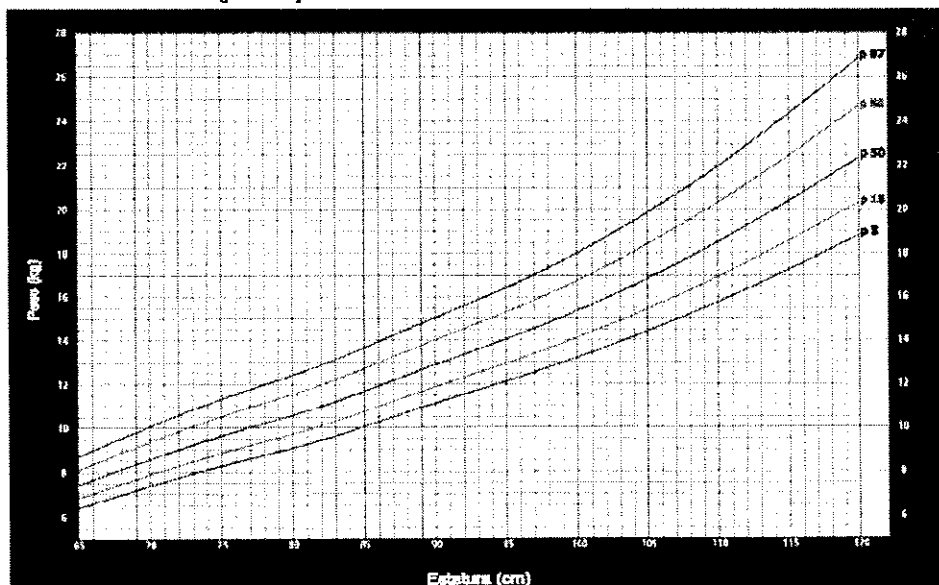


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/child/growth/en/>)

Peso por estatura MENINOS

Dos 2 aos 6 anos (percentis)

Ministério
da Saúde
IBRASIL
BRASIL

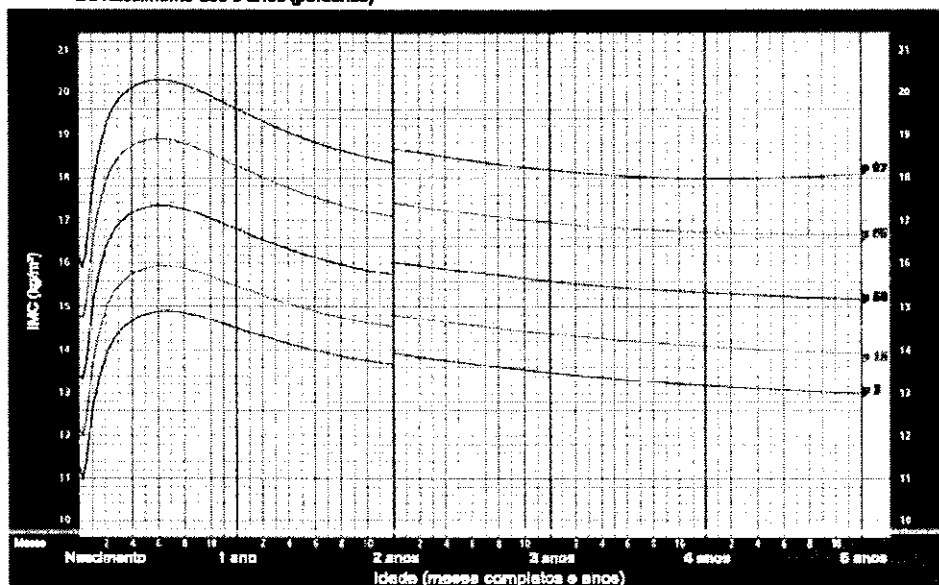


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/child/growth/en/>)

IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério da Saúde
BRS
BRASIL

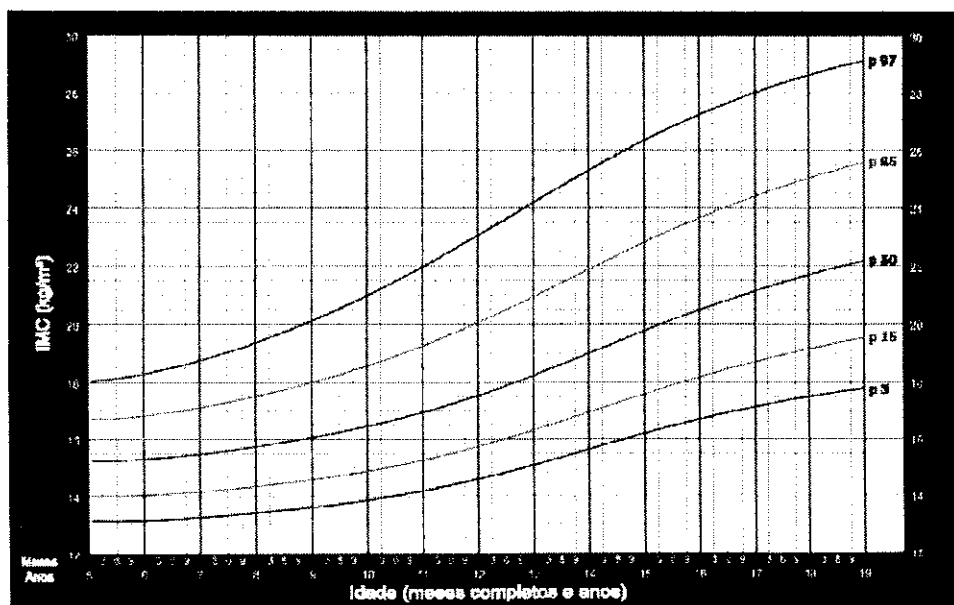


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC por Idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

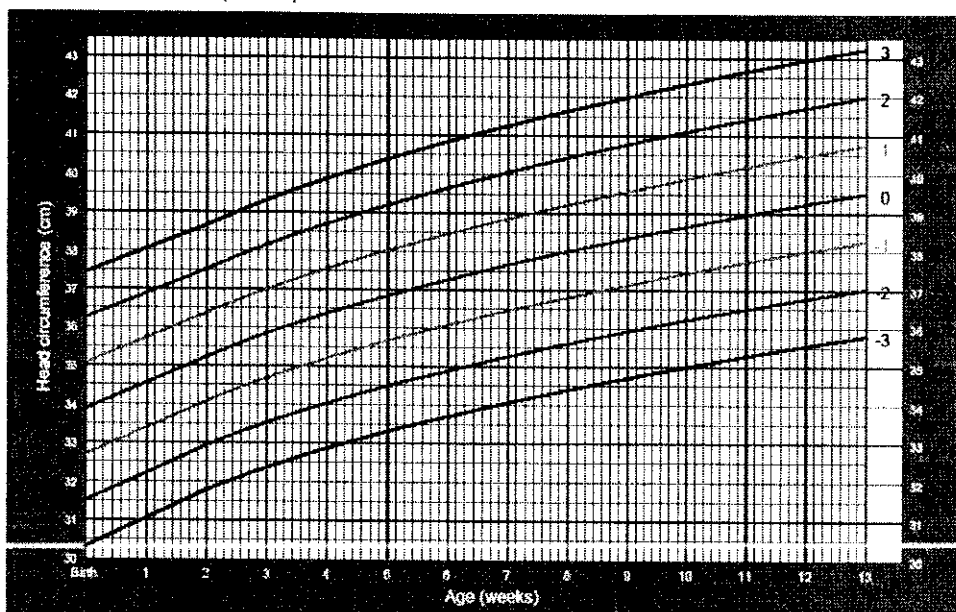
Ministério da Saúde
BRS
BRASIL



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Head circumference-for-age GIRLS

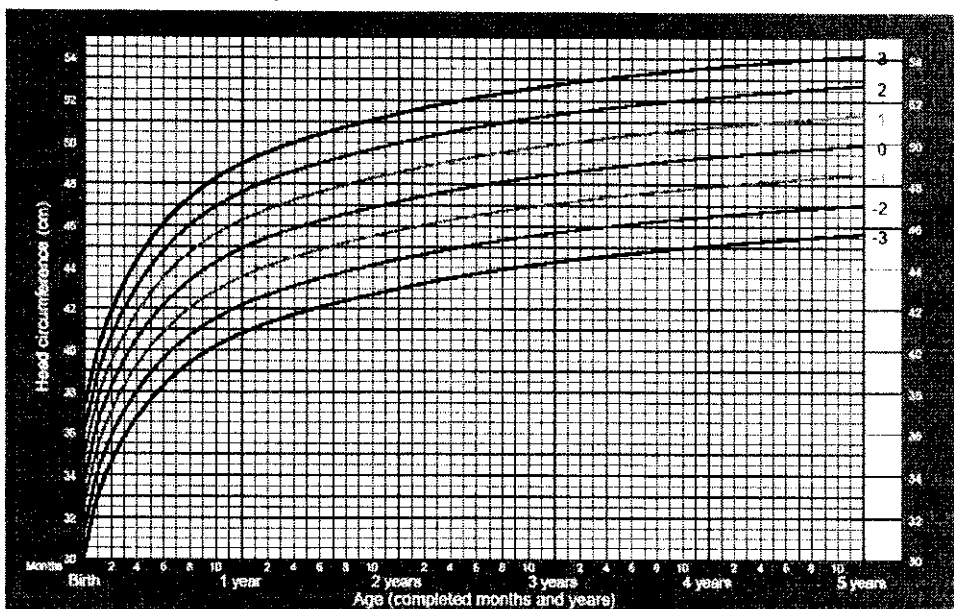
Birth to 13 weeks (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Head circumference-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)

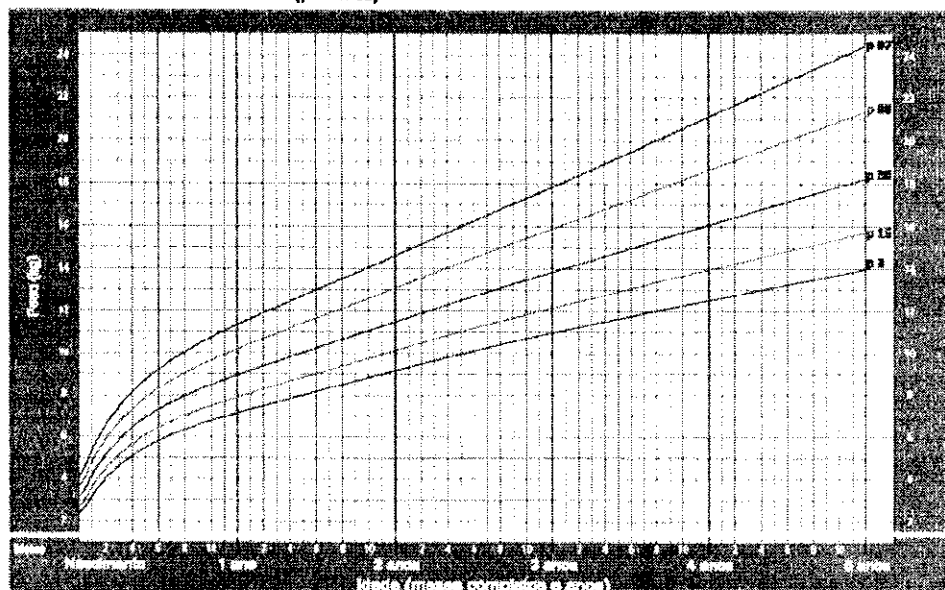


WHO Child Growth Standards

Peso por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério da Saúde

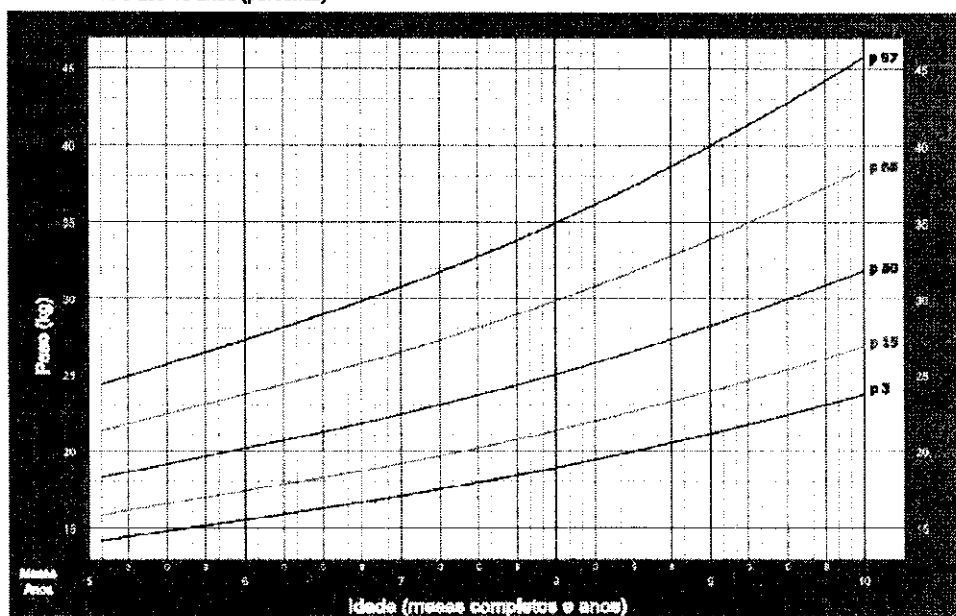


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Peso por Idade MENINAS

Dos 5 aos 10 anos (percentis)

Ministério da Saúde

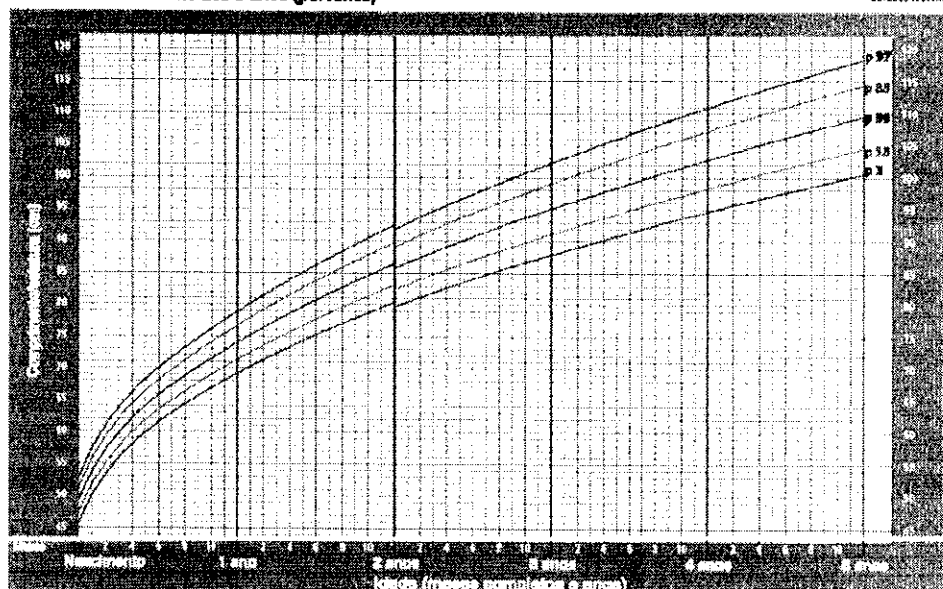


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Comprimento/estatura por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério da Saúde

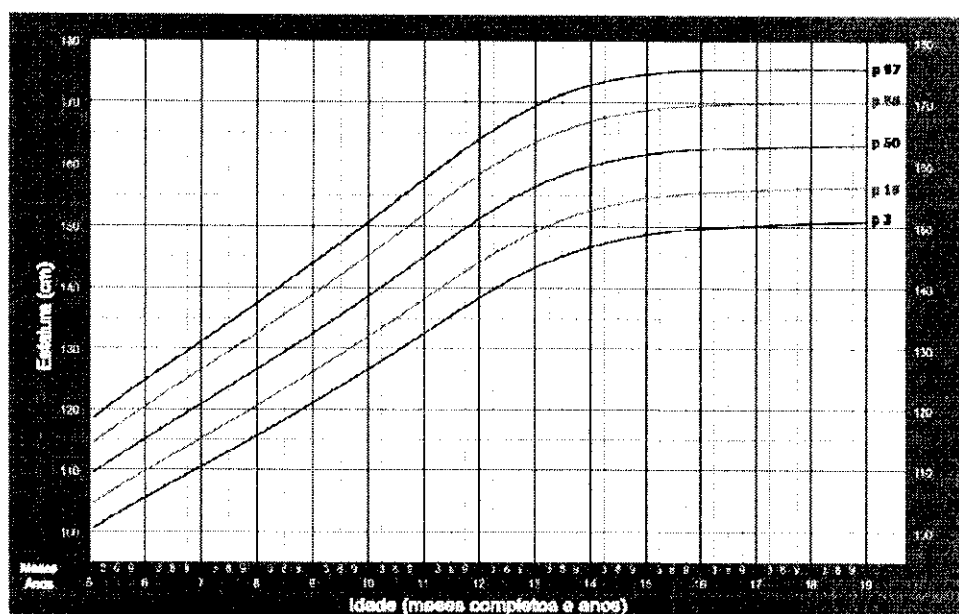


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Estatura por Idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

Ministério da Saúde

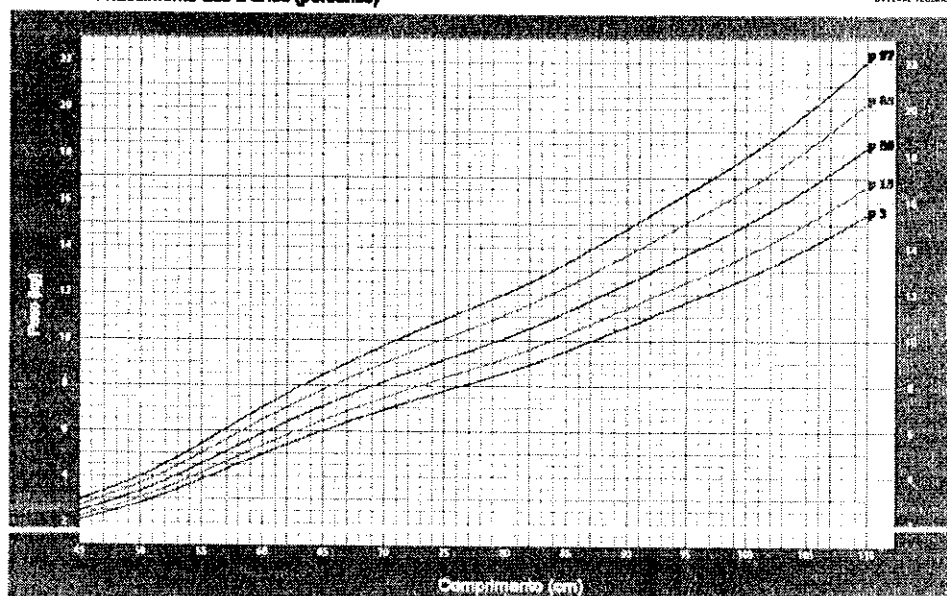


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Peso por comprimento MENINAS

Do nascimento aos 2 anos (percentis)

Ministério da Saúde
B:R:1
GOVERNO FEDERAL

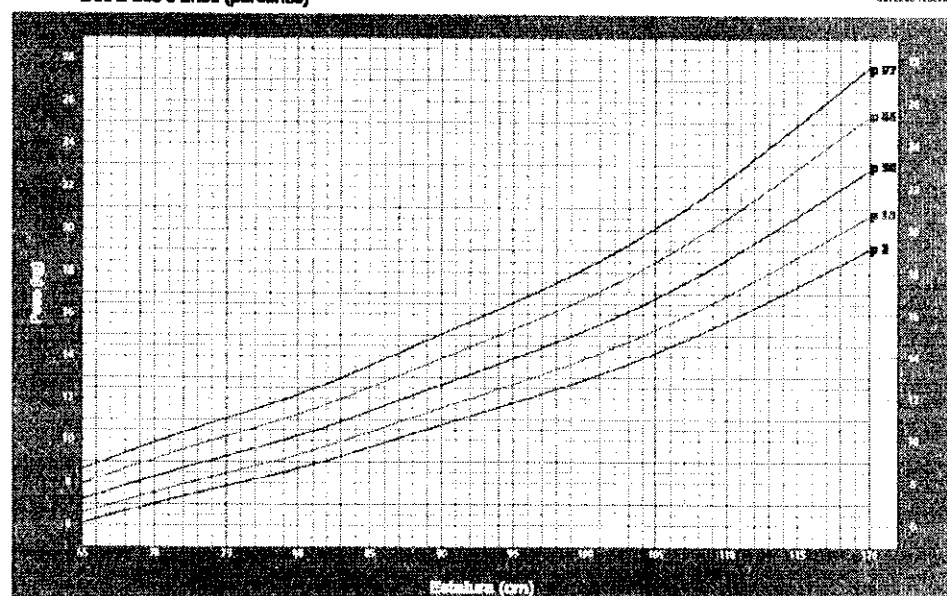


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Peso por estatura MENINAS

Das 2 aos 5 anos (percentis)

Ministério da Saúde
B:R:1
GOVERNO FEDERAL

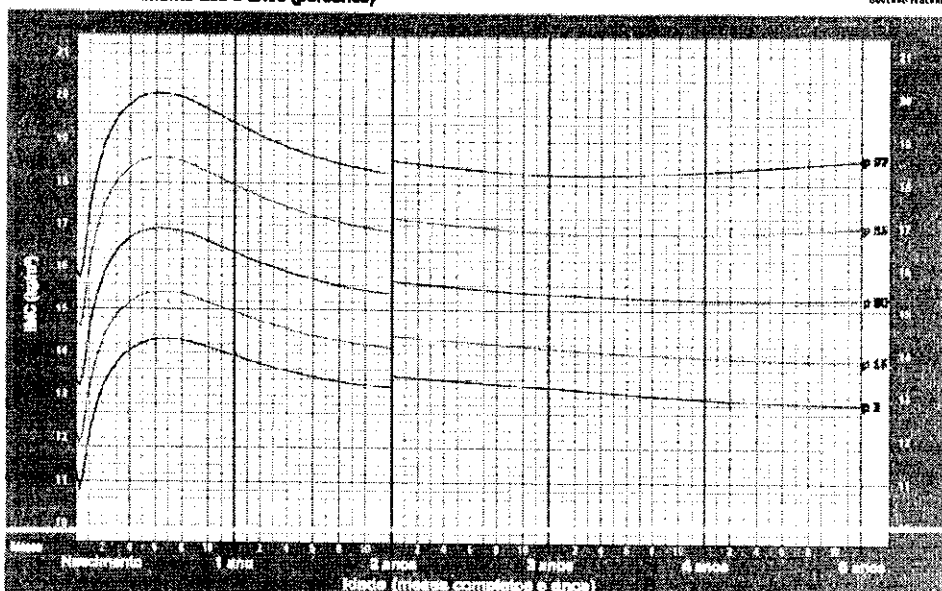


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL

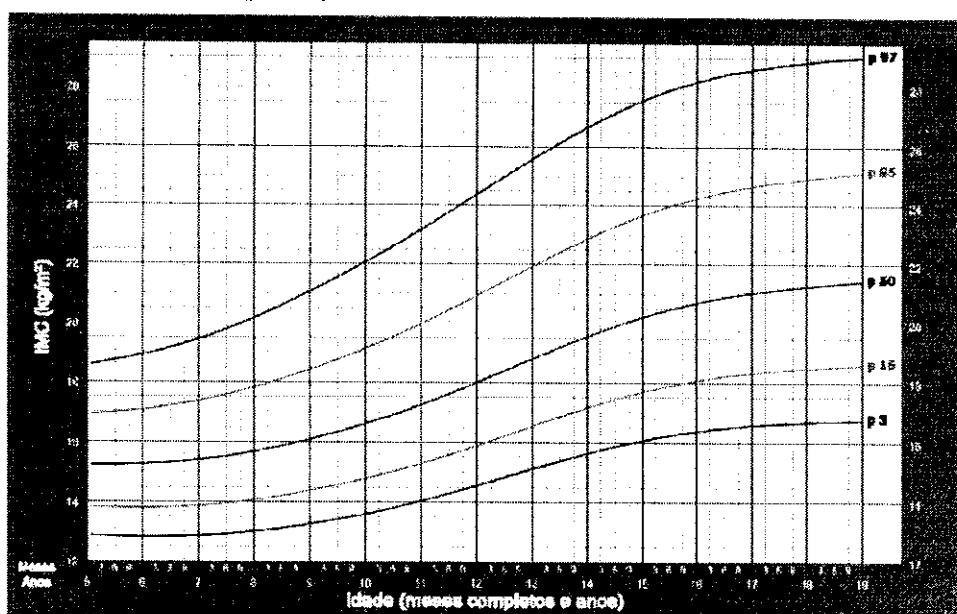


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC por Idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)