



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação

Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos

2ª edição



Maria Lucia Medeiros Lenz

Rui Flores

Organizadores

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A

Porto Alegre - RS - 2014



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

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

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

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

D: opiniões de especialistas sem maior evidência explícita ou baseadas em fisiologia.

Fonte: adaptado de 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: 15/10/2013

**Atenção à Saúde da Criança
de 0 a 12 anos**

Presidenta da República

Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde

Arthur Chioro

Grupo Hospitalar Conceição**Diretoria****Diretor-Superintendente**

Carlos Eduardo Nery Paes

Diretor Administrativo e Financeiro

Gilberto Barichello

Diretor Técnico

Paulo Ricardo Bobek

Gerente do Serviço de Saúde Comunitária

Victor Nascimento Fontanive

Coordenador do Serviço de Saúde Comunitária

Simone Faoro Bertoni

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde

Rui Flores



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação

Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos

2ª edição



Maria Lucia Medeiros Lenz

Rui Flores

Organizadores

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A

Porto Alegre - RS - 2014



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823a Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição.
 Gerência de Saúde Comunitária
 Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos / organi-
zação de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – 2. ed.– Porto
Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.
 218 p. : il.

ISBN 978-85-61979-22-5

1. Medicina de família e comunidade. 2. Atenção primária
em saúde. 3. Saúde da criança. I. Lenz, Maria Lucia Medei-
ros. II. Flores, Rui. III. Título.

CDU 616-055.5/.7

Ficha catalográfica elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não tenha fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade dos autores de cada um dos capítulos. O livro poderá ser acessado na íntegra na página do Grupo Hospitalar Conceição. (<http://escola.ghc.com.br/index.php/2013-06-05-18-36-26>)

Agradecimentos

Agradecemos a todas as mães de nosso território, com quem tanto aprendemos e a quem ensinamos a cuidar de crianças.

Às mães que nos guiaram na elaboração destas rotinas com os seus preciosos depoimentos.

Aos nossos colegas do Serviço de Saúde Comunitária e do GHC com que partilhamos a construção de uma rede de atenção.

Dedicatória

Dedicamos esse trabalho às crianças de nosso território e a seus familiares, que nos escolhem como profissionais para acompanhar sua saúde.

Organizadores

Maria Lucia Medeiros Lenz
Rui Flores

Autores

Agente Comunitário de Saúde

Ana Lúcia da Costa Maciel (Apoio à Gerência SSC)

Assistente Social

Agda Henk (US Coinma)
Sônia Mendes (Apoio à Gerência SSC)
Lúcia Silveira (US Jardim Itú)

Enfermeiras

Karla Livi (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre)
Lisiane Devinar Perico (US Divina Providência)
Cíntia Furcht (US Barão de Bagé)

Farmacêuticas

Elineide Camillo (Apoio Matricial Farmácia SSC)
Jaqueline Misturini (Apoio Matricial Farmácia SSC)
Ana Joseane D. Fernandes (Apoio Matricial Farmácia SSC)

Fonoaudiólogas

Letícia Wolff Garcez (Hospital da Criança Conceição)
Maristela C Tamborindéguy França (Hospital da Criança Conceição)

Médicos

André Klafke de Lima (US Santíssima Trindade)
Carla Berger (US Jardim Itú)
Daniella Borges Machado (US Floresta)
Fernando Anschau (Hospital da Criança Conceição)
Lúcia Takimi (Secretaria Municipal da Saúde de Sapucaia do Sul)
Marcos Vinicius Ropke (US Floresta)
Maria Lucia M. Lenz (Monitoramento e Avaliação)
Rui Flores (Monitoramento e Avaliação)

Nutricionistas

Aline Gerlach (Apoio Matricial Nutrição-SSC)
Lena Azeredo de Lima (Apoio Matricial Nutrição-SSC)
Tanara Vogel (ex-Residente US Jardim Leopoldina)

Odontólogos

Ananyr Porto Fajardo (Escola GHC)
Anna Schwendler (Residente US Sesc)
Daniel Demetrio Faustino Silva (US Sesc)
Idiana Luvison (US Floresta)
Jacqueline Webster (Hospital Criança Conceição)
Jessye Melgarejo do Amaral Giordani (Pós-graduando Epidemiologia UFRGS)
Mariana Loch dos Reis (Residente US Floresta)

Psicólogas

Camila Guedes Henn (US Barão de Bagé)
Gisele Milman Cervo (ex-Residente US Nossa Senhora Aparecida)
Maria Amália Vidal (US Conceição)
Paula Xavier Machado (US Jardim Itú)
Simone Bertoni (Coordenação SSC)

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 30 livros, entre ensaios, poemas e literatura para crianças.

Apresentação

"Depois de muito brincar para sobreviver, a criança cresceu; acedeu à bagunça da vida e está pronta para o que nunca está pronto, novos amores, trabalhos, aprendizagens, separações, reaprendizagens, reparações, reencontros."

Celso Gutfreind

(A infância através do espelho, 2014)

E, assim, nos reencontramos todos para a atualização desta rotina de atenção às crianças de zero a doze anos: as crianças, seus familiares e profissionais. Ao escrevê-la, partimos de nossa prática, do olhar diferenciado de cada um e de cada categoria profissional, das falas de nossos usuários, das melhores evidências científicas e, inexoravelmente, de nossa vivência como crianças e pais.

Nos preocupamos em abordar aspectos fundamentais para a proteção da saúde da criança, entre eles, como preparar o “ninho” para melhor recebê-la, visitá-la, oferecer suporte a seus pais ou cuidadores, estimular o fortalecimento de vínculos – que serão importantes para toda a sua vida –, identificar situações que a coloquem em risco e, principalmente, pessoas e serviços que 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 melhor 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, escolher o tratamento adequado e o melhor jeito de administrá-lo. Abordamos também a violência e a prevenção de lesões não intencionais, infelizmente tão presentes até hoje. Incluímos nesta reedição sugestões para a assistência coletiva de crianças, observando melhor sua interação, e uma exposição dos recursos com os quais contamos nos níveis secundário e terciário de atenção.

Desejamos que este trabalho seja útil na atenção à saúde das crianças sob nossa responsabilidade, mas que a individualidade de cada uma delas seja, de fato, o grande guia.

Maria Lucia Medeiros Lenz

Sumário

1. A chegada da criança na família.....	13
1.1 A família de uma criança recém-nascida	13
1.2 A formação do vínculo/apego	14
1.3 O desenvolvimento da função parental.....	15
1.4 Dificuldades comuns desta fase	15
1.5 Nascimento de um segundo filho.....	16
1.6 Estimulando a formação de uma rede de apoio mais ampla.....	16
1.7 Concluindo sobre a atenção à família neste momento.....	17
2. Visita domiciliar para a família do recém-nascido.....	21
2.1 A importância da visita domiciliar ao recém-nascido.....	21
2.2 Objetivos e conteúdo da visita domiciliar ao recém-nascido	22
2.3 O fluxo de informações dos nascimentos no GHC.....	23
3. A primeira consulta do recém-nascido	25
3.1 A época ideal para a primeira consulta.....	25
3.2 O conteúdo e a duração da consulta	25
3.3 Avaliações e orientações.....	29
4. Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes.....	35
4.1 Frequência de visitas ao médico por faixa etária	35
4.2 Anamnese.....	36
4.3 Exame físico.....	36
4.4 Aconselhamento antecipado	39
5. Solicitação de Exames Complementares	45
5.1 Hemograma	45
5.2 Exames de fezes e comum de urina (EPF e EQU)	47
5.3 Perfil lipídico.....	47
5.4 Nível sérico de chumbo	49
6. Imunizações	53
6.1 Calendário de vacinação da criança no Brasil.	53
Vacinas.....	54
Doses.....	54
6.2 Vacinação de crianças e jovens soropositivos.....	54
6.3 Descrição e conduta frente a alguns eventos adversos comuns a vários imunobiológicos	55
7. Triagem auditiva neonatal e sua implicação no desenvolvimento da linguagem	57
7.1 Indicadores de risco para perdas auditivas congênitas, do período neonatal ou progressivas na infância.	57
7.2 O teste da orelhinha e a técnica de realização	58
7.3 Rotinas para a realização da TANU ou Teste da orelhinha.....	58
7.4 Seguimento da criança a partir da TANU ou Teste da orelhinha.....	59
7.5 Perda auditiva e suas implicações no desenvolvimento da Criança – ênfase na linguagem	60
8. Avaliação do crescimento e desenvolvimento	65
8.1 Crescimento	65
8.2 O desenvolvimento da criança	70
9. Alimentação Saudável.....	81
9.1 Alimentação da criança de 0 a 2 anos	81
9.2 Alimentação da criança de 2 a 6 anos	94
9.3 Alimentação da criança de 7 a 12 anos	97
9.4 Obesidade em crianças.....	98

10. Suplementação Alimentar	107
10.1 Suplementação de ferro	108
10.2 Suplementação de vitamina D	110
10.3 Suplementação de vitamina A	111
10.4 Suplementação de vitamina K ao nascer	114
10.5 Suplementação de zinco.....	114
11. Medicamentos: um olhar sobre o uso e a segurança na infância.....	117
11.1 Uso de medicamentos durante a amamentação	117
11.2 Medicamentos e crianças: é possível prevenir ingestão acidental?.....	119
11.3 Cuidados com os medicamentos	122
12. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos	131
12.1 Vigilância em Saúde Bucal: Ação Programática da Criança	132
12.2 Cuidados em saúde bucal para crianças de 0 a 3 anos	133
12.3 Cuidados em Saúde Bucal para crianças de 3 a 6 anos	137
12.4 Cuidados em saúde bucal para crianças de 6 a 12 anos	143
13. Prevenção de lesões não intencionais.....	147
13.1 Os diferentes momentos de se fazer prevenção	147
13.2 Fatores de risco e vulnerabilidade para lesões não intencionais.....	148
13.3 Proteção para lesões não intencionais	149
13.4 Orientações aos familiares e às crianças para controle e prevenção de lesões não intencionais.....	150
14. Interação pais-bebê nas consultas coletivas de puericultura	155
14.1 Por que realizar consultas coletivas?.....	155
14.2 A Consulta Coletiva de Puericultura.....	156
14.3 Como realizar uma Consulta Coletiva de Puericultura?	156
14.4 Aspectos da Interação Pais-bebê em Consultas Coletivas de Puericultura.....	159
15. Violência: prevenção, manejo e identificação de vulnerabilidade na infância e adolescência ..	165
15.1 Violência.....	166
15.2 Suspeitando de maus-tratos e violência	168
15.3 Manejo dos casos.....	172
15.4 Prevenção de violência.....	174
16. Rede social e direito das crianças.....	181
16.1 Conselhos Tutelar em Porto Alegre/RS	182
16.2 Políticas Nacionais de Assistência Social (PNAS)	183
16.3 Outros recursos importantes da rede.....	186
16.4 Rede Especializada em Saúde Mental para Criança e Adolescente	188
17. Atenção em pediatria e hebiatria no Hospital Criança Conceição	191
17.1 Setores e Serviços – assistência indireta aos usuários	192
17.2 Setores e Serviços – assistência direta aos usuários e cuidadores.....	192
18. Promoção, narração, brincadeira e imaginação em saúde.....	199

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. A equipe de saúde deve ainda compreender e orientar os pais sobre a formação de vínculos e o fortalecimento da parentalidade³. O profissional precisa estar atento para possíveis e freqüentes dificuldades que se apresentam e estimular a construção de uma rede, inclusive na equipe de saúde, que sirva de apoio à família³.

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.

Em 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 et al, 1987 apud HALPERN⁵).

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. 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. Em função destas mudanças, não é incomum que se manifestem conflitos conjugais durante o período pós-natal⁶, o que faz necessária a detecção precoce

destes conflitos como forma de melhor assistir e intervir nestas situações⁷ [B]. 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 criança⁸. Este mesmo estudo aponta ainda que a presença de um relacionamento disfuncional do casal aumenta a probabilidade de dificuldades na relação pai-filho. Por este motivo, são importantes a inclusão e o estímulo à participação paterna já durante o período pré-natal⁷ [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. 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 participar⁹.

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 freqüente ao bebê? Reagem de forma irritada ou agressiva ao choro¹⁰⁻¹¹?

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. Cabe ressaltar que a relação entre o bebê e seu cuidador principal (em geral, a mãe) exerce um impacto significativo sobre seu desenvolvimento emocional e social. Por esse motivo, naqueles casos em que são identificadas dificuldades no desenvolvimento das relações de apego, faz-se necessária uma intervenção diferenciada como forma de auxiliar esta família, visitas domiciliares frequentes e durante certo período de tempo (suficiente para estabelecer confiança e ajudar a fazer mudanças positivas) podem ser de grande ajuda¹² [A].

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.

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 parentalidade³, definida como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai ou mãe¹³. 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 e a família ampliada e os profissionais que trabalham com pais e bebês¹³.

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 identidade¹³⁻¹⁴. 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 psicossomáticas¹⁵, 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) e não é considerado uma depressão pós-parto. O manejo adequado inclui uma orientação sobre a sua freqüência e transitoriedade, estímulo à manifestação de sentimentos e a aceitação de apoio¹³.

A **depressão pós-parto**, cuja incidência varia entre 12 e 19%¹⁶, 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 meses¹⁶ [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-bebê¹⁸, o profissional de saúde deve estar atento à presença de sintomas compatíveis com depressão³, principalmente em relação à época de início (mais tardio que o “baby blues”, em torno da 5ª e 6ª semana puerperal), 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.

Algumas intervenções psicológicas e psicossociais, tais como visitas domiciliares de profissionais de saúde no período pós-parto, suporte através de contatos telefônicos e psicoterapia interpessoal, parecem reduzir significativamente o número de mulheres que desenvolvem depressão pós-parto¹⁹ [A], bem como diminuir, em curto prazo, os sintomas depressivos no puerpério²⁰ [A].

É importante ressaltar que a depressão materna parece exercer um impacto negativo para a saúde mental das crianças em idade escolar, favorecendo o surgimento de problemas comportamentais, psicopatologias (como depressão, ansiedade e problemas de conduta), além de prejuízos cognitivos e de desempenho social, configurando-se, desta forma, como um fator de risco ao desenvolvimento infantil²¹ [B].

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 agressividade²². 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 interesse²³. 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 irmão²³.

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 outros⁹. 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 emocional²⁴ [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 crianças²⁵. 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 e segundo DESSEN e POLONIA⁹:

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

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**, Maringá, 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, 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG037fullguideline.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.
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. HERNANDEZ, J. A. E.; HUTZ, C. S. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 414-421, 2009.
7. FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R.; FERNANDES, C. L. Problematic parent-infant relationships in two-parent families: prevalence and risk factors in a Brazilian neighborhood. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 139-146, 2012.
8. FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; FERNANDES, C. L. Couples relationship and breastfeeding: is there an association? **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 19, n. 10, 2004.
9. 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.
10. PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
11. BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
12. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Social and emotional wellbeing: early years: Public Health Guidance, PH40**, oct. 2012. Disponível em: <<http://guidance.nice.org.uk/PH40>>. Acesso em: 20 dez. 2013.
13. 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.
14. STERN, D. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
15. 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.
16. 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.
17. HASSELMANN, M. L.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S341-S352, 2008. Supplement 2.
18. 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.
19. CINDY-LEE, D.; DOWSWELL, T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 11, 2013.
20. CINDY-LEE, D.; HODNETT, E. D. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 11, 2013.
21. MENDES, A. V.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 5, 2008.

22. 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.
23. PEREIRA, C. R. R. Acordo de paz: saiba como estimular a boa convivência entre irmãos. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 2, 28 abr. 2008.
24. 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.
25. AZEVEDO, G. C. B. **O papel que avós exercem na criação dos netos na sociedade contemporânea**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso-Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 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.

2.1 A importância da visita domiciliar ao recém-nascido

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 evidencia que a visita domiciliar e as atividades que envolvem bebês e crianças são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde (ACS) de Porto Alegre². Avaliação realizada no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição confirma e salienta que a visita ao recém-nascido (RN) 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. Estudo realizado em Pelotas (RS) conclui que a melhoria dos indicadores da saúde infantil depende da extensão dos cuidados em nível domiciliar e que os ACS, uma vez capacitados adequadamente, apresentam potencial para interferir de forma positiva na saúde da família através de visitas domiciliares (VDs)⁵.

Revisão de vários estudos, predominando estudos americanos, mostra boas evidências do benefício de visitas domiciliares durante o período pré e pós-natal nas seguintes situações⁴⁻⁶: desenvolvimento da parentalidade, melhora de alguns problemas de comportamento da criança

(segundo os pais), melhora no desenvolvimento cognitivo de grupos específicos, como prematuros e recém-nascidos de baixo peso, redução de lesões não intencionais, melhora na detecção e manejo da depressão pós-parto, melhora na prática de amamentação. Outro estudo 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-econômico⁷. Estudo brasileiro 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 deprimidas⁸.

2.2 Objetivos e conteúdo da visita domiciliar ao recém-nascido

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 na primeira semana de vida, desenvolvida há mais de vinte cinco anos no SSC e recomendada pelo Programa Pra-nenê da Secretaria Municipal de Porto Alegre⁹. Recomendamos inclusive que a visita seja estendida às gestantes, para estimular e auxiliar no preparo para receber o bebê. A maioria dos estudos que avaliou o impacto de VDs na saúde da criança utilizou um programa que iniciou durante a gestação e prolongou-se nos primeiros anos de vida⁶.

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde¹⁰, dos depoimentos das famílias e das evidências científicas, as visitas domiciliares às famílias dos recém-nascidos têm como objetivo:

- facilitar acesso e agendamento da primeira consulta no serviço de saúde;
- possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde;
- escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família;
- estimular o desenvolvimento da parentalidade oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos comuns nesse processo;
- orientar sobre os cuidados com o recém-nascido;
- identificar sinais de depressão puerperal;
- promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida;
- prevenir lesões não intencionais.

Na tentativa de facilitar o cumprimento desses objetivos, elaborou-se no SSC uma ficha guia que deverá ser utilizada pelos ACS, durante a visita domiciliar (anexo 1). O seu preenchimento, com os aspectos positivos e negativos identificados, deve ser realizado somente após a visita, evitando dessa forma que o registro torne-se um empecilho para a boa comunicação.

Um contato prévio do ACS com a família é importante para agendar o melhor horário da visita e já ir esclarecendo os principais objetivos. Ao entrar na casa da família, deve-se passar a intenção de apoiá-los e auxiliá-los no que for necessário e possível. Durante a visita domiciliar, o profissional deve manter sempre uma postura empática e nunca intrusiva. A realização da visita domiciliar requer um saber-fazer do Agente Comunitário de Saúde que deve basear-se em algumas condutas guiadas pelo respeito, atenção, valorização, compromisso e ética¹⁰.

Os tópicos guias (Quadro 1), revisados com os ACS do SSC, não são parte de um questionário e sim lembretes de situações importantes a serem identificadas neste momento, sugestões de perguntas que podem ser feitas durante este contato e orientações importantes. Vale lembrar que o ACS **pode ou não realizar algumas dessas perguntas em função do que já conhece sobre a família e o vínculo prévio que já estabeleceu com ela**. O importante deste contato é estabelecer ou fortalecer o vínculo com o serviço de saúde e oferecer suporte. Outros aspectos sobre os primeiros cuidados com a criança foram abordados no capítulo da primeira consulta do recém-nascido.

Quadro 1. Situações que o ACS deve procurar identificar durante visita domiciliar

Assunto	Forma de identificação, perguntas oportunas e orientações adequadas
Atenção à família	Observe como a família está vivenciando esta nova situação. Identifique e avalie a rede de apoio da família (familiares, outras famílias, instituições, equipe de saúde) e procure identificar situações mais graves como dependência química e tabagismo. “Com quem a mãe (e o pai) podem contar como apoio aos cuidados do bebê?” “Alguém da família bebe, fuma cigarro ou maconha ou utiliza alguma outra droga?”
Parentalidade	Observe como o pai e a mãe estão se adaptando a esses novos papéis e procure observar o relacionamento da família, do casal e deles com o bebê. Ofereça espaço para a manifestação de sentimentos. “Como vocês estão se vendo (se adaptando)?” “Alguma dificuldade que a gente possa ajudar?”
Depressão	Procure identificar sintomas de depressão materna e comunique o profissional de referência. “Como você(s) está (ão) se sentindo?” Observe o relato de sintomas, tais como: irritabilidade, choro fácil, sentimentos de desamparo, desesperança, falta de energia, motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares, incapacidade de lidar com novas situações.
Amamentação (somente se não tiver restrição para amamentar) e Sono	Orientar sobre amamentação exclusiva até o sexto mês e as vantagens para a mãe/bebê, livre demanda (sempre que o bebê tiver vontade), não oferecer água, chás, mel ou outros líquidos/leites sem prescrição. Identifique sinais de mastite (agende consulta prontamente): calor, dor, vermelhidão na mama. Orientar sobre os hábitos normais de sono do bebê (12 a 20 horas/dia) e situações que facilitem o ritmo de sono (intervalo maior a noite) como não fazer barulho ou não acender luzes à noite e mantê-lo mais alerta durante o dia.
Revisão da Saúde do Bebê	Orientar alguns cuidados com o bebê: a temperatura da água do banho; dormir na própria cama e na posição ideal (“barriga pra cima”); se usa mamadeira, cuidar a temperatura e evitar esquentar no microondas; o bebê deve ser transportado no automóvel, sempre em cadeirinha apropriada e no banco traseiro; orientar a importância das vacinas (BCG e hepatite B); teste do pezinho (entre o 3º ao 5º dia de vida é o melhor) e teste da orelhinha (a partir do 15º dia de vida e realizado no hospital).
Plano de ação (o cuidado deve ser individualizado)	Formule um plano de ação levando em consideração os aspectos positivos e que os precisam melhor atenção. Inclua a data da próxima visita e periodicidade, relato breve da discussão do caso com supervisor ou outro profissional da equipe e contato com outra instituição ou outra família. Pergunte sempre se a família gostaria de alguma ajuda específica e inclua no plano de ação.

2.3 O fluxo de informações dos nascimentos no GHC

As equipes recebem do Monitoramento e Avaliação do SSC a informação do nascimento do bebê. Crianças nascidas no GHC (Hospital Conceição e Fêmeia) são identificadas diariamente através das internações obstétricas. O número de registro da criança, a data de nascimento, o endereço e nome da mãe são enviados às equipes por meio eletrônico. A Declaração de Nascimento e a Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento (Programa Pra-Nenê da SMS) são enviadas posteriormente via malote. O responsável local pelo Programa Pré-nenê recebe a informação e providencia o contato do ACS com a família do recém-nascido.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
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. BULL, J. et al. **Ante and post-natal home-visiting programmes**: a reviews evidence briefing. United Kingdom: Healt Development Agency, Feb. 2004. Disponível em: <www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/ante_and_postnatal_homevisiting_evidence_briefing.jsp>. Acesso em: 20 dez. 2013
5. CÉSAR TEIXEIRA J. et al. Visita domiciliar puerperal. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n.28, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84202804>>. Acesso em: 28 fev. 2014.
6. 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 dez. 2013
7. 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.
8. 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. Supplement.
9. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Vigilância em Saúde. **Programa pra-nenê**. Porto Alegre, 1997.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

3. A primeira consulta do recém-nascido

Maria Lucia Medeiros Lenz
Daniella Borges Machado
Marcos Vinícius Ropke

“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 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^{2,4}, 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 Saúde⁵ e da Sociedade Brasileira de Pediatria⁶, deverá acontecer na primeira semana de vida, 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 e a duração da consulta

Os cuidados com a saúde do bebê e sua família devem ser sempre individualizados^{2,4,7}. No entanto, as recomendações descritas a seguir são extensivas a todos os recém-nascidos durante sua primeira consulta. A duração desta consulta deve ser adaptada às suas necessidades, de modo que habitualmente dois horários de consultas normais contínuos possam ser reservados. É indispensável que a família possa expressar-se livremente e que o profissional esteja atento à comunicação não verbal que se estabelece neste atendimento.

Recomendamos a utilização de formulários específicos para o registro das consultas (anexos 2 e 3). Esses formulários tratam-se de versões que vem sendo atualizadas e modificadas 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]. É também preconizado o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, que pode e deve ter seu uso estimulado como fonte de informação pela família

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 e outros acontecimentos relevantes na gestação, parto, período neonatal e tratamentos realizados)^{2,4,7} e os antecedentes familiares (condições de saúde dos pais e irmãos, número de gestações anteriores, número de irmãos)^{4,7}.

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 tardia⁸.

São sugeridas também questões abertas para facilitar e encorajar as manifestações dos pais. Alguns exemplos são “Como tem sido as coisas para você e sua família desde que chegaram em casa?” e “Quais dúvidas ou preocupações você tem hoje?”⁹.

3.2.2 Exame físico completo

Um exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta de puericultura⁴, não havendo evidência científica que isto deva ser repetido em todas as consultas, embora recomendado, empiricamente, em muitos protocolos⁹⁻¹⁰. 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.

O quadro a seguir refere-se a uma adaptação das recomendações do Ministério da Saúde⁴, NICE², Sociedade Brasileira de Pediatria⁶, Bright Futures⁹, ICSI¹⁰, USPSTF¹¹ e AIDPI Neonatal¹² para exame físico nas primeiras semanas de vida.

^{*} LEITE, W.L. et al. **Ações Materno-Infantis: atenção à saúde da criança**. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 1996.

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

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	Avaliar comprimento e perímetro cefálico ajustados para a idade gestacional ^{9,12} . Avaliar o peso em relação ao peso ao nascer. Considera-se normal uma perda de peso de 10% ao nascer e a sua recuperação até 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 ¹³ .
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, afeto e conforto.
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, taquipnéia 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 36º C e 37,5º C ¹² . 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 síndrômica.
Pele	Pesquisar assaduras, pústulas (impetigo), bolhas palmoplantares (sífilis). Esclarecer a família quanto à benignidade do eritema tóxico. 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, vasoconstricção periférica ou sinal de arlequin – 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). 4. icterícia (O profissional deve estar mais atento se 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 ou se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo atingindo pernas e braços ¹⁴ . A USPSTF ¹¹ considera que as evidências são insuficientes para recomendar rastreio universal para hiperbilirrubinemia como forma de prevenir encefalopatia crônica, mas que existe evidência que o rastreio utilizando fatores de risco e aferições pode identificar neonatos em risco de desenvolver hiperbilirrubinemia.
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 ¹⁴ - 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 anato-funcional. Teste do reflexo vermelho ou Bruckner Test (teste do olhinho) ¹⁴ - deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente a 5 a 10 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 ¹⁵ . 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 prognóstico reservado. Conjuntivites - as pálpebras podem estar edemaciadas (reação ao nitrato de prata a 1% - Credé), 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 ⁵ . 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 swab, 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. Obstrução congênita do ducto lacrimal é frequente e muitas vezes resolve com a massagem do saco lacrimal ⁶ . A dacriocistite ou inflamação do ducto nasolacrimal requer, contudo, acompanhamento cuidadoso e muitas vezes encaminhamento ⁹ . 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 ¹⁵ . O exame para seu diagnóstico está descrito no item 4. A idade ideal para encaminhamento é a partir dos 4 meses.

continua

continuação

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 capítulo 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) ¹⁶
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 ¹⁶ ; 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 a frequência respiratória - normal entre 30 e 60 ppm). 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. Os sopros ditos inocentes de ejeção são frequentemente em tom vibratório, nunca com frêmito e mais audíveis em área pulmonar ⁶ .
Abdômen	Observar respiração , que é basicamente abdominal. 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) ¹⁷ , 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 neste caso a criança deve ser encaminhada para a emergência. Cabe lembrar que o fígado pode ser palpável, até o sexto mês, na linha hemiclavicular ⁶ .
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 ¹⁸ . O ICSI aponta que a eficácia do rastreio de criptorquidia não foi estabelecida, mas que o tratamento precoce tem impacto sobre infertilidade e câncer na idade adulta. O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele , que em geral tem regressão lenta com resolução espontânea até os dois anos ¹⁸ . 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 clitoris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.
Ânus e reto	Verificar a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.
Sistema osteoarticular	Examinar membros superiores e inferiores , a resistência à extensão ou flexão dos membros ou flacidez excessiva e a presença de paralisia, como, por exemplo, a que acontece por lesão do plexo braquial por toco-traumatismo. 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 ^{2,8,10,11} – mais bem descrito no item 4. A USPSTF ¹¹ considera que há evidências que o rastreio leva à identificação precoce, mas que estas são insuficientes para se recomendar o rastreio universal da displasia de quadril como forma de prevenir desfechos adversos e enfatiza que a maioria detectada resolve espontaneamente. O ICSI ¹⁰ considera que os riscos potenciais do rastreio foram enfatizados em excesso pela USPSTF ¹¹ e que este é um item que pode estar indicado no exame físico. A Canadian Task Force ¹⁴ recomenda exame clínico seriado até os 12 meses e não recomenda exames de imagem. A American Academy of Pediatrics ⁸ recomenda o exame clínico seriado, assim como exame de imagem em meninas nascidas em posição pélvica e considera o exame de imagem opcional em meninos nascidos na posição pélvica ou em meninas com história familiar positiva.
Coluna vertebral	Examinar toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média. A presença de espinha bífida pode ser reconhecida.
Avaliação neurológica	Observar reflexos primitivos (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 ¹⁴ . Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor : Observar que fica alerta para se alimentar, chora, se vira ao chamado dos pais, fixa o olhar brevemente em faces e objetos, suga e engole.

3.3 Avaliações e orientações

3.3.1 Avaliar a presença de situações de proteção e risco à saúde do recém-nascido

Especialmente na APS, com o acompanhamento da família desde o período gestacional, é possível melhor identificar situações de proteção e risco à saúde do bebê. O desenvolvimento cognitivo e físico dos lactentes e de crianças é afetado pela suas condições de saúde, de nutrição, de comportamento de sua família e condições sociais, especialmente durante a gravidez e primeira infância. Em relação à nutrição, o leite materno é amplamente reconhecido como a forma mais completa alimentar a maioria das crianças, com uma série de benefícios para o seu crescimento, imunidade e desenvolvimento. As crianças que recebem afeto, criadas em bairros mais seguros e livres de maus-tratos e outras adversidades sociais são mais propensas a se tornarem adultos mais saudáveis²⁰.

As situações consideradas de risco à saúde da criança pelo MS são: 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 < 5 anos na família⁴. As situações de risco complementadas pelo Programa Pré-nenê da SMS de PA (SMS, 2004) são: aleitamento materno suspenso ou misto, gestação gemelar, malformação congênita, mais de 3 filhos morando junto, 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, e atraso no desenvolvimento⁷.

Observação: a Coordenação do Programa Pra-nenê da SMS de Porto Alegre (comunicação pessoal em janeiro/2014) encontra-se revisando as situações de risco descritas acima. A partir dos resultados, 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.

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 emergência 21

As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves e, nesta faixa etária. Sinais e sintomas suspeitos de doença grave em menores de 2 meses:

- “Não vai bem”, está irritada;
- Não consegue mamar;
- Vomita tudo;
- Temperatura axilar < 36°C ou > ou = 37,5°C;
- Convulsões;
- Letargia/inconsciência ou flacidez;

- Tiragem subcostal grave;
- Apneia;
- Batimentos de asas do nariz;
- Gemido, estridor ou sibilância;
- Cianose central;
- Palidez intensa;
- Icterícia até região abaixo do umbigo e/ou de aparecimento antes de 24 horas de vida;
- Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias;
- Secreção purulenta do ouvido ou da conjuntiva (abundante e com edema palpebral) ou do umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor);
- • Distensão abdominal;
- • Peso < 2.000g;
- • Frequência respiratória > ou = 60 ou < 30 rpm;
- • Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas);
- • Enchimento capilar lento (> 2 seg);
- • Anomalias congênitas maiores.

3.3.3 Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo e auxiliar na formação/fortalecimento do vínculo pais-bebê.

Estudos evidenciam que orientar sobre a amamentação durante a gestação e após o nascimento do bebê interfere no tempo de amamentação²². 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 saúde. Estimular a amamentação, orientando a livre demanda (frequência e duração) e não prescrevendo desnecessária complementação com outros leites são algumas das orientações que serão melhor abordadas no capítulo 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}. 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 respiratórias²³ [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 choro⁴⁻⁵. Orientar a posição supina (de costas ou de “barriga pra cima”) para dormir e a sua relação de proteção com o risco de morte súbita do lactente²² 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. 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 noturno e os diferentes significados do choro: fome, desconforto, dor²⁴. 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.

3.3.5 Em relação ao fumo passivo, deve-se estimular a cessação de tabagismo entre os familiares que convivem com a criança e orientar sobre os seus efeitos²².

Crianças expostas ao tabagismo passivo estão mais sujeitas à síndrome da morte súbita; apresentam com maior frequência doenças respiratórias e alteração da função pulmonar; apresentam mais crises de asma e crises mais severas; apresentam com maior frequência problemas de comportamento e dificuldades na aprendizagem e, tornam-se mais propensas a desenvolver doenças cardiovasculares e câncer de pulmão na idade adulta²⁵.

3.3.6 Prevenir acidentes

O capítulo 13 aborda a questão de lesões não intencionais de forma mais abrangente, mas ressalta-se aqui que os pais devem ser orientados a cuidar a temperatura do banho (a temperatura ideal da água é de 37°C) e não deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água. Devem-se sem orientados da mesma forma a proteger as grades do berço (distância entre as ripas não devem ser superior à 6cm) e a utilizarem cobertas leves e travesseiro firme para evitar sufocação. 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 motorista. Os pais devem ainda ser orientados para não ingerir ou segurar líquidos quentes, estando com a criança no colo²⁶.

3.3.7 Realização do teste do pezinho

O teste do pezinho realizado na rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre, conforme o Programa Nacional de Triagem Neonatal²⁷ tem como objetivo rastrear crianças portadoras de doenças que devem ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível a fim de evitar seqüelas como o retardo mental no Hipotireoidismo Congênito (HC) e na Fenilcetonúria (PKU). Outras doenças como a Anemia Falciforme, outras hemoglobinopatias e a Fibrose Cística (FC) são doenças que cursam com elevada morbi-mortalidade, a qual pode ser diminuída com ações tais como o uso profilático de antibióticos, vacinação adequada, uso de ácido fólico, etc²⁸. Na Portaria nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012 o MS autorizou a ampliação do Teste do Pezinho (FASE IV) incluindo mais duas patologias: Deficiência da Biotinidase (DB) e a Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), que passarão a ser realizadas em Porto Alegre em maio de 2014. A deficiência da biotinidase (DBT) é um erro inato do metabolismo, que causa um defeito no metabolismo da vitamina biotina, o organismo não consegue reciclar ou usar a biotina da dieta. As pessoas não tratadas (suplementação de biotina por via oral na dose de 20 mg/dia, independentemente do peso, durante toda a vida do doente) e com deficiência grave, por volta da sétima

semana de vida, iniciam alterações neurológicas como crises epiléticas de difícil controle, hipotonia, microcefalia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e alterações cutâneas.

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 5º 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 3389.3048 ou 3289.3046), 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 Saúde²⁷.

Entre as recomendações da SMS-PA para os serviços da rede de APS, encontram-se:

- Priorizar a coleta do teste entre o 3º e o 5º dia de vida dos bebês;
- Enviar o material coletado de forma rápida para o Laboratório de Triagem Neonatal;
- Informar o peso do bebê no momento do nascimento;
- Informar o uso de corticoide pela gestante no último trimestre da gestação.

3.3.8 Orientar, se necessário, sobre a realização do “teste da orelhinha” (capítulo 7) e “teste do coraçãozinho”.

Tratam-se de exames realizados na maternidade. O teste do coraçãozinho consta de oximetrias de pulso realizadas em membros superior e inferior. Teste normal é aquele em que a saturação periférica é maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior. Caso qualquer medida da SpO2 seja menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado dentro das 24 horas seguintes. O objetivo é detectar precocemente possíveis cardiopatias congênitas evitando choque, acidose, parada cardíaca ou agravo neurológico antes do tratamento da cardiopatia²⁹.

3.3.9 Orientar calendário de imunizações.

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 capítulo 6.

3.3.10 Combinar calendário de consultas

Ver capítulo 4 e orientar retorno no 30º dia de vida.

Referências

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, 2011 Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>>. Acesso em: 09 abr. 2014.
3. CARTER, B.; MC GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
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: Ed. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 jan. 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. Brasília, DF: SBP, 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>> Acesso em: 10 out. 2013.
7. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. **A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade**. Porto Alegre: SMS, 2004. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/atencao_a_saude_da_crianca_de_zero_a_cinco_anos_de_idade.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.
8. 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: 08 jan. 2014.
9. BRIGHT FUTURES. **Bright futures guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents infancy: prenatal to 11 months**. 2013. Disponível em: <<http://www.brightfutures.org>>. Acesso em: 13 out. 2013.
10. WILKINSON, J. et al. INSTITUTES FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). Health care guideline: preventive services for children and adolescents. **Updated**, sept. 2013. Disponível em: <<https://www.icsi.org>>. Acesso em: 13 out. 2013.
11. U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **The guide to clinical preventive services 2012**. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/guide-clinical-preventive-services.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. OPAS. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3aed_2012.pdf>. Acesso em: 13 out. 2013.
13. MACCHIAVEMI, L. M. L.; BARROS FILHO, A. A. Perímetro cefálico: por que medir sempre. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 4, p. 595-609, out./dez. 1998. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1998/vol31n4/perimetro_cefalico.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.
14. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Topics and recommendations pediatric preventive care**. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
15. GRAZIANO, R. M. Ophthalmologic examination in newborns: a necessary routine. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 3, 2002.

16. STAHLEI, L. T. **Ortopedia pediátrica na prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
17. BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSEN, H. B. **Nelson textbook of pediatrics**. 17th ed. Philadelphia: Saunders, 2003.
18. 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.
19. 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.
20. HEALTHY PEOPLE. **2020 Topics & objectives**. 2014. Disponível em: <<http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=26>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf>. Acesso em: 10 maio. 2014.
22. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care guideline. Preventive services children and adolescents**. 2013. Disponível em: https://www.icsi.org/_asset/x1mnv1/PrevServKids.pdf. Acesso em: 10 maio 2014.
23. JEFFERSON, T. et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. **BMJ**, London, v. 339, p. b3675, sept. 2009. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3675.pdf%2Bhtml>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
24. 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_rpp/24-38.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.
25. GLASENAP, R. Tabagismo e asma: uma associação perigosa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde das crianças e adolescentes com asma**. 2. ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. p. 83-90. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/livrorotinaasma2011.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
26. BLANK, D. Promoção da segurança da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. B. et al. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 209-217.
27. 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: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0808_M1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2014.
28. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Triagem neonatal**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/agenda/2013/fase_4_protocolo_da_triagem_neonatal_06_11_13.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.
29. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos de Cardiologia e Neonatologia. **Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica**: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Rio de Janeiro: SBP, 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

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^{1,3-7}.

4.1 Frequência de visitas ao médico por faixa etária

Recomendamos, conforme bibliografias consultadas^{2,4-6,8-9}, um número mínimo de sete consultas no primeiro ano de vida: a primeira consulta até no máximo 10 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^{3,5,8,10}.

Apesar da recomendação, é importante destacar que há divergências entre diversos grupos de expertos sobre o número ideal de visitas de revisão da criança pelo menos até os 2 anos de idade. É possível e inclusive sugerido em alguns estudos que a criança no seu primeiro ano de vida faça apenas 3 visitas de revisão no serviço de saúde, sem qualquer efeito deletério à sua saúde. Esta é uma decisão que deve ser realizada de forma compartilhada com pais, esclarecendo e orientando e responsabilizando-os também para este processo e baseada também em classificação do potencial risco que esta criança tem, norteadas pelo escore de risco utilizado no programa pré-nenê da SMS e determinantes sociais e pessoais de saúde¹¹.

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^{1-2,4,12-13}.

As consultas mais produtivas costumam ser aquelas baseadas em questões levantadas pela família ou pela própria criança¹¹.

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?”^{1,2,4} 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 aqui 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^{1-2,4,14}

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 deprimidas¹⁵ [B].

4.3 Exame físico

Um exame físico completo da criança, descrito no capítulo 3, deve ser realizado na primeira consulta com médico ou enfermeira. A repetição do exame completo em todas as consultas não está justificada^{1,3,16} [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 pediátrica 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^{3,8,12,17}.

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 sobrepeso¹⁸, além de seu valor na infância poder ser preditivo do IMC da vida adulta¹. Em vista destes fatos recomendamos a plotagem de peso, estatura/comprimento nas curvas de IMC por idade e gênero, desde o nascimento²⁰.

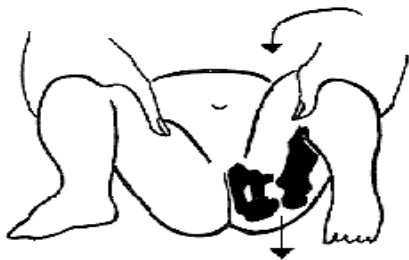
4.3.2 Rastreamento para displasia do quadril

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^{3,12,16,21}, pois o diagnóstico precoce (anterior aos 3-6 meses de idade) é importante na escolha de tratamentos menos invasivos e com menores riscos de complicações²¹.

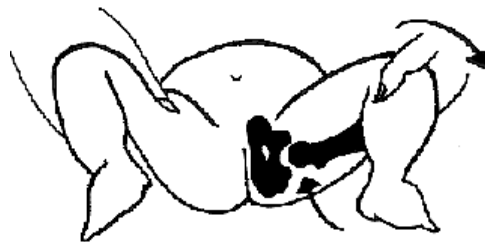
Se optado por realizar o rastreamento, deve-se proceder as manobras de Barlow (provocativa do deslocamento) e Ortolani (sua redução) nas primeiras consultas (15 dias, 30 dias e 2 meses), testando um membro de cada vez. A observação da limitação da abdução dos quadris e o encurtamento de um dos membros 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 diagnóstico²¹.

**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. Consequentemente 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.*



Barlow



Ortolani

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.

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).

A Academia Americana de Pediatria recomenda a realização do teste do **teste do reflexo vermelho**, este deve ser aplicado na primeira consulta do recém-nascido e repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos de idade²³⁻²⁵.

Este teste serve para detectar lesões como catarata, retinoblastoma, glaucoma e outras alterações da retina. O teste é realizado preferencialmente com oftalmoscópio, mas na ausência deste, uma lanterna pode ajudar. Num ambiente escurecido iluminar ambos os olhos com a luz afastada aproximadamente 7 cm da face da criança e observar o reflexo vermelho nos olhos. Qualquer opacidade ou assimetria no reflexo é um teste positivo e a criança deve ser encaminhada para um oftalmologista com brevidade²⁴. Desde 2010 o teste do olhinho (como é chamado) é obrigatório em todas as maternidades do RS.

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. 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.

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, 23,27-29}.

4.3.5 Avaliação da audição

Há evidências de que o rastreamento universal da audição em recém nascidos é efetivo³⁰⁻³¹[A]. Para mais informações sobre a avaliação da criança em relação à audição leia o capítulo 7 deste protocolo.

4.3.6 Aferição da pressão arterial

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) a partir dos 18 anos^{16,32-33}. As evidências para aferição da pressão arterial a partir dos 3 anos de idade são moderadas e não estão recomendadas nas consultas de rotina¹¹.

4.3.7 Rastreamento para Criptorquidia

A criptorquidia isolada é a anomalia congênita mais comum ao nascimento³⁴. A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros 3 meses de vida (70 a 77% dos casos) e raramente após os 6-9 meses³⁴⁻³⁵.

Se os testículos não foram palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura^{3,34-37}[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 de a criança crescer mais rápido que o cordão espermático nesta idade e os testículos saírem da bolsa escrotal³⁴. O tratamento precoce da criptorquidia com cirurgia resulta em grande diminuição de câncer de testículos e problemas com a fertilidade em adultos³⁴.

4.4 Aconselhamento antecipado

Embora considerado importante para promoção da saúde e valorizado pelos pais, os profissionais destinam um tempo desprezível à orientação preventiva¹.

Em consultas de atenção primária, não podemos deixar de abordar quatro itens fundamentais³⁸:

- 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 cuidado.

As orientações baseadas em fortes evidências de acordo com a faixa etária serão descritas a seguir.

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 com as costas apoiadas na cama (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^{3,12}[B].

4.4.2 Prevenção de infecção viral respiratória

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 respiratórias³⁹⁻⁴⁰[A].

4.4.3 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-classe⁴³⁻⁴⁴[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 formal⁴⁵. 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 brônquica, obesidade e diabetes melito, exigem a adoção de recomendações especiais, que devem ser identificadas e quantificadas.

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 rotineiras³. Por outro lado, há diversos ensaios clínicos randomizados que demonstraram que intervenções na família podem prevenir o fumo em adolescentes.⁴¹⁻⁴² [A].

4.4.5 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 adolescentes⁴⁶. 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^{3,16,47-48} [B].

4.4.6 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.

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

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

Referências

1. 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.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Indicadores de Saúde**: relatório 2006. Porto Alegre, [s.n.], 2007.
3. WILKINSON, J. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive Services for Children and Adolescents. **Updated**, sept. 2012.
4. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. **A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade**. Porto Alegre: SMS, 2004. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/atencao_a_saude_da_crianca_de_zero_a_cinco_anos_de_idade.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.
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 BABY RECORD. **Evidence-based infant/child health maintenance guide**. St. John's, NL, Can: Rourke Baby Record, 2011. Disponível em: <<http://www.rourkebabyrecord.ca/>>. Acesso em: 23 out. 2013.
7. DINKEVICH, Eugene; HUPERT, Jordan; MOYER, Virginia A. Evidence based paediatrics. Evidence based well child care. **BMJ**, London, v. 323, p. 846-849, 2001.
8. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Topics and recommendations pediatric preventive care**. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: 06 maio 2014.
9. BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSEN, H. B. **Nelson textbook of pediatrics**. 17th. ed. Philadelphia: Saunders, 2003.
10. YAMAMOTO, R.; CAMPOS JUNIOR, D. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.
11. BLANK, D. Acompanhamento de saúde em Pediatria. In: DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
12. 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. 2014.
13. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual AIDPI neonatal para estudantes: quadros de procedimentos**. Washington: OPAS, 2007.
14. LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. C. (Org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.
15. 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. Supplement.
16. U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Guide to clinical preventive services, 2010-2011: recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force**. AHRQ. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010. Disponível: <<http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd1011/U.S>>. Acesso em: 12 nov. 2013.
17. 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 jun. 2014.
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, 2000.
20. 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. 2013.
21. 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.
22. CHOU, R.; DANA, T.; BOUGATSOS, C. Screening for Visual Impairment in Children Ages 1-5 Years: Update for the UPSTF. **Pediatrics**, Evanston, v. 127, n. 2, p. e442-e479, jan. 2011.
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 neonates, infants, and children. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 6, p. 1401-1404, dez. 2008.
25. SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA. **Consenso da SBOP sobre quando examinar a criança e com que frequência**. Disponível em: <http://www.sbop.com.br/sbop/site/interna.asp?campo=135&secao_id=69>. Acesso em: 20 maio 2014.
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 2014.
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: SBC, 2006. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/V_Diretriz-HA.asp>. Acesso em: 26 jul. 2014.
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.

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. 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 maio 2014.
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>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
42. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS; COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. Committee opinion No. 569: oral healthcare during pregnancy and through lifespan. **Obstetricians and Gynecology**, Hagerstown, v. 122, n. 2, pt. 1, p. 417-422, aug. 2013.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse**: topic page. Apr. 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfdrin.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2013.
47. SPOTH, R.; GREENGERG, 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. Supplement.
48. 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>>. Acesso em: 20 maio 2014.

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 frequente 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 curativas¹. 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^{2,3}. O que existe são estudos associando anemia a desfechos mórbidos. Por isso,

ênfatiza-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 rastreamento⁴. 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 frequentemente inadequada de ferro nesta faixa etária⁴⁻⁷. Estudos brasileiros mostram prevalência de anemia de 20,9% entre 6 e 59 meses de idade², 53% em menores de cinco anos⁸ e 40,1% em menores de sete anos de idade⁹.

O Ministério da Saúde recomenda suplementação com ferro a TODAS as crianças de 6 a 23 meses (a partir dos quatro meses para as que não estiverem em aleitamento materno exclusivo) e mais cedo para as de baixo peso ao nascer e prematuras <37 semanas². A OMS, a Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) também recomendam a suplementação de ferro a todas as crianças pequenas (ver capítulo 10 – suplementação alimentar).

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 subsequente para rastreamento de anemia em todas as crianças². A AAP recomenda realizar rastreamento aos 12 meses de idade¹⁰, mas nos Estados Unidos não há recomendação de suplementação universal de ferro como no Brasil². A SBP, citando a AAP, recomenda triagem para anemia com hemograma em todas as crianças entre 9 e 12 meses¹¹.

Diante disso, optamos por recomendar o rastreamento sistemático para anemia apenas para crianças de risco (quadro 1). Fatores de risco para anemia são idade entre 6 e 24 meses, baixo peso ao nascer, desnutrição, aleitamento artificial, dieta pobre em ferro com boa biodisponibilidade e ausência de suplementação de ferro dos 6 aos 23 meses².

Abaixo, apresentamos um quadro que estratifica as crianças pela faixa etária, sexo e fatores de risco e apresenta a conduta diante da necessidade de rastreamento 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^{2,10,12}

Classificação	Conduta
GRUPO 1 (< de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses)	A. 1 mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 23 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma aos 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro	B. 1 mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 23 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma aos 12 meses.
C. Prematuros saudáveis e bebês pequenos para idade gestacional (PIG)	C. 2mg/kg/d com 1 mês de vida, reduzindo para 1mg/kg/d com 1 ano, até 24 meses. Solicitar hemograma aos 12 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 23 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 corticoides 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 3-5mg/kg/dia de ferro e aconselhar os pais sobre dieta rica em ferro.

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

A AAP, que no passado recomendava a realização de exames qualitativos de urina (EQU) e testes rápidos para triagem de bacteriúria assintomática, com bases empíricas, retirou essa recomendação na versão mais recente do seu protocolo³. Da mesma forma, não há documentação científica de que a realização rotineira de exame de fezes em crianças assintomáticas tenha influência sobre qualquer morbidade ou mortalidade³.

5.3 Perfil lipídico

O rastreio de dislipidemia pode ser recomendado para crianças acima de 2 anos, com risco aumentado de hiperlipidemia familiar (HLF), sobrepeso ou obesidade¹³. Pode ser realizado com perfil lipídico sem jejum, pois existem estudos validando-o para estimação do risco cardíaco vascular, pois o jejum de 12 horas é difícil de ser realizado em crianças pequenas.

O rastreio de rotina de colesterol em crianças e adolescentes de baixo risco aparente não tem se mostrado um meio efetivo de identificar indivíduos em risco para doenças cardiovasculares. Há evidência insuficiente para recomendar contra ou a favor do rastreio rotineiro de dislipidemia em crianças e adolescentes, além disso o rastreio não tem se mostrado eficaz em adiar o estabelecimento ou reduzir a incidência da doença cardiovascular¹³.

Porém, a National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), a Academia Americana de Pediatria e outras associações profissionais publicaram em 2012 a recomendação polêmica de rastrear todas as crianças entre 9-11 anos¹⁴. Segundo Newman^{13,15}, a cadeia de evidências citada por estas associações, todavia, contém elos frágeis, notadamente a ausência de evidências, mesmo observacionais, ou

modelos de estimativa de benefício de eventos clínicos do rastreio e intervenção destes fatores de risco em crianças.

A HLF é passível de triagem. Quase todas as crianças com esta patologia têm um parente de primeiro grau com história de um evento cardiovascular precoce ou relato de colesterol total sérico maior ou igual a 240 mg/dl. Crianças com HLF têm mostrado alterações nos vasos sanguíneos consistentes com aterosclerose precoce em tenra idade, e o tratamento com estatinas causa regressão destas lesões em crianças afetadas. Outros estudos têm demonstrado que terapia com estatina é segura e eficaz em crianças com HLF¹³.

Crianças e adultos jovens com colesterol elevado e que não possuem critérios para HLF requerem testes posteriores e possível intervenção. Porém, os efeitos benéficos e adversos nos desfechos de saúde com tratamento medicamentoso, dieta, exercícios e terapias combinadas foram avaliadas inadequadamente em crianças com outras formas de hiperlipidemia¹³.

Uma dieta saudável e exercícios regulares podem ser recomendados para todas as crianças com fatores de risco para doença cardiovascular, independentemente dos resultados de rastreio. Há boa evidência que mais da metade de todas as crianças com níveis elevados de lipídeos continuarão pela vida adulta com esta alteração¹³.

Vários estudos têm demonstrado que história parental como critério de rastreio é ineficaz na identificação de todas as crianças em risco para hipercolesterolemia por causa da variabilidade nas definições e informação não confiável. Todavia, novos estudos apoiam que acrescentar sobrepeso como indicador para triagem pode aumentar a identificação de indivíduos que estão em risco para dislipidemia¹³.

Dano e efeitos adversos como “neurose dietética”, conflitos familiares e ansiedade pelas doenças cardiovasculares são possíveis efeitos adversos do rastreio, e estudos que abordam a aceitação da testagem de lipídeos em crianças mostram que as famílias não concordam^{13,15}.

Abaixo, as tabelas apresentam as recomendações da NHBLI. Para mais detalhes e manejo, sugerimos a leitura completa da publicação.

Quadro 1. Perfil lipídico estratificado para crianças e adolescentes¹⁴

Categoria	Aceitável	Limítrofe	Alta
Colesterol total	< 170	170-199	≥200
LDL	<110	110-129	≥130
Não-HDL	<120	120-144	≥145
Apolipoproteína-B	<90	90-109	≥110
Triglicerídeos			
0-9 anos	<75	75-99	≥ 100
10-19 anos	<90	90-129	≥ 130
Categoria	Aceitável	Limítrofe	Baixo
HDL	>45	40-45	<40
Apolipoproteína A-1	>120	115-120	<115

Quadro 2. Avaliação lipídica, conforme faixa etária¹⁴

Nascimento – 2 anos	Sem pesquisa de lipídeos.
2 a 8 anos	Sem pesquisa rotineira. Medir perfil lipídico em jejum (PLJ), duas vezes, média de resultados*, se houver fator de risco: • Pais, avós, tios ou sobrinhos com infarto do miocárdio (IAM), angina, AVC, revascularização miocárdica (cirúrgica ou por cateter), morte súbita; antes 55 anos em homens, antes 65 anos em mulheres; • Pais com Colesterol total ≥ 240 mg/dl ou dislipidemia conhecida; • Crianças com diabetes, hipertensão, IMC $\geq$ percentil 85 ou tabagista; • Crianças com risco cardiovascular moderado a alto (ver Quadro 3).
9 a 11 anos	Pesquisa universal – CONTROVERSA. Pode-se selecionar aquelas que possuírem fatores de risco, como da faixa etária prévia. Perfil lipídico sem jejum: calcule o Não-HDL Não-HDL = Colesterol total – HDL** Se Não-HDL ≥ 145 mg/dL, HDL < 40 mg/dL, realizar PLJ $\times 2$, calcular a média e siga algoritmos lipídicos a seguir*** ou PLJ: LDL ≥ 130 mg/dL, Não-HDL ≥ 145 mg/dL HDL < 40 mg/dL, Triglicerídeos ≥ 100 mg/dL se < 10 anos; ≥ 130 mg/dL se > 10 anos; Repita PLJ após 2 semanas, mas dentro de 3 meses, siga algoritmos a seguir***

*Intervalo entre medidas do perfil lipídico em jejum (PLJ): após 2 semanas mas dentro de 3 meses.

**Desconsiderar triglicerídeos e LDL em amostras sem jejum.

*** Use o Quadro 1 para interpretação dos resultados.

Quadro 3. Condições de risco cardiovascular¹⁴

Risco moderado	Alto risco
• Doença de Kawasaki com aneurismas coronarianos regredidos. • Doença inflamatória crônica (lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide juvenil). • Infecção pelo HIV. • Síndrome nefrótica.	• Diabetes mélico tipo 1 e 2. • Doença renal crônica/ doença renal terminal/ transplantado renal. • Transplantado cardíaco ortotópico. • Doença de Kawasaki com aneurisma presente.

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 alta¹⁶.

Refletindo a ausência de bons estudos, o USPSTF, CDC, ICSI e OMS não indicam o rastreamento de rotina para intoxicação por chumbo em crianças assintomáticas entre 1 e 5 anos de idade com risco médio para intoxicação por este metal^{17,18,19,20}. Quanto às de alto risco para intoxicação, o USPSTF conclui que não há evidência suficiente para recomendar ou contraindicar o rastreamento em crianças dessa faixa etária¹⁷ e o CDC e a OMS reservam o rastreamento para crianças com fatores de risco^{18,20}.

Os fatores de risco para intoxicação por chumbo variam na literatura. Incluem 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 pobreza¹⁶.

Um estudo avaliou a prevalência de intoxicação por chumbo (níveis séricos $\geq 10,0$ µg/dL) em crianças de 0 a 5 anos moradoras na área de abrangência da Unidade Santíssima Trindade do GHC¹⁶.

Encontrou prevalência de intoxicação em 16,5% das crianças, mas nenhuma com nível sérico indicativo do uso de quelantes ($> 44 \mu\text{g/dL}$).

Diante da ausência de evidências sobre o benefício do rastreamento sistemático de níveis séricos de chumbo e da ausência de crianças com nível sérico de chumbo indicativo de uso de quelantes na área de abrangência de uma das doze unidades do SSC, não recomendamos o rastreamento sistemático de crianças para intoxicação por chumbo. Recomendamos, na medida do possível, evitar os fatores de risco para intoxicação por este metal, o que também seria o tratamento para crianças com intoxicação por chumbo em níveis não indicativos do uso de quelantes.

Referências

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. GIUGLIANI, E. R. J.; AERTS, D. R.; LIMA, A. K. Deficiência de ferro e anemia na criança. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
3. BLANK, D. Acompanhamento de saúde da criança. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
4. 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. 2013.
5. 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.
6. STOLTZFUS, R. J.; DREYFUSS, M. L. **Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia**. Geneva: World Health Organization, 1998.
7. 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 dez. 2013
8. JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D. BARROS FILHO, A. A. Prevalence of iron-deficiency anemia in Brazil: a systematic review. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.90-98, 2009..
9. VIEIRA, R. C. S.; FERRIERA, H. S. Prevalence of anemia in Brazilian children in different epidemiological scenarios. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n.3, p. 433-444, jun. 2010..
10. BAKER, R. D.; GREER, F. R. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). **Pediatrics**. Evanston, v. 126, n. 5, p. 1040-1050, nov. 2010..
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Anemia ferropriva em lactantes: revisão com foco em prevenção [Internet]. Rio de Janeiro: SBP, 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Documento_def_ferro200412.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.
12. RUIZ-CABELLO, F. J. S. Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes. **PrevInfad**, Espanha, jun. 2011. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_ferropenia.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2014
13. WILKINSON, J, et al. Preventive services for children and adolescents. **Updated**, sept 2013. Disponível em: <https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_prevention__screening_guidelines/preventive_services_kids/>. Acesso em: 1. 15 mar. 2014.
14. NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE. **Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents**. Oct. 2012. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cvd_ped/peds_guidelines_sum.pdf>. Acesso em: . 15 mar. 2014.
15. NEWMAN, T.; PLETCHER, M. J.; HULLEY, S. B. Overly aggressive new guidelines for lipid screening in children: evidence of a broken process. **Pediatrics**, Evanston, v. 130, p. 349, 2012. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/349.full.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
16. FERRON, M. M. et al. Environmental lead poisoning among children in Porto Alegre state, Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 226-233, 2012.

17. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for elevated blood lead levels in children and pregnant women:** recommendation statement. 2006. Disponível em: <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/tfchildcat.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2014.
18. WENGROVITZ, A. M.; BROWN, M. J. Recommendations for blood lead screening of medicaid-eligible children aged 1--5 years: an updated approach to targeting a group at high risk. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v. 58, n. RR 9, Aug. 2009. Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5809a1.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2014.
19. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT . Preventive services for children and adolescents.. Sept 2013. Disponível em: <https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_prevention__screening_guidelines/preventive_services_kids/>. Acesso em: 14 jan. 2014
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Childhood lead poisoning**. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/ceh/publications/leadguidance.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

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. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Nacional de Vacinação 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 (realçados em cinza), 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 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.

6.1 Calendário de vacinação da criança no Brasil.

O quadro abaixo 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 modificado, onde foram acrescentadas vacinas que são recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria⁵ e pela Sociedade Brasileira de Imunizações⁶ (realçadas em cinza) e que ainda não estão rotineiramente disponíveis na rede pública de vacinação. Para muitas vacinas, estudos descritos por estas instituições conferem um grau de recomendação maior que D, no entanto optamos por não discriminá-los neste protocolo em razão da necessidade de realização uma revisão sistemática para todas as vacinas.

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

Idade	Vacinas	Doses	Doenças Evitadas
Ao nascer	BCG	dose única	Formas graves de Tuberculose
	Hepatite B	dose ao nascer	Hepatite B
2 meses	Pentavalente (DTP + Hib+Hepatite B)	1ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, Hepatite B
	VIP (vacina inativada contra poliomielite)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Rotavírus Humano	1ª dose	Diarréia por Rotavírus
	Pneumocócica 10V	1ª dose	Pneumonia
3 meses	Meningocócica C	1ª dose	Meningite por Meningococo tipo C
4 meses	Pentavalente (DTP + Hib+Hepatite B)	2ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, Hepatite B
	VIP (vacina inativada contra poliomielite)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Rotavírus Humano	2ª dose	Diarréia por Rotavírus
	Pneumocócica 10V	2ª dose	Pneumonia
5 meses	Meningocócica C	2ª dose	Meningite por Meningococo tipo C
6 meses	Pentavalente (DTP + Hib+Hepatite B)	3ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, Hepatite B
	VOP (vacina oral contra poliomielite-atenuada)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Pneumocócica 10V	3ª dose	Pneumonia
	Influenza**	1ª dose	Influenza(Gripe)
7 meses	Influenza**	2ª dose	Influenza(Gripe)
9 meses	Febre Amarela	dose inicial	Febre Amarela
12 meses	Tríplice Viral	1 dose	Sarampo, Rubéola e Caxumba
	Pneumocócica 10V	Reforço	Pneumonia
	Hepatite A	1 dose	Hepatite A
15 meses	VOP (vacina oral contra poliomielite-atenuada)	Reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, Tétano e Coqueluche
	Tetraviral	1 dose	Sarampo, Rubéola, Caxumba e Varicela
	Meningocócica C	Reforço	Meningite por Meningococo tipo C
18 meses	Hepatite A***	2ª dose	Hepatite A
4 a 6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, Tétano e Coqueluche
	VOP (vacina oral contra pólio-atenuada)	2º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
10 a 19 anos	Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela
	Quadrivalente contra o papilomavírus humano (HPV) (11 a 13 anos em 2014)	3 doses	Papilomavírus Humano
	Dupla adulto (vacina adsorvida difteria e tétano)	Reforço a cada 10 anos	Difteria e Tétano

*Fonte: MS e SBP^{2,5}

** Disponível durante as campanhas de vacinação

*** Recomendação da SBP

6.2 Vacinação de crianças e jovens soropositivos

Crianças, filhas/os de soropositivos, vivem em ambientes onde pode haver maior exposição a infecções como tuberculose e hepatite B. Por isso, a vacinação contra a tuberculose e contra o vírus da hepatite B deverá ser iniciada de preferência na maternidade, nas primeiras doze horas após o nascimento. É importante vacinar crianças expostas já sabidamente não infectadas contra a varicela para proteger os soropositivos que com elas convivem. As crianças menores de um ano, com suspeita de infecção pelo HIV ou com diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV, devem seguir a orientação médica especializada⁷.

Os esquemas vacinais abaixo foram atualizados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do MS em julho de 2010⁷.

Quadro 2. Esquema vacinal em bebês até 6 meses de idade, expostos/infectados pelo HIV

	Recém-nascido	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses
BCG	X						
Hepatite B	X	X					X
DTP (difteria, tétano e pertussis)			X		X		X
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (meningite)			X		X		X
Pólio inativada (IPV)			X		X		
Rotavírus			X		X		
Pneumococo c10			X		X		X
Meningococo C				X		X	
Influenza							X

Quadro 3. Esquema vacinal em crianças e jovens de 6 meses a 19 anos de idade, expostos/infectados pelo HIV

	7 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4-6 anos	14-19 anos
Hepatite B		X					
DTP (difteria, tétano e pertussis)			X			X	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (meningite)		X					
Pólio inativada (IPV)			X			X	
Pneumococo c10 e 23ps		X (10)			X (23)		
Meningococo C		X					
Influenza	X						
Tríplice viral (caxumba, rubéola e sarampo)		X		X			
Varicela (catapora)		X	X				
Hepatite A		X		X			
dT (difteria e tétano tipo adulto)							X

Obs.: A vacina contra febre amarela é indicada a partir dos 9 meses de idade, de acordo com a situação epidemiológica local e a condição imunológica do paciente, conforme orientação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), do Ministério da Saúde

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. Em caso de suspeita de evento adverso associado à vacinação, proceder da seguinte forma:

- consultar o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-vacinação do Ministério da Saúde⁸ sobre os eventos adversos mais comumente associados a cada vacina;
- havendo a constatação de um possível evento adverso, comunicar a suspeita através do preenchimento da Ficha de Evento Adverso Pós Vacinação (EAPV) e enviar a notificação por email ao Núcleo de Imunizações da Secretaria Municipal de Saúde.

Referências

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 nacional de vacinação**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z/imuinizacoes>>. Acesso em: 08 jan. 2014.
3. _____. **Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z/imuinizacoes>>. Acesso em: 08 jan. 2014.
4. INFORMAÇÕES sobre introdução de novos imunobiológicos aos calendários de vacinação da criança, adolescente, adulto e idoso. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z/imuinizacoes>>. Acesso em: 08 jan. 2014.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Calendário vacinal 2013**: recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/calendarioVacinal2013_aprovado1.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2014.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação da criança**: recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2013/2014. Disponível em: <http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2013/06/crianca_calendarios-sbim_2013-2014_130621.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2014.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Vacinação de jovens soropositivos**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/vacinacao-de-jovens-soropositivos>>. Acesso em: 09 jan. 2014.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008.

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

Letícia Wolff Garcez
Maristela C. Tamborindeguy França

“O teste da orelhinha foi muito importante porque tive a certeza de que, apesar do baque da notícia da perda auditiva, minha filha teria um suporte e qualidade de vida bem melhor assim que possível, no caso ainda bebê. Nossa família é muito grata”.

Carlotti, mãe da Olívia K.Krug, primeiro bebê protetizado no HNSC, com perda auditiva detectada através do Teste da Orelhinha. (Hoje com 7 anos, foi também a primeira criança a ser beneficiada com o sistema FM).

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 realizada 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 idade¹⁻² [B]. Dessa forma, maiores serão as possibilidades de diagnóstico e intervenção adequados e, com isso, menores as sequelas decorrentes da privação auditiva³⁻⁴[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 infância

Os indicadores a seguir são considerados de risco para perdas auditivas²:

- 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 exsangüineotransfusão, infecções intrauterinas como, citomegalovirose, herpes, rubéola, sífilis e toxoplasmose.
- Anomalias craniofaciais.
- Síndromes com perda auditiva sensorineural 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 sensorineural, 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 as técnicas 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} [A]. As EOA são uma opção amplamente utilizada por ser de fácil aplicabilidade e menor custo e podem detectar alterações periféricas cocleares ou sugerir alterações 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 realizado o BERA automático, com o objetivo de investigar também a integridade da via auditiva^{2,7-8}. Desde 2012, o BERA automático passou a ser realizado em todos os recém-nascidos internados na UTI e UCI Neonatal do HCC, por ser um público que apresenta IRDA em quase sua totalidade. Os exames são realizados por meio de aparelho portátil, geralmente à beira do leito, 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 sem apresentarem IRDA são submetidas à triagem auditiva pelo método de emissões otoacústicas à beira do leito ou, ao receber alta, são agendadas para realização do teste no ambulatório do Serviço de Fonoaudiologia do mesmo hospital.

Recém-nascidos 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. Para triagem auditiva destes bebês é utilizado o PEATE (BERA) automático, realizado na própria Unidade. Bebês que passam no teste recebem alta ou seguem em acompanhamento no ambulatório, conforme critérios que serão descritos a seguir.

Atualmente a Rede de Referência para a Saúde Auditiva envolve 66 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, que são referência para a realização da Triagem Auditiva.

Bebês que passam no exame de EOA recebem alta ou seguem em acompanhamento, conforme critério estabelecido por cada local. Aqueles que falham na triagem são encaminhados aos serviços de Média Complexidade para avaliação por PEATE (BERA) automático; no GHC esse exame é realizado ainda na internação. Se passarem na triagem recebem alta e, se falharem, são encaminhados à Alta Complexidade para avaliação diagnóstica. Em Porto Alegre e região Metropolitana este diagnóstico é realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC - GHC), no Hospital de Clínicas (HCPA) e Hospital Mãe de Deus / ULBRA Canoas.

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.

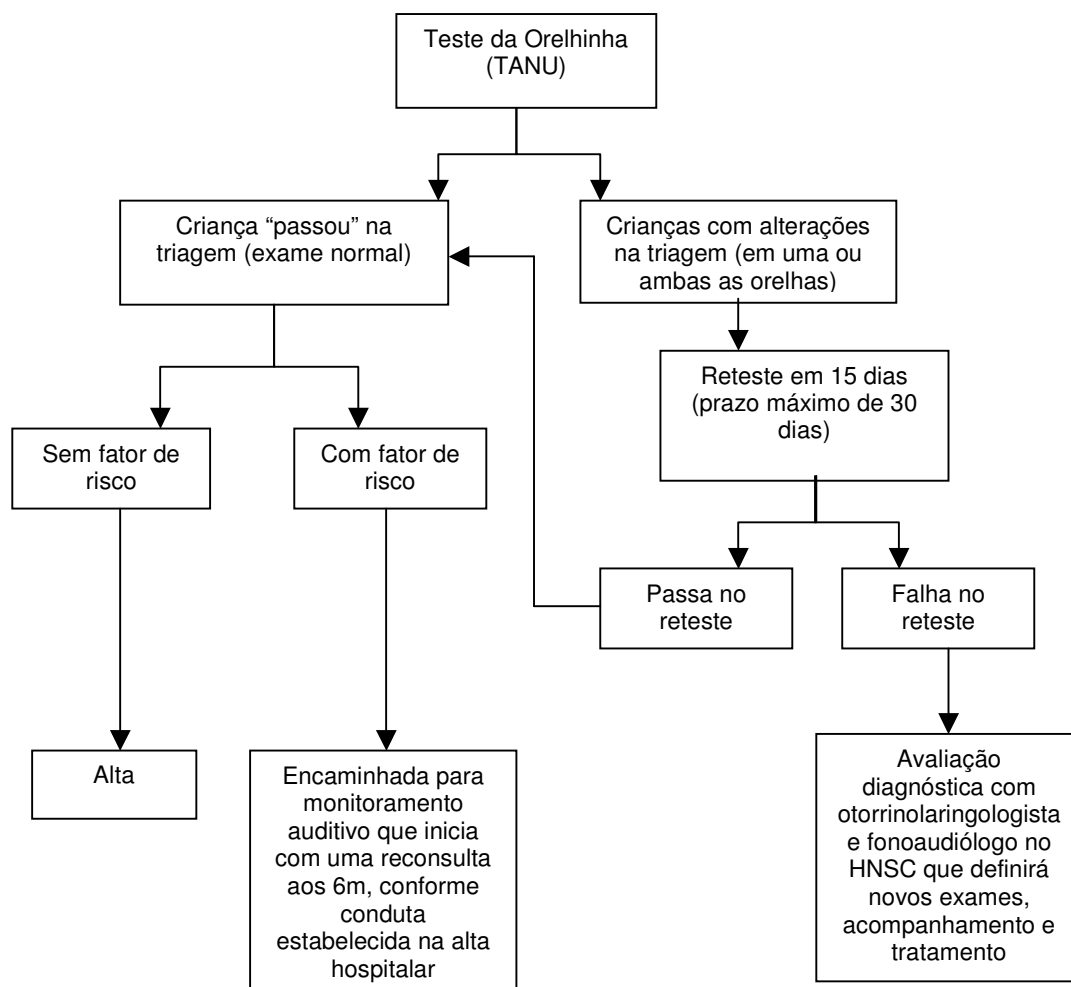
Crianças moradoras do território do SSC	Formas de agendamento do “teste da orelhinha”
1. Nascidas no HNSC e internadas em UTI ou UCI neonatal do HCC	Realizam o teste durante a hospitalização.
2. Nascidas no HNSC e com alta da maternidade	Bebês que recebem alta de segunda a sábado, realizam o teste durante a internação e os que tem alta no domingo são agendados para realização do teste no ambulatório do HCC.
3. Que não tenham realizado o teste ao nascimento.	Devem ser encaminhadas ao hospital onde nasceram para realizar o teste. Caso o hospital não disponha do serviço, a criança deve ser orientada para agendá-lo (com SADT da Equipe do SSC) no primeiro mês de vida, diretamente no guichê do ambulatório do HCC.

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 ou do HNSC, conforme orientação recebida na alta hospitalar e de acordo com a rotina estabelecida por cada Serviço. A família é orientada a agendar a primeira revisão de monitoramento auditivo no ambulatório, 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, em razão do somatório de intercorrências e da imaturidade da via auditiva¹³⁻¹⁴. 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 sensório-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, balbúcio;
- 1-2 anos: primeiras palavras;
- 2 anos: pequenas frases;
- 3 - 4 anos: frases, perguntas, contrações verbais (50 a 70% dos sons corretos).
- 4 anos: todos fonemas (sons da língua, no caso do Brasil a 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

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, sept. 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: 19 maio 2014.
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, sept. 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: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>> . Acesso em: 19 maio 2014.
10. NATIONAL CENTER FOR HEARING ASSESSMENT AND MANAGEMENT. **Newborn Hearing Screening**. Disponível em:<<http://www.infanthearing.org>> Acesso em:19 maio 2014.
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

Aline Gerlach
Carla Berger

“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 Crescimento

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Constitui um dos indicadores de saúde da criança¹, e o retardo estatural representa atualmente a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil². 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 processo³. Deve-se ter um olhar também para o crescimento intra-uterino, pois uma série de estudos propõe que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde adulta⁴.

O acompanhamento sistemático do crescimento e ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade⁵ através da sinalização precoce da desnutrição⁶. Estudo examinou se o aconselhamento de mães melhorou o "conhecimento do crescimento gráfico" e relatou melhora dos resultados dos testes em quatro meses⁷.

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-alimentação⁸, evitar que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e qualidade de vida futura⁹. Estudos sobre a epidemiologia do estado nutricional têm dado mais atenção ao peso e ao índice de massa corpórea do que à altura⁸, porém a altura também tem sido associada a vários desfechos e causas de mortalidade¹⁰.

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

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)¹¹.

8.1.1 Monitoração e avaliação do crescimento

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 idade¹². 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 sócio econômicas 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 alimentação¹¹. 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 (saudáveis, 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 obesas, sem que os valores arbitrados correspondessem a critérios para definição de “doença” (associação com algum desfecho ruim). Portanto, para que uma criança seja efetivamente classificada dentro de um desses grupos de “alteração nutricional”, é necessário uma 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 anos¹³. 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 al*²⁰ 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 nascimento.²²

As técnicas adequadas de antropometria podem ser encontradas no site do Ministério da Saúde¹¹ (http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf).

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.

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

Utilizando uma calculadora você pode dividir o peso duas vezes pela altura!

O Ministério da Saúde adotou o uso do Z escore, que é um termo estatístico que quantifica a distância do valor observado em relação à mediana dessa medida ou ao valor que é considerado normal na população. Corresponde à diferença padronizada entre o valor aferido e a mediana dessa medida da população de referência.

Quadro1. Pontos de corte de peso para idade para crianças menores de 10 anos*

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore Z -3	Peso muito baixo para idade
≥ do Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ do Escore Z -3 e < Escore Z -2	Peso baixo para a idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	≥ Escore Z -2 e ≤ Escore Z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore Z +2	Peso elevado para a idade

*Este não é o índice antropométrico mais recomendado para a avaliação do excesso de peso entre crianças. Esta situação deve ser avaliada pela interpretação dos índices de peso para a estatura ou IMC para a idade.

Quadro 2. Pontos de corte de estatura para idade para crianças menores de 20 anos

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

Quadro3. Pontos de corte de peso por estatura e IMC para crianças menores de 5 anos

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Quadro4. Pontos de corte de IMC por idade para maiores de 5 a 20 anos

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e ≤ Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	> Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 3 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: 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.

8.1.2 Condutas recomendadas para algumas situações de crescimento da criança com até 5 anos de idade

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.
- Encaminhar para a nutrição, se disponível;
- Realizar uma avaliação clínica.

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;
- 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;
- 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;
- 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 Particularidades da criança com crescimento intra-uterino inadequado

O acompanhamento do crescimento de crianças prematuras exige um cuidado maior, pois elas não tiveram seu crescimento intra-uterino adequado. Aproximadamente 10% das crianças nascidas no SSC são prematuras²³. Dessa forma, é necessário usar curvas específicas para esses casos ou fazer o desconto no número de semanas em crianças menores de 37 semanas até que completem 2 anos de idade. 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 referência²⁴. A correção pela idade gestacional permite detectar mais precisamente um período de crescimento compensatório, que geralmente ocorre próximo do termo, em

pré-terms de diversas idades gestacionais²⁵. 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-terms, 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 peso²⁶. Pré-terms com restrição de crescimento intra-uterino apresentam 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 corrigida²⁷.

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 1000 g), 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 vida²⁸.

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 vida⁵. Isso não apenas pelo risco aumentado de internações²⁹[B] e maior mortalidade infantil primeiro ano de vida³⁰[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 peso⁴.

O peso ao nascer, que é reflexo do desenvolvimento intra-uterino, está inversamente ligado à suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses³¹[B]. Há necessidade de acompanhamento do desenvolvimento infantil durante o primeiro ano de vida, com a necessidade de prestar uma atenção especial às crianças com baixo peso ao nascer e às provenientes de famílias com condições socioeconômicas menos favoráveis³¹[B]. O tamanho ao nascer reflete o crescimento intra-uterino, e tem sido sugerido que isso pode afetar mais tarde a altura¹⁰. Além disso, o crescimento pós-natal também tem sido relacionado com a altura alcançada na idade adulta^{32,33}[B].

As crianças desnutridas que sobrevivem à idade adulta tendem a ter níveis reduzidos de capital humano, menor rendimento escolar, redução da produtividade econômica, menor altura, e, no caso das mulheres, descendentes com menor peso ao nascer^{34,35}. 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 metabólicas³⁶. 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 econômicos³⁵. Doenças crônicas são particularmente comuns em crianças subnutridas que experimentam rápido ganho de peso após a infância³⁵.

8.1.4 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)³⁷. 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 complementar³⁸.

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 sociais³⁹.

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 indivíduo⁴⁰.

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 criança⁴¹.

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 desenvolvimento⁴²⁻⁴⁴.

No entanto, a identificação e intervenção precoces são consideradas fundamentais para o prognóstico das crianças com distúrbios de desenvolvimento⁴⁵. A avaliação do desenvolvimento da criança deve constar de pelo menos seis etapas que devem ser observadas nas consultas de bem estar da criança:

- anamnese e fatores de risco ambientais (renda familiar baixa, pais ou cuidadores com baixa escolaridade, situações de vulnerabilidade social, crianças indesejadas, agressivas/tímidas, doenças estigmatizantes);
- a escuta das opiniões dos pais sobre o desenvolvimento do filho;
- avaliação clínica de comportamentos funcionais adaptativos indicadores de atividade da criança e sua participação social (comunicação, locomoção e a manipulação de objetos);
- exame de reflexos primitivos (ver tabela 1);
- exame do tônus muscular (hipertonia flexora até o terceiro mês de vida, hipotonia fisiológica pelo quinto/sexto mês, com diminuição pelo oitavo mês de vida e, a partir de um ano, tônus similar ao de uma criança maior);
- pesquisa de outros sinais de deficiências nas estruturas e funções orgânicas⁴¹ (alterações de anatomia do crânio, alterações oftalmológicas ou auditivas, comportamentos desviantes, etc.).

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 desenvolvimento. 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 prevenção⁴¹. 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 preditivo⁴⁵⁻⁴⁶.

Para facilitar a identificação e avaliação dos marcos e aspectos do desenvolvimento da criança durante as consultas preconizadas neste protocolo, apresentamos a Tabela 1.

Quadro 6. Aspectos do desenvolvimento da criança de 0-12 anos ^{40,41,47,48,49}

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.
2m	Entre 2 e 3 meses - sorriso social. 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.
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.
6m	Em torno dos 6 meses – inicia a noção de “permanência do objeto”*. 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.
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. Entre 2 e 3 anos – pais devem começar aos poucos a retirar fraldas e ensinar o uso do penico.
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. 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. 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 vice-versa).
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.
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).

* 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.

8.2.2 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 anos ⁵⁰. 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) ⁴⁵⁻⁴⁶. 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 ⁵⁰⁻⁵². Estudo de coorte realizado em Pelotas identificou fatores de risco para atraso no desenvolvimento aos doze meses e a sobreposição destes fatores potencializa o surgimento do problema, são eles: pobreza, baixo-peso ao

nascer, prematuridade, mais de três irmãos morando juntos, desmame precoce e baixo peso para a idade. Considerando que o acúmulo de fatores de risco potencializaram o surgimento de atraso nestas crianças [B]⁵⁰.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são eventos que podem retardar o desenvolvimento da criança^{51,53}. 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 neonatal [B]⁵⁴. 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 desenvolvimento crianças [B]⁵⁰. Na avaliação de crianças menores de 2 anos cuja idade gestacional for menor que 37 semanas é necessário corrigir a idade cronológica correta (40 semanas de gestação menos a idade gestacional de nascimento), a fim de poder aferir adequadamente o seu desenvolvimento.⁴¹

Conforme estudo descritivo realizado em um hospital Público de Porto Alegre, a prematuridade e baixo peso 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%)⁵³.

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 mental⁴⁵.

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 idade⁴⁸. Da mesma forma, distúrbios de aprendizagem raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola [B]^{46,50}.

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 entidades⁴⁵.

Uma forma de auxiliar na decisão de encaminhar ou não para especialista pode ser baseada no quadro abaixo.

Quadro 7. Auxílio na decisão de encaminhar ou não para especialista.

Dados da avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas* ou ausência de 2 ou mais marcos para a faixa etária anterior	Provável atraso no desenvolvimento	Referir para avaliação neuropsicomotora
Ausência de um ou mais marcos para sua faixa etária	Alerta para o desenvolvimento	Marcar retorno para 30 dias e orientar pais/cuidadores sobre estimulação da criança
Todos os marcos para sua faixa etária estão presentes, mas existe um ou mais fatores de risco	Desenvolvimento normal com fatores de risco	Informar pais/cuidadores sobre fatores de risco**
Todos os marcos para sua faixa etária estão presentes	Desenvolvimento normal	Elogiar pais/cuidadores, acompanhamento conforme rotina do serviço

*fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única, quinto dedo da mão curto e recurvado.

**ausência ou pré-natal incompleto, problemas na gestação, parto ou nascimento, prematuridade (< 37 semanas de gestação), peso de nascimento abaixo de 2500g, icterícia grave, hospitalização no período neonatal, doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões, parentesco entre os pais, casos de deficiência ou doença mental na família, fatores de risco ambientais (violência doméstica, depressão materna, dependência química entre moradores da casa, suspeita de abuso sexual, etc.).⁴¹

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 etiologia⁴⁶. 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^{45-46, 50}.

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, disciplina⁵⁵. 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 infantil⁵⁶. 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 meio⁵⁶.

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 cerebral⁴⁰.

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 adequado [C]⁴⁷.

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 inaceitáveis⁵¹. 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 autocontrolar.

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 período⁵¹. 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

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.
2. ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 15-23, jan./mar. 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.
4. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, jan. 2008. Supplement. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, mar. 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.
7. PANPANICH, R.; GARNER, P. Growth monitoring in children. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.update-software.com/pdf/CD001443.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.
8. ARAUJO, Cora 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>. Acesso em: 19 nov. 2013.
9. AERTS, D. R.; GIUGLIANI, E. R. Vigilância do estado nutricional da criança. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
10. 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, 1999.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2014.
12. ONIS, M. et al. The WHO multicentre growth reference study (MGRS): rationale, planning, and implementation. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v. 25, n. 1, p. S1-S45, 2004. Supplement. Disponível em: <<http://archive.unu.edu/unupress/food/fnb25-1s-WHO.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO child growth standards**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/en/>>. Acesso em: 22 maio 2014.
14. ONIS, M. et al. . Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 85, n. 9, p. 660-667, sep. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/07-043497/en/>> Acesso em: 22 maio 2014.
15. 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**. Geneva: WHO, 2006.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, V. 85.p.660-667,2007.Disponível em: http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf Acesso em: 22 maio. 2014.
17. 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, dec. 2001.
18. 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, 2000.
19. 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, 2002.
20. BROCK, R. S.; FALCÃO, M. C.; LEONE, C. Body mass index references values for newborn according to gestational age. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 23, p. A766, 2004.
21. CARDOSO, L. E. B.; FALCÃO, 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. 2013.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Indicadores de saúde**: relatório 2006. Porto Alegre, 2007. Mimeo.
23. 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 em Pediatria)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre, 2008.
24. KOSINSKA, M. Two methods for estimating age of newborns in catchup growth studies. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 82, n. 9, p. 575-582, sept. 2006.
25. RUGOLO, L. M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. S101-S110, 2005. Suplemento.
26. 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, aug. 2007.
27. BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G. Crescimento e desnutrição. In: VICTORA, C. G. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 95-116.
28. MATIJASEVICH, A. et al. Hospitalizations during infancy in three population-based studies in Southern Brazil: trends and differentials. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. S437-S443, 2008. Supplement. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2013.
29. SANTOS, I. S. et al. Infant mortality in three population-based cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008. Supplement. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2013.
30. HALPERN, R. et al. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. S444-S450, 2008. Supplement. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2013.
31. 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.
32. 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>. Acesso em: 19 nov. 2013.
33. PRENTICE, A. M. et al. 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.
 34. 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.
 35. PRENTICE, A. M. 2005. Apud: PRENTICE, A. M. et al. 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.
 36. FRUTUOSO, M. F. P.; VIGANTZKY, V. A.; GAMBARDELLA, A. M. D. Níveis séricos de hemoglobina em adolescentes segundo estágio de maturação sexual. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000200002&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2013.
 37. GIUGLIANI, E. R. Adolescência: problemas mais comuns. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
 38. COMISSÃO 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.
 39. BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
 40. DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C. Promoção do desenvolvimento da criança. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
 41. 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.
 42. DREVER, K.; OBERKLAID, F. Is my child normal? Milestones and red flags for referral. **Australian Family Physician**, Jolimont, v. 40, n. 9, sept. 2011.
 43. MACKRIDES, P.; RYHERD, S. J. Screening for developmental delay. **American Family Physician**, Kansas City, v. 84, n. 5, sep. 2011. Disponível em: <www.aafp.org/afp>. Acesso em: 17 fev. 2014.
 44. MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, 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.
 45. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.
 46. ZAVASCHI, M. L. S. et al. Promoção da saúde mental na infância. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
 47. REESE, N. B. **Teste de função muscular e sensorial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
 48. PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
 49. 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.
 50. NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
 51. 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.
 52. 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.

53. 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.
54. BLANK, D. Consulta clínica na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
55. 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.

9. Alimentação Saudável

Lena Azeredo de Lima
Aline Gerlach
Tanara Vogel

"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.

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento e desenvolvimento acelerados. É neste período que a criança desenvolve habilidades relacionadas à alimentação, como o autocontrole do processo de ingestão de alimentos, para atingir o padrão alimentar cultural do adulto¹.

Deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem não só levar a prejuízos imediatos na saúde da criança, elevando a morbimortalidade infantil, como também deixar sequelas futuras como retardo de crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas¹. Assim, a quantidade e a qualidade da alimentação ofertada neste período pode ter repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo¹⁻⁴[B].

9.1 Alimentação da criança de 0 a 2 anos

O Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde, em consonância com a Organização Mundial de Saúde, recomendam o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida¹⁻².

A partir dessa idade, devem ser introduzidos alimentos complementares saudáveis e o aleitamento materno complementado deve ser mantido até os 2 anos de idade ou mais¹⁻².

Na impossibilidade de manter o aleitamento materno durante o primeiro ano de vida, as fórmulas infantis são consideradas mais adequadas que o leite de vaca em termos de digestibilidade e de adequação nutricional^{5,6} [B]. Se a família, no entanto, não tiver condições financeiras para aquisição das fórmulas infantis, deve-se orientar a diluição do leite de vaca conforme a idade da criança¹ (ver item 9.1.5). A introdução da alimentação complementar deve iniciar aos 6 meses para crianças amamentadas e aos 4 meses para as crianças que não estiverem em aleitamento materno exclusivo¹⁻² (ver item 9.1.6).

Quadro 1. Definições do Aleitamento Materno¹

Aleitamento Materno Exclusivo: a criança recebe somente leite humano (materno ou de outras fontes), sem oferta de outros líquidos ou sólidos, com exceção de soro de reidratação oral, medicamentos, vitaminas e minerais.
Aleitamento Materno Predominante: a criança recebe, além do leite humano, água, chás e/ou suco de frutas. O leite humano é a fonte predominante de nutrição e a criança não recebe outros tipos de leite.
Aleitamento Materno Misto ou Parcial: a criança recebe outros leites além do leite humano.
Aleitamento Materno Complementado: a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento líquido, semissólidos e/ou sólidos

9.1.1 Aspectos epidemiológicos do aleitamento materno no Brasil e no SSC/GHC

A situação do aleitamento materno no Brasil tem melhorado, com tendência ao aumento progressivo e persistente da prática da amamentação, porém ainda há muito a melhorar⁷. Resultados publicados em 2008 pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), indicam prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 3 meses de 45%. Apesar de baixa, a prevalência é discretamente superior a da PNDS de 1996, de 40%. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada de 2008, encontrou mediana de aleitamento materno exclusivo de 54 dias e de aleitamento materno complementado de 11,2 meses⁸.

Durante sete anos o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) realiza uma pesquisa de prevalência de aleitamento materno durante as campanhas de vacinação, quando, em média, 80% das crianças menores de um ano do território comparecem às unidades de saúde. Em 2010, 231 crianças de 0 a 4 meses de idade foram avaliadas e 54% encontrava-se em aleitamento materno exclusivo, percentual superior ao nacional⁹.

9.1.2 Benefícios do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida

Nutrientes como ferro, zinco, cobre, selênio e outros minerais, mesmo quando presentes em quantidade reduzida no leite materno, possuem elevada biodisponibilidade, fornecendo aporte adequado às necessidades da criança¹⁰ [B]. No entanto, no momento em que outros alimentos são introduzidos na dieta da criança, a taxa de absorção desses nutrientes, especialmente de ferro, reduz-se drasticamente¹⁰ [B]. Assim, nos primeiros 6 meses de vida recomenda-se que a criança receba apenas leite materno, sem outros alimentos líquidos ou sólidos, para evitar o desenvolvimento de carências nutricionais¹.

O aleitamento materno exclusivo deve ser em livre demanda, ou seja, sempre que a criança tiver fome, sem restrições de horários. Essa prática promove redução da perda de peso inicial do recém-nascido¹¹ [B] e favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento¹¹ [B], quando comparado ao aleitamento com horários pré-estabelecidos. Além disso, promove uma “descida do leite” mais rápida¹¹ [B], aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido¹¹ [C], diminui a incidência de hiperbilirrubinemia¹¹ e previne o ingurgitamento mamário¹¹.

O Quadro 2 a seguir resume os benefícios do aleitamento materno exclusivo para a mãe e para a criança.

Quadro 2. Benefícios do aleitamento materno exclusivo para a criança e para a mãe

Benefícios para a criança	Benefícios para a mãe
• Redução de mortalidade infantil¹²⁻¹³ [A] • Redução de hospitalizações¹¹ [B]. • Redução de infecções como: meningite bacteriana, bacteremia, infecção no trato respiratório¹¹⁻¹² [A], infecções gastrointestinais¹¹⁻¹³ [B], otite média¹¹⁻¹² [A], infecção do trato urinário, sepse de início tardio em pré-termos¹¹⁻¹² [B]. • Proteção contra o desenvolvimento de doença atópica em crianças com histórico familiar positivo para alergias^{11-12, 14} [B]. • Redução do risco de asma e de síbilos recorrentes¹² [B]. • Proteção contra o desenvolvimento de diabetes tipo I e tipo II¹⁵⁻¹⁶ [A]. • Proteção contra o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade^{11-12, 17-20} [A].	• Involução uterina mais rápida e redução na hemorragia uterina pós-parto^{13, 21-22} [B]. • Retorno ao peso pré-gestacional mais rápido^{13, 23} [B]. • Diminuição do risco de câncer de mama, de ovário e de endométrio¹²⁻¹³ [B]. • Redução do risco de desenvolver diabetes tipo II em mulheres que não tiveram diabetes gestacional¹² [B]. • Há evidências de aumento da densidade mineral óssea de mulheres que amamentaram²¹⁻²² [B]. • Em nível populacional, o aleitamento materno exclusivo promove o aumento do intervalo entre as gestações^{21-22, 24} [B]. • Aspectos econômicos: leite materno não tem custos²⁵ [D].

9.1.3 Aconselhamento em amamentação

Para que o aleitamento materno seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação².

Os profissionais de saúde devem disponibilizar o tempo que for necessário para apoiar a mãe e o bebê durante o início e a continuidade da amamentação²⁶. Esse apoio deve ser disponibilizado independentemente do local de prestação de cuidados²⁶. Outras estratégias que pode aumentar o número de mulheres que iniciam a amamentação são as intervenções educacionais de saúde e as intervenções baseadas em apoio mútuo entre mulheres²⁷ [A]. Em estudo realizado nos Estados Unidos, os melhores efeitos em relação ao aleitamento materno são obtidos com intervenções informais, de reforço e baseadas nas necessidades individuais das mulheres, do que com sessões educacionais formais durante o pré-natal.

Ao conversar sobre a experiência de amamentar, o profissional deve estar atento para identificar as dificuldades enfrentadas. A depressão materna pós parto é um fator de risco importante para o desmame precoce e deve ser investigada com atenção nas consultas pós natais²⁷ [B].

A dor ao amamentar e a ocorrência de fissuras nos mamilos ou de ingurgitamento mamário também são fatores de risco importantes no desmame precoce, estando geralmente associados a posicionamento ou pega incorretos durante a amamentação. A mastite lactacional pode ser evitada através de medidas que impeçam a instalação da estase lática, tais como: pega correta, aleitamento sob livre demanda, esvaziamento completo da mama durante a amamentação e ordenha de leite nos casos de produção superior ao consumo do bebê²⁸ [B]. No caso de ingurgitamento mamário e mastite lactacional, o tratamento orientado deve ser a ordenha manual das mamas²⁸.

Já nos casos de trauma mamilar, o profissional de saúde deverá²⁸ [B]:

- Ajudar a mãe a adotar a técnica adequada de amamentar;
- Orientar a manutenção da região mamilo-areolar seca e aerada;
- Orientar a exposição dos mamilos ao sol do início da manhã ou do final da tarde;
- Fazer expressão de algumas gotas de leite ao final da mamada, passá-las em toda a região mamilo-areolar e deixar secar naturalmente;
- Não usar medicamentos tópicos.

Caso a nutriz perceba redução e 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 voltar a produzir leite suficiente para seu bebê.

Técnica de amamentação

A maneira como a mãe e o bebê se posicionam durante a amamentação e a pega/sucção da criança são aspectos muito importantes para que o bebê consiga retirar o leite da mama de maneira eficiente, sem agredir o seio materno. Apesar de a sucção ser um ato reflexo da criança, a amamentação consiste em um aprendizado para o binômio mãe-bebê. O abocanhamento inadequado da criança durante a amamentação dificulta o esvaziamento completo da mama, podendo causar redução na produção de leite e ganho de peso inadequado da criança. A pega incorreta também pode ocasionar lesões no seio materno e reduzir o tempo de aleitamento materno³⁰⁻³¹ [B].

A seguir serão descritos alguns dos aspectos que devem ser observados pelo profissional de saúde na consulta ao realizar o aconselhamento [C]:

- A posição de amamentação deve ser confortável para a mãe e para o bebê;
- A mãe deve estar relaxada e fazer contato visual frequente com a criança;
- A criança deve estar com todo o seu corpo bem apoiado e encostado na mãe (barriga com barriga). A cabeça e o tronco da criança devem estar alinhados;
- O bebê deve estar calmo e acordado. A mãe deve ser orientada a retirar a criança do seio caso ela adormeça;
- O bebê deve ser levado ao peito e não o peito levado a ele;
- A mama deve ter aparência arredondada, não repuxada ou esticada;
- Se for necessário sustentar o seio durante a amamentação, os dedos devem ser levemente posicionados em forma de C e não de tesoura, para não haver obstrução de canais lactíferos;
- A boca da criança deve estar bem aberta, com o lábio inferior virado para fora;
- As bochechas devem estar arredondadas, não encovadas;
- As sucções são lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração);
- Pode-se ouvir o barulho de deglutição do leite, mas não há barulho de sucção (ruídos da língua). Os barulhos de sucção indicam falta de vedação entre a boca do bebê e o seio devido a pega incorreta;
- O achatamento do mamilo observado quando a criança interrompe a mamada, a presença de estrias vermelhas no mamilo (fissuras) ou dor durante a amamentação também são indicativos de pega incorreta;
- Não é necessário limpar a aréola antes ou após a amamentação. Banho diário e uso de um sutiã limpo são suficientes.

9.1.4 Contraindicações para o aleitamento materno

Existem poucas situações em que o aleitamento materno é contraindicado. A contraindicação ocorre quando há risco de transmissão de doenças que coloquem em risco a saúde e a vida da criança.³²

Condições maternas infecciosas que contraindicam o aleitamento materno³²

- HIV ou HTLV 1 e 2 (vírus linfotrófico humano de células T).

Condições maternas infecciosas que *temporariamente* contraindicam o aleitamento materno³²

- Citomegalovírus: o leite materno cru é contraindicado para crianças prematuras ou crianças imunodeficientes;
- Vírus herpes zoster e herpes simples: contraindicado quando houver lesão de mama;
- Vírus da varicela: contraindicado apenas se as lesões surgirem 2 dias antes ou até 5 dias após o parto;
- Vírus da hepatite C: em caso de fissura nos mamilos ou carga viral elevada;
- Hanseníase: quando houver lesão na pele da mama ou a doença não estiver sob controle (não tratada ou com início de tratamento inferior a 3 meses);
- Doença de chagas (*Trypanosoma cruzi*): 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.

Obs: A pasteurização realizada em banco de leite humano (BLH) assegura a inativação térmica de vírus, bactérias e outros organismos.

Condições maternas não infecciosas que contra-indicam o AM³²

- Quimioterapia e/ou radioterapia;
- Exposição ocupacional e/ou ambiental a metais pesados (chumbo, mercúrio, entre outros);
- Uso drogas que contraindiquem o aleitamento materno;
- Fenilcetonúria. É possível amamentar bebês com fenilcetonúria³³⁻³⁴ [A]. Entretanto, é necessário que os pacientes tenham consultas frequentes no serviço de referência, possibilitando ajustes dietéticos constantes e controle metabólico adequado, evitando níveis indesejáveis³³.

9.1.5 Alimentação em situações em que o aleitamento materno não é possível

Na impossibilidade de aleitamento materno, as fórmulas de partida, também chamadas de fórmulas de 1º semestre, são adequadas até que a criança complete seis meses de vida. A partir do sexto mês, recomenda-se o uso de uma fórmula infantil de seguimento ou de 2º semestre^{4,35}. As fórmulas infantis consistem em leite de vaca modificado para aumentar a digestibilidade e suplementado para melhor atender as necessidades nutricionais da criança^{31,35-37}.

Apesar de as fórmulas infantis apresentarem um custo mais elevado quando comparado ao leite de vaca fluido ou em pó, os pais devem ser lembrados que a introdução da alimentação complementar aos 4 meses da criança permite a redução da oferta de leite para apenas 2 vezes ao dia, reduzindo o

custo financeiro do uso de fórmula¹. O quadro 3 a seguir apresenta o volume e o número de refeições lácteas recomendados para a criança não amamentada, de acordo com sua faixa etária.

Quadro 3. Volume e frequência do aleitamento artificial (fórmula infantil ou leite de vaca) para crianças não amamentadas, de acordo com a idade.

Idade	Volume	Número de refeições/dia
< 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 amamentadas³².

Na impossibilidade de adquirir fórmula infantil:

O leite de vaca, fluido ou em pó, não é recomendado para a criança durante o 1º ano de vida^{4,34,35,38,39}. O consumo regular de leite de vaca nesse período pode levar à sensibilização precoce da mucosa intestinal e induzir hipersensibilidade às proteínas do leite de vaca, predispondo ao surgimento de doenças alérgicas, que podem perdurar por toda a vida, e de micro-hemorragias na mucosa intestinal^{4,34,36,38,40}, as quais elevam o risco de anemia^{36,40-41} [A]. Além disso, a composição nutricional do leite de vaca apresenta as seguintes inadequações^{4,34-35}:

- Quantidade insuficiente de ácido linoléico, o qual é essencial para o desenvolvimento de células da retina e do córtex cerebral;
- Elevada concentração de proteína, sódio, potássio e cloretos, com consequente elevação na carga renal de solutos. Essa condição é especialmente deletéria aos recém-nascidos de baixo peso;
- Relação caseína/proteínas do soro inadequada, com comprometimento da digestibilidade.
- Baixos níveis de vitaminas C, D, E e, quando fervido ou diluído, redução nos níveis de vitaminas do complexo B;
- Quantidades insuficientes e baixa biodisponibilidade de minerais, especialmente de ferro. Além disso, a concentração excessiva de cálcio e de fósforo e a baixa quantidade de vitamina C no leite de vaca podem também contribuir para a diminuição da biodisponibilidade de ferro presente na alimentação complementar.

Diante da impossibilidade da aquisição de leites mais adequados para o lactente, o profissional de saúde deve orientar a família quanto a diluição adequada do leite de vaca para a idade, a correção da deficiência de ácido linoléico com óleo vegetal e a suplementação com vitamina C e ferro, para minimizar os efeitos deletérios citados².

Deve-se suplementar o leite de vaca com ácido graxo linoléico acrescentando óleo vegetal (soja, canola, etc.) na proporção de 3%, ou seja, para cada 100mL de leite fluido ou reconstituído, 1 colher de chá rasa de óleo vegetal^{2,42}.

Não se deve acrescentar amido, açúcar, aveia, farinha de arroz ou outros complementos industrializados de cereais, a não ser em caso de criança desnutrida que não aceite volumes adequados de leite, quando é necessário aumentar a densidade energética até que a capacidade gástrica aceite volumes adequados de leite^{43,44}.

Preparação do leite de vaca para crianças menores de 4 meses

Até os 4 meses de idade, o leite de vaca deve ser preparado da seguinte forma³²[D]:

Leite integral fluido (líquido): 1/3 de água fervida + 2/3 de leite integral

* Se o leite for pasteurizado (“de saquinho”), deverá ser fervido antes da diluição.

Leite em pó: a reconstituição deve ser feita a 10%, ou seja: 1 colher de sopa cheia de leite em pó (10g) para cada 100mL de leite reconstituído.

Exemplo da reconstituição do leite em pó para o preparo de 150mL de leite:

- medir 50mL de água fervida;
- acrescentar 1½ col. sopa cheia de leite em pó (15g);
- acrescentar 1 ½ col. chá rasa de óleo vegetal (1,5g);
- mexer até dissolver;
- completar o volume até a marca de 150mL.

Preparação do leite de vaca para crianças maiores de 4 meses

Após a criança completar 4 meses, deve-se iniciar alimentação complementar conforme indicado no Quadro 5 (item 9.1.6) e o leite de vaca fluido não deve mais ser diluído. A reconstituição do leite em pó passa a ser de 15%, ou seja, 1½ col. de sopa cheia (15g) em cada 100mL de leite reconstituído^{2,32,44}.

Exemplo da reconstituição do leite em pó para o preparo de 200mL de leite:

- medir 100mL de água fervida;
- acrescentar 3 colheres de sopa cheias de leite em pó (30g);
- mexer e dissolver;
- completar o volume até 200mL.

9.1.6 Alimentação Complementar

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 ocasião². 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 pequena².

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 6 meses (para crianças em aleitamento materno) ou dos 4 meses (para crianças não amamentadas), deve-se 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 deixa de suprir todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de alimentos complementares^{1,2,45}. Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os 2 anos ou mais, pois o leite materno continua sendo importante fonte de energia e de nutrientes para a criança, além de protegê-la contra diversas doenças^{2,11,16} [A]. As crianças que não recebem leite materno devem iniciar a alimentação complementar aos 4 meses, pois estão expostas a maior risco de desenvolver deficiências nutricionais^{32,43}.

A partir do momento da introdução, a mãe deverá oferecer água à criança ao longo do dia, no intervalo das refeições^{1,2,4,38}. A água deve ser a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida)².

No início da introdução dos alimentos, a quantidade que a criança ingere pode ser pequena. Até que ela se habitue a consumir quantidade suficiente da alimentação complementar, a mãe pode oferecer um pouco de leite após a refeição, como complementação energética, caso a criança mantenha os sinais de fome^{2,43}.

A família deve ser tranquilizada de que é comum a criança rejeitar alimentos novos no início. A recusa de um alimento, no entanto, não significa que a criança não goste dele, e sim que ela ainda não está habituada ao novo sabor, textura ou aroma⁴³. O alimento inicialmente rejeitado deve ser oferecido novamente de 8 a 10 vezes para que a criança passe a aceitá-lo bem³⁸.

Passo 3

Ao introduzir os alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes), deve-se oferecer 3 refeições ao dia para criança em aleitamento e 5 refeições ao dia para as crianças não amamentadas.

A introdução da alimentação complementar se dá com a papa salgada, amassada ou desfiada, e com frutas raspadas ou esmagadas⁴³. As tabelas 4 e 5 indicam o esquema alimentar recomendado para crianças amamentadas e não amamentadas, respectivamente.

Quadro 4. Esquema alimentar para crianças amamentadas

Período	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	A partir de 12 meses
Manhã	Leite Materno	Leite Materno	Leite Materno + Fruta ou pão simples ou cereal
Intervalo	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta
Almoço	Papa salgada com carne	Papa salgada com carne	Refeição básica da família
Lanche	Fruta + Leite Materno	Fruta + Leite Materno	Fruta ou pão simples ou cereal
Janta	Leite Materno	Papa salgada com carne	Refeição básica da família
Ceia	Leite Materno	Leite Materno	Leite Materno

Fonte: Adaptado de Dez passos para uma alimentação saudável¹

Quadro 5. Esquema alimentar para crianças não amamentadas

Período	De 4 a 8 meses	Ao completar 8 meses	A partir de 12 meses
Manhã	180 - 200mL Fórmula Infantil	200mL Fórmula Infantil	200mL de Leite de vaca + Fruta ou pão simples ou cereal
Intervalo	Fruta	Fruta	Fruta
Almoço	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Lanche	Fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou cereal
Janta	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Ceia	180 - 200mL Fórmula Infantil	200mL Fórmula Infantil	200mL de Leite de vaca

Fonte: Adaptado de Dez passos para uma alimentação saudável¹

A partir do momento que a criança começa a receber qualquer alimento, a absorção do ferro do leite materno reduz significativamente. Por esse motivo a introdução de carnes, vísceras e miúdos, fontes de ferro heme (de boa absorção), é muito importante, mesmo que seja em pequena quantidade. As carnes devem estar presentes desde as primeiras refeições^{41,43} [A].

Dietas vegetarianas não fortificadas ou não suplementadas não são recomendadas para crianças menores de 2 anos pois podem não suprir todas as necessidades nutricionais da criança, especialmente de ferro, zinco e cálcio^{9,41}.

Os grãos das leguminosas (feijões, lentilha) também devem ser oferecidos para a criança, bem cozidos e esmagados, desde o momento da introdução dos alimentos. As leguminosas são ricas em fibras e contêm quantidade importante de ferro não heme, o qual é melhor absorvido na presença da vitamina C presente em frutas e vegetais².

O ovo inteiro (clara e gema) pode ser introduzido já a partir do sexto mês^{4,43}. Deve-se ter cuidado para que a gema fique completamente cozida para evitar contaminação bacteriana. Vísceras ou miúdos devem ser oferecidos no mínimo uma vez por semana pois são excelentes fontes de ferro¹⁻².

Todos os grupos de alimentos (cereais ou tubérculos; carnes ou ovos; leguminosas; e legumes ou verduras) devem estar presentes na preparação da papa salgada todos os dias^{2,43}. A cada dia, deve-se escolher um novo alimento de cada grupo para compor a papa, e prepará-la com um pouco de sal, óleo e cebola⁴³. Nos casos em que não houver a carne, oferecer 50-100mL de suco de fruta rica em vitamina C (laranja, acerola, goiaba, bergamota) após a refeição, para melhor absorção do ferro não heme, presentes nas leguminosas e em alguns vegetais^{1-2,43}. A tabela 6 contém exemplos dos alimentos que podem ser oferecidos para a criança no período da alimentação complementar.

Quadro 6. Alimentos Básicos para a preparação da papa salgada

	Principais funções	Exemplos
Grupo 1: Cereais e Tubérculos	Constituídos principalmente por carboidratos, são importantes fontes de energia para a criança.	Arroz, aipim, batata, batata doce, macarrão, polenta, inhame.
Grupo 2: Carnes e ovos	As proteínas animais contêm todos os aminoácidos que a criança precisa. As carnes são ricas em ferro heme.	Carnes de gado, galinha, peixe, miúdos de frango ou de boi, ovos.
Grupo 3: Leguminosas	São fonte de ferro não heme, fibras, proteínas e energia.	Feijão, lentilha, ervilha seca, grão de bico.
Grupo 4: Verduras e Legumes	São importantes fontes de vitaminas, minerais e fibras	Abobrinha, folhas verdes cozidas, abóbora, cenoura, chuchu, quiabo, beterraba, vagem, brócolis, couve-flor.

Fonte: Adaptado de Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos

As Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição contam com material de apoio sobre a alimentação complementar em cada consultório. Os materiais incluem os esquemas alimentares apresentados acima e orientações para a preparação da papa salgada.

Exemplos de papas salgadas:

- Arroz + feijão com grão + carne de frango desfiada + espinafre refogado;
- Macarrão + peixe desfiado + lentilha com grão + cenoura;
- Batata + carne de gado desfiada ou moída fina + moranga;
- Batata doce + fígado de boi desfiado + couve + lentilha;
- Batata + ervilha seca + fígado de frango desfiado + abobrinha refogada;
- Arroz + lentilha + ovo cozido + beterraba (neste caso, deve-se oferecer suco de uma fruta rica em vit C após a refeição).

Passo 4

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

É recomendável estabelecer intervalos regulares entre as refeições da criança, de 2 a 3 horas, porém sem rigidez de horários. A prática de dar sucos, chás, leite ou iogurtes a qualquer hora deve ser desestimulada, pois a criança que “belisca” não consegue ingerir quantidades adequadas nas refeições principais, aumentando o risco de deficiências nutricionais⁴³.

Recomenda-se alimentar a criança lenta e pacientemente até que ela se sacie, jamais forçando-a a comer^{38,46-47} [A]. São desaconselháveis práticas nocivas de gratificação (prêmios) ou coercitivas (castigos) para fazer com que a crianças coma. Caso a criança não esteja com fome na hora do almoço, por exemplo, consumindo quantidade muito pequena de alimentos, pode-se oferecer a papa salgada novamente, após 30 a 60 minutos⁴³.

Passo 5

A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; iniciar com a 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 e amassados com um garfo. A consistência da papa salgada deve ser espessa como a de um purê^{2,43}. Quanto mais espessa e consistente, maior a densidade energética (calorias/gramas de alimento) de uma refeição. A densidade energética torna-se muito importante ao considerar a capacidade gástrica reduzida da criança no período de introdução dos alimentos. Se a alimentação oferecida for muito rala ou diluída, a criança pode não conseguir consumir a quantidade de energia necessária para o seu crescimento e desenvolvimento^{2,43}.

A utilização do liquidificador e da peneira é totalmente contraindicada, pois a criança está aprendendo a distinguir a consistência, os sabores e as cores dos novos alimentos. A alimentação espessa estimula as funções de lateralização da língua e do reflexo de mastigação. O desenvolvimento da musculatura facial ocorrerá gradativamente em consonância com o aumento da consistência da

alimentação, até que a criança passe a receber a comida da família, amassada, desfiada ou picada, aos 8 meses^{1,2,4}.

Passo 6

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

Os nutrientes estão distribuídos nos alimentos de forma variada. Todos os dias devem ser oferecidos alimentos de todos os grupos (frutas; cereais e tubérculos; leguminosas; carnes; legumes e verduras) e deve-se variar os alimentos dentro de cada grupo. A diversificação dos alimentos e, especialmente das cores dos mesmos, garante o suprimento de todos os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento normais da criança².

Sabe-se que quanto mais colorida é a alimentação, mais rica é em termos de vitaminas e minerais. As cores das frutas e dos vegetais muitas vezes representam os tipos de nutrientes que eles contêm. Por exemplo:

- Frutas e vegetais amarelos e alaranjados são ricos em pró-vitamina A. A vitamina A é essencial no desenvolvimento da visão e na diferenciação celular, além de atuar na resposta imunitária, reduzindo a morbi-mortalidade infantil. Exemplos: moranga, cenoura, manga e mamão⁴⁸;
- Vegetais verde-escuros são ricos em ferro não heme. Devem ser consumidos junto com ácido ascórbico (vitamina C) para melhor absorção intestinal. Exemplos: espinafre, couve e brócolis⁴⁸;
- Alimentos fonte de vitamina C: laranja, bergamota, limão, tomate, abacaxi, acerola, goiaba, kiwi, manga².

Passo 7

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

As frutas, legumes e verduras são as principais fontes de vitaminas, minerais e fibras da alimentação e devem ser consumidas diariamente pela criança¹⁻². A família deve ser orientada a oferecer duas frutas diferentes por dia, selecionando as frutas da estação, cultivadas localmente¹.

Os legumes e as verduras podem ser, inicialmente, menos aceitos pelas crianças pequenas, pois há uma preferência natural por sabores doces². Essa recusa pode ser agravada quando a criança já teve contato com alimentos processados adicionados de sacarose². Recomenda-se que os pais ofereçam os legumes e vegetais recusados repetidas vezes, até que a criança se habitue aos novos sabores e passe a aceitá-los normalmente³⁸.

As frutas devem ser oferecidas in natura, amassadas ou raspadas. O consumo de sucos deve ser limitado e, se for oferecido, em pequena quantidade, após as refeições principais para ajudar a absorver melhor o ferro não heme². Porém, os sucos não devem ser utilizados como uma refeição ou lanche, por conterem menor teor de energia, fibras e vitaminas que a fruta em pedaços².

Passo 8

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

Já foi comprovado que a criança nasce com preferência para o sabor doce, portanto a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. Essa atitude evita que a criança se desinteresse pelos cereais, verduras e legumes, aprendendo a aceitar diversos sabores em sua dieta^{1-2,43}.

A criança não deve comer alimentos industrializados, enlatados, embutidos e frituras, pois estes alimentos contêm sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais²[D]. As frituras são desnecessárias, especialmente nos primeiros anos de vida. A fonte de lipídeo (gordura) para a criança já está presente naturalmente, no leite, nas fontes proteicas e no óleo vegetal utilizado para o cozimento dos alimentos. O óleo usado para as frituras sofre superaquecimento, liberando radicais livres que são prejudiciais à mucosa intestinal do bebê e, a longo prazo, tem efeitos danosos sobre a saúde².

Até completar um ano de vida, a criança possui a mucosa gástrica sensível e, portanto, as substâncias presentes no café, chás, mate, enlatados e refrigerantes podem irritá-la, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes, além de terem baixo valor nutricional². O consumo de alimentos não nutritivos (ex.: refrigerantes, açúcar, frituras, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares².

Toda a família deve estar cientes dos malefícios da introdução precoce desses alimentos, pois, frequentemente, irmãos mais velhos, avós e tios oferecem-nos à criança, mesmo sem a autorização dos pais.

Quadro 7. Alimentos que devem ser EVITADOS nos primeiros 2 anos de vida

- Produtos industrializados com conservantes e corantes artificiais: iogurtes, gelatinas, petit suisse, doces (flans, compotas, cremes industrializados)^{2,43};
- Refrigerantes e sucos açucarados: reduzem o apetite para alimentos mais nutritivos o que pode resultar em deficiências nutricionais^{43,49};
- Embutidos, enlatados e macarrões instantâneos: possuem quantidade muito elevada de sódio;
- Café, chás e chocolates: interferem na absorção de ferro e cálcio^{43,50};
- Frituras: contém quantidade elevada de gordura⁵¹;
- Preparações muito salgadas: deve-se moderar o uso de sal^{1-2,51};
- Açúcar: não se deve adicionar açúcar nas preparações^{1-2,38,43,46-47};
- Mel: risco do botulismo^{4,32,39,52}.

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^{1-2,38}, podem reduzir a incidência de diarreia em crianças³⁸:

- Oferecer a água mais limpa possível (tratada, filtrada e/ou fervida) para a criança beber ou para preparar os alimentos;

- A pessoa que prepara os alimentos e a pessoa que oferece a refeição para a criança deve sempre lavar as mãos. Deve-se também lavar as mãos da criança com água e sabão antes de cada refeição;
- Manter limpos os utensílios e as superfícies para a preparação dos alimentos;
- Quando a papa salgada for preparada em quantidade suficiente para mais de uma refeição, deve-se armazená-la em recipiente limpo e sob refrigeração. Nunca oferecer os restos de uma refeição (aquilo que sobrou no prato ou na mamadeira);
- Alimentar a criança com o auxílio de copo ou xícara, colher e prato, evitando o uso de mamadeiras. A mamadeira é um dos maiores veículo de contaminação, devido à dificuldade de higienização, aumentando o risco de infecções e de diarreia. Se a mamadeira for utilizada, orientar a higienização adequada, conforme o Quadro 8;
- Lavar as frutas em água corrente, antes de descascar 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.
- Evite oferecer vegetais crus para a criança até os 10 meses.

Quadro 8. Cuidados higiênicos com o uso da mamadeira

- 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;
- Enxágue 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.

Fonte: Adaptado de Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas³².

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 volume ingerido estiver diminuído^{1,2} ;
- Se a criança estiver em aleitamento materno, orientar a mãe a amamentar com maior frequência^{1,2} ;
- No caso de diarreia e febre, aumentar a oferta de água^{1,2} ;
- Não apressar a criança, ter paciência e bom humor^{1,2} ;
- Não forçar a criança a comer, isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite^{1,2} .

Nas unidades em que há o nutricionista, a equipe pode contar com esse profissional nas seguintes situações:

- Visitas domiciliares (avaliar e orientar amamentação);

- Consultas de puericultura (interconsultas ou consulta conjunta);
- Aos 4º ou 6º meses (introdução de alimentação complementar);
- Sempre que houver dificuldades no processo de amamentação, presença de anemia ou velocidade do crescimento (comprimento e peso) insuficiente.

9.1.7 Prevenção da anemia

Apesar das diversas medidas de nível individual e populacional adotadas no país, a prevalência de anemia mantém-se elevada, atingindo cerca de 40% das crianças menores de cinco anos^{38,53}.

Aos 4 meses de vida da criança, inicia-se a depleção dos estoques de ferro de nascimento. Nessa fase, o aleitamento materno e as fórmulas infantis podem não ser suficientes para evitar o desenvolvimento da anemia, principalmente em crianças que já nasceram com estoques de ferro considerados subótimos, sendo necessária a suplementação profilática do mineral^{2,43}.

Para as crianças que já iniciaram a alimentação complementar, o consumo de alimentos fonte de ferro passa a ser fundamental^{41,43,50,54}. O ferro na forma heme, presente nas carnes, é mais facilmente absorvido. O ferro na forma não heme, presentes nas leguminosas e nos vegetais, é absorvido de acordo com o estado nutricional da criança (crianças com anemia têm absorção aumentada) e tem sua absorção influenciada pelos outros componentes da dieta.

É importante conhecer os alimentos que favorecem ou prejudicam a absorção do ferro não heme para incluí-los ou não nas refeições ricas em ferro, como almoço e jantar. Recomenda-se um intervalo de 2h entre o consumo de alimentos ricos em ferro e de alimentos que prejudicam a absorção do ferro, para não haver interferências⁵⁴.

Fatores que facilitam a absorção do Ferro não heme^{41,43,55}.

- Vitamina C (presente em frutas cítricas, como: laranja, acerola, bergamota, abacaxi);
- Carnes (o ferro heme presente nas carnes facilita a absorção do ferro não heme).

Fatores que prejudicam a absorção do Ferro⁵⁵:

- Cálcio (presente em leite e derivados): reduz a absorção das formas heme e não-heme do ferro;
- Polifenóis e cafeína (presentes em chás, café, refrigerantes de cola)^{35,50}.

Quadro 9. Orientações nutricionais para crianças com anemia

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Suplementar com ferro medicamentoso até a correção da deficiência e corrigir a alimentação para evitar a recorrência da anemia. • As carnes devem fazer parte da alimentação da criança diariamente, desde o momento da introdução da alimentação complementar; • Oferecer fígado de boi ou de galinha no mínimo 1 vez por semana para a criança; • Oferecer 50mL de suco de fruta cítrica após o almoço ou jantar. |
|--|

9.2 Alimentação da criança de 2 a 6 anos

A partir dos 3 anos, a criança apresenta velocidade de crescimento constante, com ganho médio de 2 a 3kg de peso e 7cm de comprimento por ano, para ambos os sexos, até o início da puberdade^{43,56}. Isso representa uma redução na velocidade de crescimento, a qual é acompanhada por diminuição das necessidades energéticas e consequente diminuição do apetite da criança^{35,43}. Apesar de fisiológicas e

naturais, essas modificações podem causar ansiedade nos pais, sendo que uma das queixas mais frequentes nesta faixa etária é: “meu filho não come”.

Além da redução de apetite, esta é uma fase na qual a criança percebe mais os objetos ao seu redor e já tem autonomia para se movimentar pela casa. Assim, ocorre um desvio de atenção para outras atividades e muitas crianças podem não querer ficar sentadas à mesa durante todo o período da refeição, para brincar, assistir televisão.

O volume gástrico da criança nessa fase é pequeno (200 a 300mL) e seu comportamento alimentar inconstante, com apetite muito variável². Fatores como temperatura ambiente, condição física e psíquica, quantidade ingerida na refeição anterior e atividade física podem interferir na quantidade consumida e devem ser considerados ao realizar o diagnóstico de inapetência^{4,35,44}. Se o profissional de saúde verificar que a criança realmente está consumindo menos alimentos do que o recomendado, deve identificar se a inapetência tem fundo comportamental ou fundo orgânico^{43,44}.

A inapetência comportamental tem base psicogênica, com origem na dinâmica familiar. Neste caso, a criança pode reduzir o consumo de alimentos ou restringir a qualidade dos mesmos para chamar a atenção dos pais, tática que geralmente funciona^{4,35}. É comum que algumas mães, com medo que seus filhos passem fome, passam a preparar alimentos especialmente para a criança, que se recusa a comer os alimentos da família, dar alimentos na boca, fazer pratos em forma de desenhos ou deixar que a criança consuma quaisquer alimentos que quiser, inclusive substituindo o almoço por guloseimas. É importante que os pais não fiquem ansiosos com esse tipo de comportamento, pois se a inapetência da criança for administrada inadequadamente, poderá se transformar em distúrbio alimentar real e perdurar em fases posteriores da vida⁴. O Quadro 9 indica algumas recomendações alimentares para a criança com inapetência comportamental.

Quadro 10. Recomendações alimentares para a criança com inapetência comportamental

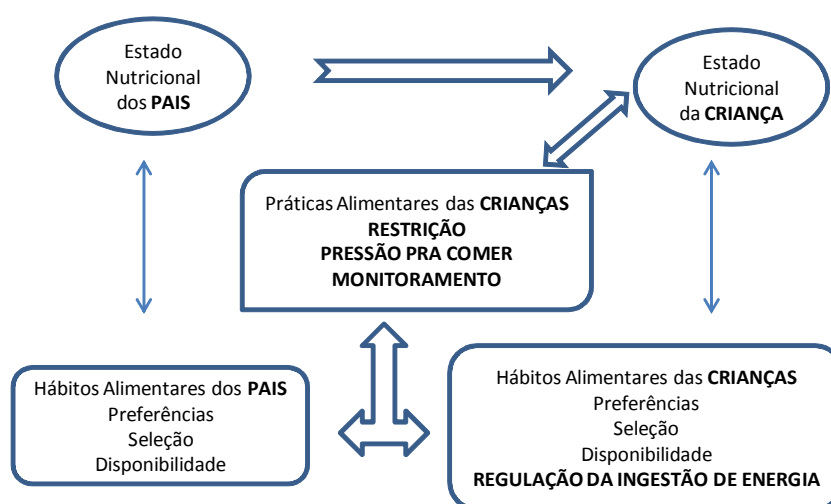
- Ter horários organizados para as refeições, mas sem rigidez: se na hora do almoço, por exemplo, a criança não tiver apetite, o almoço pode ser oferecido mais tarde. Não oferecer substitutos, como leite ou iogurtes no lugar do almoço ou do jantar, pois esse hábito pouco nutritivo pode tornar-se um padrão difícil de ser corrigido⁴³.
- Antes do almoço ou jantar, a criança deve ficar de 2 a 3h sem comer: é comum que crianças nessa idade tenham o hábito de “beliscar” entre as refeições e os pais, por ansiedade permitam que comam a qualquer hora (já que “não comeram bem” na refeição). O consumo de quaisquer alimentos, sólidos ou líquidos, próximo as refeições reduz o apetite da criança^{35,43,46}.
- Servir pequenos volumes (200-300g) durante as refeições: o volume gástrico da criança nessa faixa etária geralmente não suporta quantidades maiores que 300g em uma refeição. Servir quantidade maior do que a criança consegue comer chama mais atenção para o problema, podendo agravar as dificuldades^{36,43}.
- Não servir bebidas durante as refeições: além de ocupar espaço no estômago, se as bebidas tiverem valor energético, como sucos, refrigerante ou chá açucarado, pode haver estímulo de saciedade precoce⁴³.
- Não fazer chantagens ou utilizar recompensas e castigos para que a criança coma: ao fazer chantagens, a criança passa a associar a alimentação com uma ideia negativa, reforçando a recusa alimentar. Se a sobremesa for oferecida como recompensa após o almoço, a mesma será excessivamente valorizada, prejudicando a formação de hábitos alimentares saudáveis^{4,35,46-47}.
- Se sobrar comida no prato após a refeição, não fazer comentários: a criança não deve se sentir pressionada a consumir toda a quantidade servida. Os pais podem lembrá-la de que a próxima refeição será apenas dentro de 2 ou 3h, e perguntar se ela tem certeza que comeu o suficiente para se manter até a próxima refeição. Desse modo, a criança vai aprendendo a controlar sozinha sua ingestão, de acordo com os sinais fisiológicos de saciedade^{36,43}.

A inapetência orgânica tem base fisiológica, associada à deficiência de nutrientes, especialmente de ferro. Se o diagnóstico de anemia ferropriva for confirmado, a criança deve receber suplementação medicamentosa para reposição dos depósitos depletados, e sua alimentação deve ser corrigida para prevenir a recorrência de anemia⁴³.

9.2.1 Recomendações à família para uma alimentação saudável

A abordagem familiar é fundamental para o entendimento da estrutura e dinâmica familiar, possibilitando, assim, uma intervenção mais efetiva. O hábito alimentar da família é fator determinante para a qualidade da alimentação da criança, sendo assim, as modificações devem ser propostas à família³⁵. A figura 1 ilustra a influência familiar no estado nutricional da criança.

Figura 1. Influência do hábito alimentar da família (pais) nas práticas alimentares da criança.



A seguir serão descritas algumas orientações importantes para a família:

- O esquema alimentar familiar deve ser composto por 5 ou 6 refeições diárias, com horários regulares: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia^{4,43} [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;
- As refeições devem ser realizadas sempre na mesa, com televisão e rádio desligados. A redução de estímulos do ambiente ajuda para que a criança consiga se concentrar na alimentação. É importante que a atenção esteja centrada no ato de se comer para que o organismo possa desencadear seus mecanismos de saciedade⁴;
- Deve-se servir volume pequeno de alimentos⁴⁴, respeitando a capacidade gástrica da criança³⁵. A criança tem capacidade de controlar sua ingestão. Assim, se a quantidade servida não for suficiente, pode-se servir mais um pouco, assim que o prato esteja vazio^{35,43};
- Não substituir o almoço ou jantar por lanches, especialmente leite ou produtos lácteos^{41,43};
- Não utilizar sobremesa ou guloseimas como recompensa ou castigo^{4,35,43,46};
- Evitar fazer comentários sobre a quantidade consumida pela criança, para que a criança não se sinta pressionada e para não aumentar a atenção dada ao problema^{35,43,46}.

- Quando houver repetidas recusas a um determinado alimento, mudar a forma de preparo e/ou esperar um intervalo maior para fazer nova tentativa³⁵;
- A oferta de líquidos nos horários das refeições deve ser evitada, pois distende o estômago, podendo dar o estímulo de saciedade precocemente. O ideal é oferecê-los somente após a refeição^{4,35,43}.
- Salgadinhos, refrigerantes, balas e doces não devem ser proibidos, porque estimularão ainda mais o interesse da criança, mas podem ser consumidos ocasionalmente, e em horários que não atrapalhem o apetite da próxima refeição^{4,46};
- Estimular a criança a participar da escolha do alimento, da sua compra, do preparo, deixá-la manipular os alimentos^{4,35}.

9.3 Alimentação da criança de 7 a 12 anos

Nessa fase, o ritmo de crescimento segue constante até o estirão da puberdade, quando ocorre ganho mais acentuado de peso e de estatura^{4,58}. A maior independência e socialização da criança promovem a aquisição de novos hábitos alimentares e a solidificação de hábitos já adquiridos³⁶. O vínculo familiar, os amigos e a escola passam a ser determinantes para o aprendizado e para o estabelecimento dos novos hábitos, ganhando papel de destaque na manutenção da saúde e na qualidade de vida da criança^{4,36}.

Próximo à adolescência, quando ocorre uma intensa busca por inclusão e auto-afirmação, podem surgir distúrbios alimentares, como a bulimia, a anorexia, o transtorno de compulsão alimentar periódica e a vigorexia. Por ser um período de crescimento acelerado, o corpo torna-se mais sensível a qualquer desequilíbrio. A oferta de nutrientes deve ser suficiente para prover as necessidades metabólicas diárias e permitir o que a criança atinja todo o seu potencial de crescimento³⁶.

A maior autonomia para escolher e comprar seus próprios alimentos tem sido vista com preocupação, especialmente devido a grande variedade de alimentos pouco saudáveis vendidos nas cantinas escolares, como refrigerantes, frituras, balas, pirulitos e outras guloseimas. Em 2010, foi publicado pelo Ministério da Saúde, o Manual das Cantinas Alimentares Saudáveis, que dentre outras conteúdos, ensina a analisar a qualidade nutricional de alimentos industrializados e incentiva a produção e venda de alimentos mais saudáveis e com padrão higiênico adequado⁵⁹.

9.3.1 Recomendações à família para uma alimentação saudável

- 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;
- 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;
- Consumo diário de frutas, verduras e legumes, os quais são boas fontes de calorias, minerais, vitaminas hidrossolúveis e fibras⁴;
- A ingestão de alimentos fontes de vitamina A proporciona estoques adequados no período do estirão, o que garante a secreção do hormônio de crescimento⁴³. 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 boi⁴³;

- O consumo de sal deve ser moderado, para a formação de hábito alimentar saudável e prevenção de hipertensão arterial^{4,51};
- A criança deve ingerir diariamente 400mL de leite⁴⁴ para atingir a quantidade de cálcio para formação adequada da massa óssea e profilaxia da osteoporose na vida adulta⁴³. Em substituição ao leite, podem ser usados seus derivados, como o iogurte ou o queijo;
- Estar atento à alimentação fornecida pela escola ou às opções de lanches que são vendidos na escola ou nas proximidades⁴;
- Observar a ocorrência de mudanças alimentares que possam indicar o início de um transtorno alimentar.

9.4 Obesidade em crianças

A prevalência de excesso de peso na população infantil vem aumentando em todo o mundo com reflexos a curto e longo prazo na saúde pública⁶⁰ [A]. No Brasil, a obesidade vem aumentando em todos os estratos socioeconômicos^{61,62,63}. Estudos nacionais demonstram prevalências de excesso de peso em crianças e adolescentes que variam entre 10,8% e 33,8% em diferentes regiões⁶¹⁻⁶³.

Nos anos de 2012 e 2013, 15,6% dos alunos matriculados em escolas municipais de ensino fundamental de Porto Alegre foram avaliados pelo Programa Saúde na Escola (PSE) e encontrou-se prevalência de 10,3% de alunos com sobrepeso e de 4% de alunos com obesidade. Nas escolas infantis de Porto Alegre, no mesmo período, avaliou-se 77,9% dos alunos matriculados e encontrou-se a prevalência de sobrepeso de 9,5% e de obesidade de 5%.

Em 2013, foram realizadas ações do PSE em 4 escolas localizadas no território do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Realizou-se antropometria em 741 crianças e adolescentes, estudantes de 1ª a 8ª série de escolas públicas vinculadas ao programa. A classificação do estado nutricional foi através das curvas de IMC da OMS 2007, e apresentou como resultado: 1,62% com baixo peso, 63% eutróficos, 18,5% com sobrepeso e 17% obesos.

A partir dos três anos de idade, o excesso de peso da criança passa a ter papel determinante para o excesso de peso na vida adulta. Estima-se que uma criança obesa aos 6 anos apresenta 50% de chance de se tornar um adulto obeso, enquanto que a obesidade na adolescência aumenta esse risco para 70% a 80%⁴³. Além disso, o excesso de adiposidade está associado a alteração dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, como colesterol total, triglicerídeos, pressão arterial e glicemia. Aterosclerose e hipertensão arterial são processos patológicos iniciados ainda na infância, a partir de hábitos alimentares inadequados e sedentarismo⁶³⁻⁶⁵ [C]. 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^{64,66}.

9.4.1 Recomendações

O *guideline* de 2013 do Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) recomenda fortemente e classifica como evidências de alta qualidade as seguintes ações⁶⁷:

- Calcular e registrar no prontuário o Índice de massa corpórea (IMC) de crianças dos 2 aos 18 anos⁶⁸;
- Utilizar a terminologia apropriada para classificar o estado nutricional em crianças (ver tabela 10) e comunicar da forma correta à família⁶⁸;
- Realizar anualmente avaliação dos hábitos alimentares, prática de atividade física⁶⁸.

Quadro 11. Classificação do estado nutricional pelas curvas de IMC para idade:

Percentil	Escore Z	Classificação
< p0,1	< -3	Magreza Acentuada
≥ p0,1 e < p3	≥ -3 e < -2	Magreza
≥ p3 e ≤ p85	≥ -2 e ≤ +1	Eutrofia
> p85 e ≤ p97	> +1 e ≤ +2	Risco de Sobrepeso
> p97 e ≤ p99,9	> +2 e ≤ +3	Sobrepeso
> 99,9	> +3	Obesidade

Fonte: Adaptado de Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN⁶⁹

9.4.2 Prevenção

Em razão do aumento da obesidade infantil e das consequências relacionadas com o excesso de peso tem se buscado ações de saúde pública para a prevenção da obesidade. Uma metanálise que incluiu 37 estudos com 27.946 crianças encontrou fortes evidências indicando efeitos benéficos dos programas de prevenção de obesidade infantil sobre o IMC, especialmente nos programas dirigidos a crianças de 6-12 anos de idade. Os estudos incluídos nesta revisão tinham programas com uma grande variedade de componentes sendo que as políticas e estratégias que apresentaram melhores resultados foram⁷⁰:

- Apoio dos pais e atividades em casa que encorajem a criança a ser fisicamente ativa, a comer alimentos mais nutritivos e a gastar menos tempo com atividades em frente das telas da televisão, do computador e de jogos eletrônicos;
- Ambientes e práticas culturais que incentivem as crianças a comerem alimentos mais saudáveis e a serem fisicamente ativas ao longo de cada dia;
- Incluir no currículo escolar os temas: alimentação saudável, atividade física e imagem corporal. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) propõe que esteja incluído no plano de ensino das escolas da rede pública o trabalho de alimentação saudável;
- Incluir mais horas de atividade física e de desenvolvimento de habilidades motoras fundamentais ao longo da semana escolar. Independente da oferta de mais horas de atividade física por parte da escola, os profissionais de saúde podem incentivar a realização de mais horas de atividade física nas horas de lazer;
- Melhorar a qualidade nutricional dos alimentos fornecidos nas escolas. O PNAE tem criado diretrizes e orientações para a melhoria da alimentação oferecida na rede pública de ensino;
- Apoio por parte dos profissionais de saúde aos professores e outros funcionários para a implementação de estratégias e atividades de promoção de saúde. O Programa Saúde na Escola é uma excelente oportunidade para uma maior proximidade entre profissionais de saúde e professores e a implementação de atividades de promoção de saúde (ler CAB 24).

9.4.3 Manejo nutricional nos casos de obesidade ou sobrepeso

Toda criança que apresentar ganho de peso excessivo a partir dos 2 anos de idade apresenta maior risco para o desenvolvimento de obesidade e de doenças crônicas na vida adulta^{63,66}. Quanto mais tarde for a intervenção, maior o risco.

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^{64,71-72}. Dessa maneira, busca-se uma perspectiva contextual para melhor entendimento da complexidade de fatores que se interrelacionam, como os biogenéticos, os familiares e os psicossociais, que fazem parte da constituição do fenômeno da obesidade.

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^{63-66,71}. O tratamento deve ser construído em conjunto pelos profissionais e pela família, levando-se em consideração que pais, mães, e filhos precisam ser acolhidos e compreendidos em suas histórias, sofrimentos, conflitos, valores, crenças e saberes^{64,73}.

O envolvimento familiar é um dos maiores contribuintes para adesão ao tratamento. 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 que o tratamento não se torne uma ameaça à identidade do grupo familiar. Os seguintes aspectos devem ser observados:

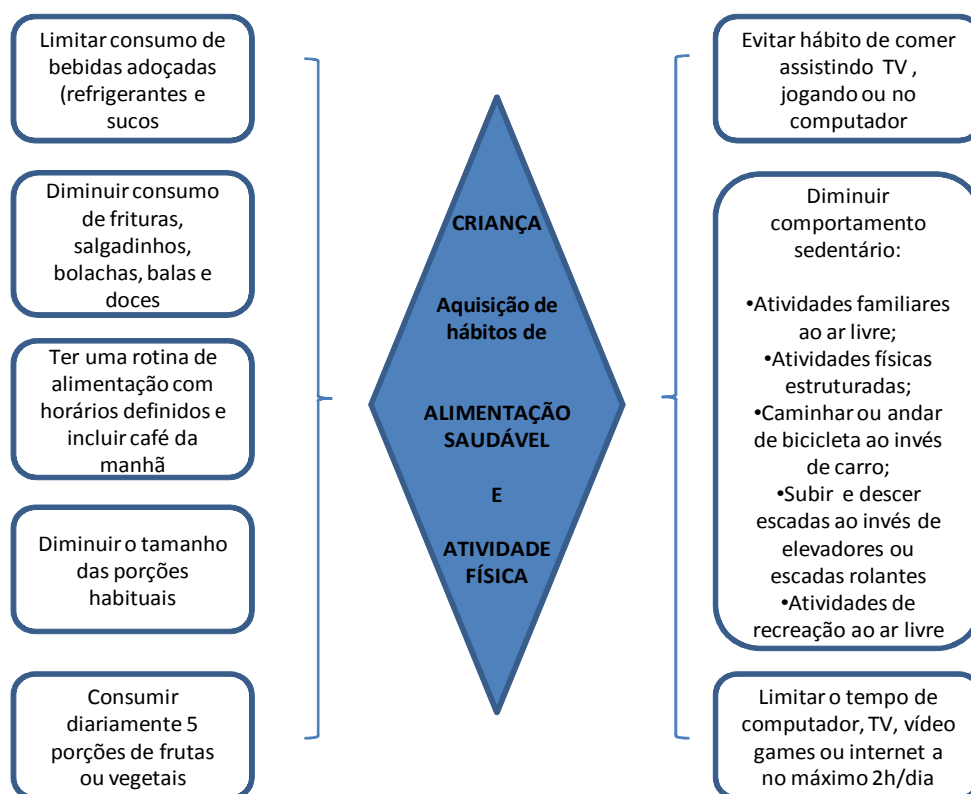
- Relação emaranhada entre mãe (ou responsável) e filho(a) – dependência e proteção prolongadas em atividades cotidianas e sociais; excesso de proteção e de cuidados na alimentação⁶⁴;
- Pais (ou responsáveis) ansiosos, que identificam qualquer choro dos filhos como “choro de fome” e superalimentam as crianças, forçando-as a maior ingestão mesmo quando já estão saciadas⁶⁴;
- Pais (ou responsáveis) com dificuldades para estabelecer limites aos filhos, inclusive na esfera da alimentação⁶⁴;
- Ocorrência de trocas afetivas quase que exclusivamente por meio da alimentação⁶⁴;
- 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 grupo⁶⁴;
- Histórico do estado nutricional, bem como a presença de transtornos alimentares dos familiares próximos⁵⁸;
- Perceber e respeitar o momento de vida de cada criança, levando em conta sua ansiedade, sensibilidade emocional e, principalmente, capacidade de compreensão e de execução das propostas alimentares⁶⁴;
- 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^{60,63-64,71};
- Todas as mudanças devem ser discutidas com o paciente. As negociações com a criança, juntamente com suas famílias, são fundamentais para manter a confiança⁶⁴.

O Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) recomenda fortemente e classifica como evidências de alta qualidade as seguintes orientações alimentares para a criança e para a família:

- Limitar o consumo de bebidas adoçadas;
- Consumir diariamente 5 ou mais porções de frutas ou vegetais;
- Fazer o desjejum (café da manhã) diariamente;
- Realizar as refeições junto à família quando for possível;
- Reduzir refeições fora de casa principalmente em fast foods;
- Ajustar os tamanhos das porções para a idade;
- Limitar o tempo de televisão, vídeo games ou computador para até duas horas por dia;
- Realizar atividade física diariamente por 1 hora ou mais;

A figura 2 resume as principais recomendações para a família.

Figura 2. Recomendações de alimentação saudável e de atividade física para a família de crianças com sobrepeso ou obesidade.



Uso de alimentos dietéticos na alimentação de crianças:

Os alimentos *diet* não são 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 possam ser utilizados à longo prazo com segurança na faixa etária pediátrica⁶⁴.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
2. _____. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva: World Health Organization, 1998.
4. 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: SBP, 2006.
5. THORISDOTTIR, A. V. et al. Iron status of one-year-olds and association with breast milk, cow's milk or formula in late infancy. **European Journal of Nutrition**, Darmstadt, v. 52, n. 6, p. 1661-1668, 2013.
6. HASCHKE., F. et al. Feeding patterns during the first 2 years and health outcome. **Annals of Nutrition and Metabolism**, Basel, v. 62, n. 3, p. 16-25, 2013.
7. 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. 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Indicadores de saúde: relatório anual 2010.** Porto Alegre [s.n.], 2011.
10. SAARINEN, U. M.; SIIMES, M. A. Iron absorption from breast milk, cow's milk, and iron-supplemented formula: an opportunistic use of changes in total body iron determined by hemoglobin, ferritin, and body weight in 132 infants. **Pediatrics Research**, Baltimore, v. 13, n. 3, 1979.
11. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
12. IP, S. et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. **Evidence Report Technology Assessment (Full Rep)**, Rockville, v. 153, p. 1-186, 2007.
13. GARTNER, L. M. et al. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, Evanston, v. 115, n. 2, p. 496-506, 2005.
14. GDALEVICH, M. et al. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **Journal of de American Academy of Dermatology**, St. Louis, v. 45, n. 4, p. 520-527, 2001.
15. PATELARO, E. et al. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. **Nutrition Reviews**, New York, v. 70, n. 9, p. 509-519, 2012.
16. PEREIRA, P. F.; ALFENAS, R. D.; ARAÚJO, R. M. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 1, p.7-15, 2014.
17. SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO, C. A. Breastfeeding and obesity in school-age children from families of high socioeconomic status. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.1, p. 5-12, 2007.
18. ARENZ, S. et al. Breast-feeding and childhood obesity: a systematic review. **International Journal of Obesity**, London, v. 28, n. 10, p. 1247-1256, 2004.

19. BALABAN, G. et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância?; Does breast feeding prevent childhood overweight? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 263-268, 2004.
20. BALABAN, G.; SILVA, G. A. Protective effect of breastfeeding against childhood obesity. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 7-16, 2004.
21. TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 235-246, 2008.
22. REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 142-146, 2004.
23. KAC, G. et al. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 79, n. 3, p. 487-493, 2004.
24. 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, 2004.
25. DRANE, D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. **Breastfeeding Review**, Canada, v. 5, n. 1, p. 7-15, 1997.
26. THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE. **Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies**. Leicester: University of Leicester, 2006.
27. HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 341-352, 2008.
28. 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.
29. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. **Manual de capacitação de multiplicadores**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.
30. WEIGERT, E. M. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, p. 310-316, 2005.
31. COCA, K. P. et al. Does breast feeding position influence the onset of nipple trauma? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 43, p.446-452, 2009.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.
33. KANUFRE, V. C. et al. O aleitamento materno no tratamento de crianças com fenilcetonúria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, p. 447-452, 2007.
34. VAN RIJN, M. et al. A different approach to breastfeeding of the infant with phenylketonuria. **European Journal of Pediatrics**, Heidelberg, v. 162, n. 5, p. 323-326, 2003.
35. ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.
36. WEFFORT, V. R. S. **Alimentação láctea no primeiro ano de vida**. Belo Horizonte: Sociedade Mineira de Pediatria, 2006.
37. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Codex alimentarius**, Brasília, DF: OMS, 1962.
38. MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004.
39. 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. **Pediatrics**, Evanston, v. 113, n. 5, p. 1545-1547, may 2004. Supplement.

40. AGOSTONI, C. et al. 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.
41. 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, 2007.
42. EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Viçosa: UFV, 2000.
43. VITOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.
44. 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, p. 1448-1457, 2008.
45. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.09.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.
46. 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, 1998.
47. BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, Evanston, v. 101, n. 3, p. 539-549, 1998.
48. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carência de micronutrientes**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007.
49. 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, 1994.
50. 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, 2004.
51. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 6, 2005. Suplemento.
52. TANZI, M. G.; GABAY, M. P. Association between honey consumption and infant botulism. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 22, n. 11, p. 1479-1483, 2002.
53. 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.
54. 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, 2007.
55. COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.
56. CHUMLEA, W. C.; GUO, S. S. **Physical growth and development**. Handbook of Pediatric Nutrition, 1999.
57. 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.
58. MAHAN, L. K. **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1998.
59. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual das cantinas escolares saudáveis**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
60. SUMMERBELL, C. D. Interventions for preventing obesity in children. **The Cochrane Library**, Oxford, n. 2, 2008.
61. 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, 2003.

62. CESAR, J. A. 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, 2006.
63. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. **Obesidade**: diagnóstico e tratamento da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: SBEM, 2005.
64. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência**: manual de orientação. São Paulo: SBP, 2008.
65. DANIELS, S. R. et al. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 1, 2008.
66. 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.
67. WILKINSON, J. et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive Services for Children and Adolescents. **Updated**, sept. 2013.
68. BARLOW, S. E. Expert Committee Recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. **Pediatrics**, Evanston, v. 120, n. 4, p. 5164-5192, 2007.
69. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008.
70. WATERS, E. et al. Interventions for preventing obesity in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 12, 2011.
71. 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.
72. ARMSTRONG, J.; REILLY, J. J. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. **Lancet**, London, v. 359, n. 9322, p. 2003-2004, 2002.
73. 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.

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.

Em crianças desmamadas, a insegurança e desconhecimento dos pais em relação à necessidade de ingestão de alimentos dos bebês acaba levando-os a complementá-las 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, conforme descrito no capítulo Alimentação Saudável

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, foram escolhidos por corresponderem a “menos 2 desvios-padrão” (-2σ) de uma coorte 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.

Pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir anemia em pessoas vivendo no nível do mar³:

Quadro 1. Pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir anemia em pessoas vivendo no nível do mar³

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 2001

Estima-se que 47,4% das crianças menores de cinco anos sejam anêmicas em nível mundial, e 39,5% na América Latina e no Caribe⁴. No Brasil, a única pesquisa de âmbito nacional mostrou prevalência de anemia de 20,9% em crianças de seis a 59 meses. Uma revisão sistemática de estudos brasileiros de 1996 a 2006 com crianças de até 7 anos de idade encontrou prevalência de 40,1% nos estudos de base populacional⁵. Outra revisão sistemática de estudos brasileiros de 1996 a 2007, envolvendo crianças de até cinco anos, obteve prevalência mediana de anemia de 53%⁶. A prevalência foi maior nos menores de dois anos, especialmente entre os seis e 23 meses de idade.

A anemia é um dos fatores mais importantes relacionados a baixo peso ao nascer, mortalidade materna e déficit cognitivo em crianças⁷. 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^{1,4,7}, sendo ainda considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de cinco anos e gestantes.

O último trimestre da gestação é o período no qual ocorre o mais importante aumento de peso e de armazenamento de ferro no feto, o que reforça a importância da suplementação de ferro na gestação. 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. O leite de vaca integral, mesmo em pó, tem sido responsabilizado por microsangramentos intestinais em lactentes, podendo contribuir para a anemia⁴. Após o esgotamento da reserva, o organismo dependerá do ferro exógeno (dietético) para evitar o aparecimento da anemia¹.

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.

Parasitoses intestinais, como a por *Ancylostoma duodenalis* ou *Necator americanus*, podem causar perdas sanguíneas que podem levar a anemia⁴. Entretanto, 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 dois anos, de baixa renda, sendo a proporção de anêmicos entre os não parasitados significativamente maior do que entre os parasitados⁸. 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^{1,8}.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde⁹, 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. Devido à baixa ingestão de farinha pelas crianças pequenas⁴, o Programa recomendava suplementação semanal com xarope de sulfato ferroso 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 semanas⁹. Como a suplementação intermitente se mostrou menos eficaz que a diária na prevenção e controle da anemia¹⁰, atualmente o Ministério da Saúde recomenda suplementação universal de ferro para crianças de seis a 23 meses com sulfato ferroso 1mg/kg 1x/dia⁴.

Para crianças a termo, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda suplementação na mesma dose, dos quatro meses de idade até a introdução de alimentos complementares com adequado conteúdo de ferro¹¹. Já a OMS recomenda a suplementação diária dos seis aos 23 meses com 2mg/kg³. Em 2012, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ainda recomendava suplementação conforme o Programa Nacional de Suplementação de Ferro de 2005¹². Em crianças maiores, a necessidade de ferro é alcançada pela fortificação das farinhas¹¹.

Para crianças pré-termo ou com baixo peso ao nascer, a suplementação com ferro deve iniciar mais cedo. A OMS recomenda iniciar aos dois meses de idade, com 2mg/kg/d³; a AAP, com um mês de

vida, com 2mg/kg/d, até os 12 meses¹¹; e a SBP, com um mês de vida, com 2-4mg/kg/dia, dependendo do peso ao nascer, até um ano, reduzindo então para 1mg/kg/dia até dois anos¹².

A suplementação apresenta algumas dificuldades em relação ao surgimento de efeitos colaterais indesejáveis e à longa duração do tratamento. Para melhorar a adesão e reduzir os efeitos adversos, a OMS preconiza a suplementação de ferro através de fortificação de alimentos com micronutrientes em pó¹³. Essa suplementação por sachês apresenta benefício similar à suplementação por gotas ou xarope em desfechos hematológicos e menos manchas nos dentes e descoloração das fezes¹⁴. No Brasil, a suplementação por sachês está prevista para crianças de seis a 36 meses de maior vulnerabilidade, matriculadas em creches municipais ou conveniadas, mas a tendência é que essa suplementação seja ampliada a todas as crianças⁴.

Desta forma, sugerimos que todas as crianças em acompanhamento neste serviço sejam suplementadas com 1mg/kg/dia de ferro a partir dos 6 meses (1mg/kg/dia a partir dos 4 meses se não estiver em aleitamento materno exclusivo ou 2mg/kg/dia a partir do segundo mês se prematuros ou com baixo peso ao nascer) até os 23 meses de idade.

Abaixo, apresentamos um quadro que estratifica as crianças pela faixa etária, fatores de risco e conduta diante da necessidade de rastreamento 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^{4,11,15}

Classificação	Conduta
GRUPO 1 (< de 12 meses) A. Crianças em aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses) B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro C. Prematuros saudáveis e bebês pequenos para idade gestacional (PIG) 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)	A. 1 mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 23 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma aos 12 meses. B. 1 mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 23 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma aos 12 meses. C. 2mg/kg/d com 1 mês de vida, reduzindo para 1mg/kg/d com 1 ano, até 23 meses. Solicitar hemograma aos 12 meses. 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 23 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 corticoides 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 3-5mg/kg/dia de ferro e aconselhar os pais sobre dieta rica em ferro.

10.2 Suplementação de vitamina 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 desenvolvidos¹⁶⁻¹⁸. Os hábitos sedentários, a urbanização e o medo da violência fazem com que as crianças fiquem restritas em casa¹⁷.

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 bebê¹⁹. 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 D¹⁶⁻¹⁷.

A AAP recomenda, para crianças exclusiva ou parcialmente amamentadas, suplementação de 400UI por dia de vitamina D, iniciando já nos primeiros dias de vida, até que a criança receba 1L de leite integral ou fortificado com vitamina D. Já o MS do Brasil não recomenda suplementação oral de rotina de vitamina D, em razão das necessidades diárias serem facilmente atingidas pela exposição solar. E o Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria não vê necessidade de suplementação de vitamina D em lactentes amamentados com exposição regular ao sol.²⁰

Recomendamos administrar 400 UI/dia de vitamina D a crianças com risco aumentado, ou seja: prematuros, crianças com exposição inadequada à luz solar (por hábitos culturais ou porque use filtro solar em todos os passeios ao ar livre), principalmente se tiver pele escura, e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados¹⁶.

10.3 Suplementação de vitamina A

A deficiência de vitamina A isoladamente é responsável por quase 6% das mortes de crianças menores que 5 anos na África e 8% no Sudeste da Ásia²¹.

Meta-análises de suplementação periódica de vitamina A em países em desenvolvimento sugeriam que esta intervenção reduzia mortalidade infantil em torno de 20-30%. Recentemente o estudo DEVTA²², ensaio clínico randomizado com um milhão de crianças pré-escolares na Índia, mostrou que a redução da mortalidade não era tão grande como os ensaios anteriores apontavam, mas não era nula. Também mostrou que a suplementação de retinol não foi seguida por um aumento agudo no risco de morte. Meta-análises, incluindo este ensaio, sugerem que em locais onde a deficiência de vitamina A é prevalente, mas a xeroftalmia é rara, a redução na mortalidade infantil com uma suplementação adequada (onde as crianças receberam todas as doses preconizadas) é em torno de 5-15%, apenas um quarto à metade do que sugerido anteriormente²².

A suplementação de vitamina A (SVA) em crianças de 6-59 meses de vida, que vivem em países em desenvolvimento está associada à redução no risco de mortalidade por causas generalizadas e menor incidência de diarreia²³. A OMS²¹ tem recomendado SVA para crianças menores de 5 anos e gestantes e lactantes em locais onde a deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública (*forte recomendação*). Ou seja, populações onde a prevalência de cegueira noturna é de 1% ou mais em crianças de 24-59 meses de vida ou onde a prevalência de deficiência de vitamina A (retinol no sangue 0,70 µmol/l ou menos) é de 20% ou mais em bebês e crianças de 6-59 meses de vida [esta recomendação foi prévia à publicação do estudo DEVTA].

Os mecanismos pelos quais a vitamina A contribui para reduzir a mortalidade ainda não são totalmente conhecidos, e não está claro se sua ação é intermediada pela correção de deficiências subjacentes ou por efeitos terapêuticos adjuvantes. A suplementação de vitamina A pode melhorar a integridade intestinal e dessa forma reduzir a gravidade de alguns episódios de diarreia. A função da vitamina A na imunidade inata e adaptativa pode também incluir a redução na susceptibilidade a e/ou severidade de outras infecções²¹.

Diferentes fontes de vitamina A incluem betacaroteno, que é encontrada em plantas, e uma vitamina A pré-formada, que é encontrada em fontes animais. A biodisponibilidade dos carotenóides pró-

vitamina A em frutas e vegetais é menor do que se acreditava, e é difícil para crianças atingir as necessidades diárias através de alimentos vegetais apenas. Consequentemente, a deficiência de vitamina A é comum entre crianças cujas famílias não conseguem oferecer ovos e laticínios.

Alta ingestão de vitamina A sintética por um período prolongado pode levar a toxicidade, mas intoxicação por fontes alimentares é rara. Suplementação periódica não causa efeitos adversos graves²³. A intoxicação por vitamina A pode ser aguda ou crônica. Ela é bem absorvida e não há mecanismo eficaz para remoção ou metabolização de grandes quantidades. Adultos necessitam de 500 µg de equivalentes de retinol/dia, crianças 250-350 µg/dia. Gestantes não devem exceder 600 µg/dia²⁴.

Segundo a OMS, a suplementação profilática de vitamina A deve fazer parte de um conjunto de estratégias para a melhoria da ingestão deste nutriente, portanto, associado à diversificação da dieta²¹.

No Brasil²⁵, a DVA era considerada um problema de saúde pública, sobretudo na Região Nordeste e em alguns locais da Região Sudeste e da Região Norte. Contudo, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traçou o perfil das crianças menores de 5 anos e da população feminina em idade fértil no Brasil e apontou que o problema se estende para todas as regiões brasileiras. Nessa pesquisa, foi observado que 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres apresentavam níveis inadequados de vitamina A. Em crianças, as maiores prevalências foram encontradas no Sudeste (21,6%) e Nordeste (19%) do País. A maior idade materna (>35 anos) também foi associada à maior ocorrência de crianças com níveis deficientes de vitamina A. Nas mulheres, as prevalências nas regiões foram: Sudeste (14%), Centro-Oeste (12,8%), Nordeste (12,1%), Norte (11,2%) e Sul (8%).

Até o primeiro semestre de 2012, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A atendia a Região Nordeste, municípios do Vale do Jequitinhonha e Mucuri (Estado de Minas Gerais) e alguns municípios da Amazônia Legal (Região Norte e Estado de Mato Grosso) e alguns Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A partir do segundo semestre, o programa foi ampliado para todo o País (todos os municípios da Região Norte e Distritos Sanitários Especiais Indígenas e municípios prioritários do Plano Brasil Sem Miséria das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul). *[Até a presente revisão, Porto Alegre ainda não havia aderido ao programa.]*

A suplementação de mulheres no pós-parto imediato acontece somente na Região Nordeste e em alguns municípios localizados na Região Norte, Estado de Minas Gerais e Mato Grosso²⁵.

A inadequação do consumo de vitamina A é muito alta em todas as regiões do País, o que reflete a baixa qualidade da dieta do brasileiro, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008 – 2009). Dados da última POF mostram que 72% das mulheres em idade fértil têm consumo inadequado de vitamina A, o que reforça a necessidade de suplementação profilática em grupos prioritários²⁵.

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 organismo²⁶.

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^{21, 23, 25}.

Revisão Cochrane²⁷ avaliou impacto de duas estratégias de suplementação de vitamina A para menores de um ano: suplementação para mulheres que estavam amamentando OU suplementação direta para bebês menores de 6 meses de vida, comparado com placebo, na mortalidade, morbidade e efeitos colaterais. O resultado dos estudos não encontrou evidência convincente que SVA materna reduza o risco de morte dentro do primeiro ano de vida (96203 crianças, sete estudos) ou dentro do primeiro mês de vida, nem de doenças. Também não encontrou evidência convincente que a SVA de crianças menores de 6 meses reduza o risco de morte no primeiro ano de vida (59402 crianças avaliadas, sete estudos) ou dentro do primeiro mês de vida, nem reduziu doenças. Porém, esta intervenção pode aumentar a possibilidade de desenvolver efeito colateral de fontanela abaulada, devido ao aumento da pressão líquórica (32978 crianças, 10 estudos).

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 A²⁵ (4), a conduta de administração via oral da megadose de vitamina A é:

Quadro 3. Administração via oral de megadose de vitamina A, conforme faixa etária²⁵

Faixa etária	Conduta
A. Crianças de 6 meses a 11 meses de idade:	A. 1 megadose de vitamina A na concentração de 100.000 UI;
B. Crianças de 12 a 59 meses de idade:	B. 1 megadose de vitamina A na concentração de 200.000 UI a cada 6 meses;
C. Puérperas:	C. 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 gestantes²⁵. Em países onde a prevalência de DVA é elevada, as gestantes começam a apresentar sintomas de cegueira noturna a partir do terceiro trimestre, período de consumo de vitamina A mais intenso, sendo recomendado a suplementação nestas populações, com reversão do sintoma, além de melhorar anemia. As doses estudadas variaram entre 5000 e 10000 UI por dia ou 200000 UI em suplementação semanal, sem relato de malformações congênitas²⁸.

Segundo revisão Cochrane²³, há evidências que a suplementação de vitamina A está associada com grande redução de mortalidade, morbidade e problemas visuais em crianças entre 6 meses e 5 anos de idade. São necessários estudos para determinar a dose mais efetiva e a forma de suplementação (por exemplo, fortificação), mas ensaios com placebo como controle não seriam éticos.

Recomendamos atenção aos hábitos alimentares familiares inadequados, assim como da criança, mais do que aos fatores econômicos, para identificar aquelas em risco de deficiências

nutricionais, e indicar suplementação para estas, concomitante à educação alimentar, enquanto o município não aderir ao programa de suplementação periódica.

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 K¹⁶.

- 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 apresentações²⁹⁻³⁰. A OMS, em seu site oficial já incluiu a recomendação de suplementar zinco no tratamento de diarreia, além dos sais de reidratação oral³¹.

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. Produtos vegetais costumam ser pobres em zinco, além de ter uma baixa biodisponibilidade, particularmente em cereais e legumes com altas concentrações de fitatos (substâncias antinutritivas, 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

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Unicef. **Carências de micronutrientes**: Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007. Cadernos de Atenção Básica.
2. GIUGLIANI, E. R. J. et al. Alimentação da criança pequena. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Iron deficiency anemia**: assessment, prevention and control: a guide or programme managers. Geneva: WHO, 2001.
4. GIUGLIANI, E. R. J.; AERTS, D. R.; LIMA, A. K. Deficiência de ferro e anemia na criança. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H. S. Prevalence of anemia in Brazilian children in different epidemiological scenarios. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 433–444, jun. 2010.
6. JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. A. Prevalence of iron-deficiency anemia in Brazil: a systematic review. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 90-98, mar. 2009.
7. STOLTZFUS, R. J.; DREYFUSS, M. L. **Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia**. Geneva: World Health Organization, 1998.
8. 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.
9. 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.
10. DE-REGIL, L. M. et al. Intermittent iron supplementation for improving nutrition and development in children under 12 years of age. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford. n. 10, 2013.
11. BAKER, R. D.; GREER, F. R. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). **Pediatrics**, Evanston, v. 126, n. 5, p. 1040–1050, nov. 2010.
12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **Anemia ferropriva em lactantes**: revisão com foco em prevenção. Rio de Janeiro: SBP, 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Documento_def_ferro200412.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2014.
13. WORLD HEATH ORGANIZATION. **Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age**. Geneva: WHO, 2011.
14. DE-REGIL, L. M, et al. Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, n. 9, sept. 2011.
15. RUIZ-CABELLO, F. J. S. Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes. **PrevInfad**, Espanha, jun.. 2011. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_ferropenia.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2014.
16. ALONSO, C. R. P. et al. Vitaminas D profiláctica. . **PrevInfad**, Espanha, oct. 2002. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/rec_vitamina_d.htm>. Acesso em: 05 maio 2014.
17. 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: 05 maio 2014.
18. WAGNER, C. L. et al. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 5, nov. 2008.
19. SPECKER, B. L. et al. Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentration in exclusively breast-fed infants. **J Pediatr**. St. Louis, v. 107, p. 372-376, 1985.

20. GIUGLIANI, E. R. J. Práticas alimentares saudáveis na infância. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz Suplementação de vitamina A em bebês e crianças de 6-59 meses de vida**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44664/31/9789248501760_por.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.
22. AWASTHI, S. et al. Vitamin A supplementation every 6 months with retinol in 1 million pre-school children in north India: DEVTA, a cluster-randomised trial. **Lancet**. London, v. 381, n. 9876, p. 1469-1477, apr. 2013.
23. MAYO-WILSON, E. et al. Vitamin A supplements for preventing mortality, illness, and blindness in children aged under 5: systematic review and meta-analysis. **BMJ, Londres**, v. 343, aug. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d5094>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
24. DRAPER, R. In: **Hypervitaminosis**, 2011. Disponível em: <www.patient.co.uk/doctor/Hypervitaminosis.htm>. Acesso em: 15 mar. 2014.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013.
26. 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.
27. GOGIA, S.; SACHDEV, H. S. Vitamin A supplementation for the prevention of morbidity and mortality in infants six months of age or less. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 10, 2011.
28. VAN DEN BROEK, N. et al. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 2010.
29. 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.
30. BHATNAGAR, S. Effects of zinc supplementation on child mortality. **Lancet**, London, v. 369, n. 9565, p. 927-934, mar. 2007.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on child health**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/en/index.html>. Acesso em: 05 maio 2014.

11. Medicamentos: um olhar sobre o uso e a segurança na infância

Elineide Camillo
Jaqueline Misturini
Ana Joseane D. Fernandes

“Guardo sempre os remédios em potes fechados no alto do armário da cozinha, para evitar que as crianças peguem e comam achando que é bala. O Pedro nunca mexeu em nada, mas o Vinícius é bem arteiro, então tenho medo”

Paula moradora da Vila Jardim e usuária da US SESC, mãe do Pedro, 8 anos, e Vinícius, 3 anos.

“Eu aprendi a usar da forma certa o spray e o espaçador. Isso fez muita diferença para o controle da asma dos meninos”

Tânia, moradora da Vila Jardim e usuária da US SESC, mãe do Lucas e do Nicolas, 4 anos.

A segurança na infância em relação à exposição a medicamentos inicia na gestação, passa pela amamentação e continua durante os primeiros anos de vida. Com o objetivo de prevenir possíveis lesões não intencionais e orientar sobre o uso adequado dos medicamentos, este capítulo abordará o uso de medicamentos durante a amamentação, a ingestão acidental de medicamentos e saneantes e os cuidados com a administração dos medicamentos.

11.1 Uso de medicamentos durante a amamentação

É muito frequente o uso de medicamentos por mulheres que estão amamentando. A maioria dos medicamentos é compatível com a amamentação; poucos são formalmente contraindicados e alguns requerem cautela ao serem prescritos durante a amamentação, devido aos riscos de efeitos adversos¹. 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 materno². 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% dos medicamentos prescritos poderiam causar efeitos deletérios ao lactente³.

A recomendação para interromper a amamentação na vigência de tratamento medicamentoso da nutriz é muito comum, apesar de, na maioria das vezes, ser possível compatibilizar o tratamento com a manutenção da amamentação. Profissionais de saúde com frequência são influenciados pelo fato de uma minoria de fármacos causarem efeitos teratogênicos durante a gestação. Mas é importante lembrar que, enquanto a placenta permite a passagem de fármacos para o feto, o epitélio alveolar mamário funciona como uma barreira quase impermeável¹.

A prescrição de medicamentos para mães lactentes deve basear-se no princípio do risco *versus* benefício⁴⁻⁵. Em geral, a nutriz deve evitar o uso de qualquer medicamento. Entretanto, se o uso for necessário, deve-se optar por fármaco com segurança documentada durante a lactação. A maioria dos fármacos passa para o leite materno, mas em pequenas quantidades; e mesmo quando presentes no leite, poderão ou não ser absorvidas no trato gastrointestinal do lactente¹. 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 seguro^{1,5}.

Os seguintes aspectos práticos podem auxiliar na tomada de decisões quanto ao uso de medicamentos durante a amamentação (Adaptado de Brasil, 2010a; Formulário Terapêutico, 2010)^{1,5}:

- Avaliar a necessidade da terapia medicamentosa.
- Avaliar se o medicamento prescrito tem benefício reconhecido para a condição para a qual está sendo indicado.
- Preferir um medicamento já estudado e sabidamente seguro para a criança, que seja pouco excretado no leite materno.
- Preferir medicamentos que já são liberados para o uso em recém-nascidos e lactentes.
- Preferir a terapia tópica ou local, em vez de oral e parenteral, quando possível e indicado.
- Programar o horário de administração do medicamento à mãe, evitando que o pico do medicamento no sangue e no leite materno coincida com o horário das mamadas.
- Optar, quando possível, por preparações contendo apenas um medicamento.
- Considerar a possibilidade de dosar o medicamento na corrente sanguínea do lactente quando houver risco para a criança, como nos tratamentos maternos prolongados, a exemplo do uso de anticonvulsivantes.
- Orientar a mãe para observar a criança com relação aos possíveis efeitos colaterais, tais como alteração do padrão alimentar, hábitos de sono, agitação, tônus muscular e distúrbios gastrintestinais.
- Evitar medicamentos de ação prolongada por causa da maior dificuldade de serem excretadas pelo lactente.

O Quadro 1 foi elaborada baseada nos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos⁶, disponíveis nas Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e nas Farmácias Distritais do município de Porto Alegre. A ausência de um determinado fármaco nesta listagem não implica a segurança de uso deste. Outros medicamentos podem ser consultados em outras fontes como, por exemplo, no Manual do Ministério da Saúde “Amamentação e Uso de medicamentos e outras substâncias”¹.

Na tabela 1 foi adotada a classificação da categoria de risco das drogas utilizada pelo Manual do Ministério da Saúde “Amamentação e Uso de medicamentos e outras substâncias”¹:

- **Uso compatível com a amamentação:** fármacos cujo uso é potencialmente seguro durante a lactação, haja vista não haver relatos de efeitos farmacológicos significativos para o lactente.

- **Uso criterioso durante a amamentação:** medicamentos cujo uso no período da lactação depende da avaliação do risco/benefício. Quando utilizados, exigem monitorização clínica e/ou laboratorial do lactente, devendo ser utilizados durante o menor tempo e na menor dose possível. Novos medicamentos cuja segurança durante a amamentação ainda não foi devidamente documentada encontram-se nesta categoria.

- **Uso contraindicado durante a amamentação:** drogas que exigem a interrupção da amamentação, pelas evidências ou risco significativo de efeitos colaterais importantes no lactente.

Quadro 1. Classificação de risco dos fármacos, usados durante a amamentação, disponíveis nas US/SSC e nas Farmácias Distritais do município de Porto Alegre.

Grupo farmacológico	Compatível com amamentação	Uso criterioso durante a amamentação
Analgésicos, Antipiréticos e Antiinflamatórios não esteróides	Dipirona, Ibuprofeno, Paracetamol	Ácido acetilsalicílico
Ansiolíticos	Diazepam ^a	Clonazepam
Antiácidos e Antiulcerosos	Omeprazol, Ranitidina	
Antiasmáticos	Beclometasona, Fenoterol, Ipratrópio, Salbutamol	
Antianêmicos	Ácido fólico, Sulfato ferroso	
Anticoagulantes	Varfarina	
Antidepressivos	Amitriptilina, Fluoxetina, Imipramina	Lítio ^b
Antidiabéticos	Glibenclamida, Insulina, Metformina	
Antieméticos	Metoclopramida ^a , Prometazina ^c	
Antiepiléticos	Ácido valproico ^d , Carbamazepina ^d , Diazepam ^a , Fenitoína	Clonazepam, Fenobarbital
Anti-histamínicos	Loratadina ^d , Prometazina ^c	Dexclorfeniramina
Anti-infecciosos	Aciclovir, Albendazol, Amoxicilina, Amoxicilina+Clavulanato, Ampicilina, Azitromicina, Benzilpenicilina, Cefalexina, Cefuroxima, Eritromicina, Espiramicina, Etambutol ^e , Fluconazol, Metronidazol, Nistatina, Nitrofurantoína, Oseltamivir, Rifampicina ^e	Ciprofloxacina, Doxiciclina, Isoniazida ^h , Ivermectina, Pirazinamida ^e , Pirimetamina, Sulfadiazina, Sulfametoxazol+Trimetoprim
Antiparkinsonianos		Biperideno, Levodopa+Benzerazida, Levodopa+Carbidopa
Antipsicóticos	Haloperidol	Clorpromazina
Cardiovasculares	Captopril, Digoxina, Enalapril, Metildopa, Propranolol, Verapamil	Anlodipino, Atenolol, Isossorbida, Metoprolol, Sinvastatina
Contraceptivos hormonais	Levonorgestrel, Medroxiprogesterona, Noretisterona ⁱ	
Corticosteróides	Prednisolona, Prednisona	
Diuréticos	Espironolactona, Hidroclorotiazida	Furosemida ^f
Fármacos para pele e mucosas	Dexametasona ^g , Metronidazol, Miconazol, Neomicina+bacitracina, Permetrina	Isoconazol
Fármacos que afetam homeostasia mineral óssea		Alendronato de sódio
Fármacos para tratamento da gota e antiartríticos	Alopurinol	
Hormônios Tireoideanos	Levotiroxina	
Laxante	Óleo mineral ^e	

Fonte: Brasil, 2010a; Brasil, 2010b; AAP, 2001; WHO, 2002.

^a Evitar uso prolongado

^b Monitorar níveis séricos do lactente

^c Dose única

^d Primeira escolha

^e Monitorar lactente para icterícia

^f Pode diminuir produção de leite

^g Usar em áreas pequenas e não passar nos mamilos e aréolas

^h Observar neurite periférica e hepatite

Dos medicamentos pesquisados, apenas os contraceptivos Etinilestradiol+levonorgestrel e Estradiol+noretisterona pertencem à categoria “Uso contraindicado durante a amamentação”¹. O componente estrogênico (etinilestradiol e estradiol) está associado à diminuição da produção de leite materno¹⁻².

11.2 Medicamentos e crianças: é possível prevenir ingestão acidental?

No Brasil, como na maioria dos países, os medicamentos se apresentam como o principal agente tóxico, respondendo por, aproximadamente, 28% dos casos de intoxicação humana registrados pelo SINITOX/CICT/FIOCRUZ/MS anualmente. Os benzodiazepínicos, antigripais, antidepressivos, anti-inflamatórios são as classes de medicamentos que mais causam intoxicação em nosso país⁹.

Crianças menores de 5 anos representam, aproximadamente, 35% dos casos de intoxicação por medicamento no Brasil⁹. No Rio Grande do Sul, os medicamentos e os produtos saneantes são os agentes que mais frequentemente estão envolvidos em acidentes tóxicos em crianças menores de 7 anos. Eles representaram 63,6% de todos os registros nesta faixa etária, o que correspondeu a 14.288 de atendimentos entre os anos de 2005 a 2008¹⁰.

No ano de 2012, no estado do RS, foram registrados 6.323 atendimentos classificados como exposição humana a medicamentos e 1.599 a saneantes/domissanitários. O percentual de casos de exposição de crianças com idade inferior a 5 anos a medicamentos contabilizou 29% (1866 casos) e a saneantes/domissanitários, 47% (758 casos)¹¹.

Os dados acima reforçam a reflexão feita em estudo realizado em 2010 na cidade de Porto Alegre. Os autores deste enfatizam que a vigilância, a atenção e a supervisão constantes são essenciais e crescentes à medida que a criança adquire maior motricidade e curiosidade em relação ao ambiente¹².

As lesões não intencionais podem ser evitadas levando em consideração o desenvolvimento da criança e à medida que se proporcionam orientações adequadas aos pais e cuidadores, insistindo na importância da prevenção, conforme descrito detalhadamente no capítulo 13 deste protocolo (Prevenção de lesões não intencionais). Os riscos atribuíveis para envenenamento pediátrico descritos no estudo de Ramos (2010) indicaram que a eliminação de outros fatores, como distração ou armazenamento abaixo de 150 cm de altura, acarretariam a prevenção de 13 e 19% de eventos tóxicos na infância, respectivamente¹².

Sendo assim, é possível pensar em reduzir significativamente os acidentes com medicamentos em crianças se algumas medidas preventivas forem adotadas.

Medidas Preventivas^a:

- Mantenha todos os produtos tóxicos em local seguro e trancado, fora do alcance das mãos e dos olhos das crianças, de modo a não despertar sua curiosidade;
- Os medicamentos são ingeridos por crianças que os encontram em local de fácil acesso, deixados pelo adulto;
- Procure armazenar todos os produtos tóxicos em locais com altura superior a 150cm;
- Nunca deixe de ler o rótulo ou a bula antes de usar qualquer medicamento;
- Evite tomar medicamento na frente de crianças (tendência natural de imitar);
- Não dê medicamento no escuro para que não haja trocas perigosas;
- Não utilize medicamentos sem orientação médica;
- Mantenha os medicamentos nas embalagens originais;
- Cuidado com medicamentos de uso infantil e de adulto com embalagens muito parecidas; erros de identificação podem causar intoxicações graves e, às vezes, fatais.
- Nunca use medicamentos com prazo de validade vencida;
- Descarte medicamentos vencidos no posto de coleta mais próximo da sua residência/trabalho; não guarde sobras de medicamentos;

^a Adaptado de Fiocruz ⁹.

- É importante que a criança aprenda que medicamento não é bala, doce ou refresco; quando sozinha, ela poderá ingeri-lo;
- Pílulas coloridas, embalagens e garrafas bonitas, brilhantes e atraentes, odor e sabor adocicados despertam a atenção e a curiosidade natural das crianças; não estimule essa curiosidade; mantenha medicamentos e produtos domésticos trancados e fora do alcance das crianças.

Em caso de dúvida, ligue para o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) de sua região. No Rio Grande do Sul: 0800 721 3000.

11.2.1 Casa Segura: como evitar locais de riscos no domicílio

Grande parte dos casos de intoxicação accidental ocorre dentro do próprio lar, sendo as crianças até 5 anos as maiores vítimas. As figuras a seguir representam os principais locais de risco.

Figura 1. Manual de Toxicologia Básica GHC/Anvisa¹⁰

LOCAIS DE RISCO EM DOMICÍLIO

A grande maioria dos acidentes tóxicos em crianças ocorre em ambiente doméstico. Para não tornar sua casa um ambiente perigoso, guarde os produtos tóxicos em locais fechados e longe do alcance das crianças.

Locais e ambientes de risco:

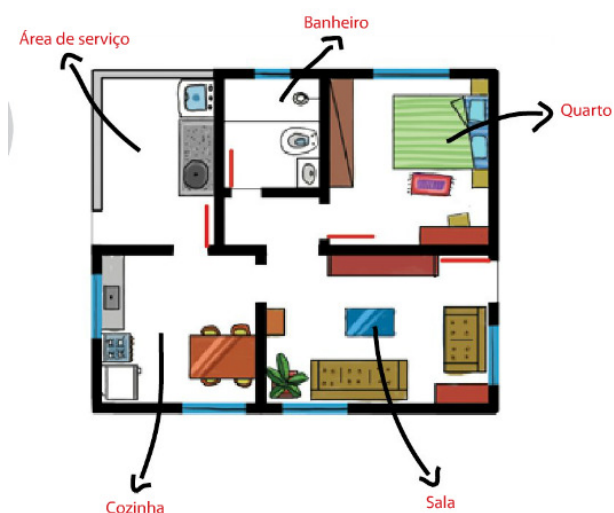
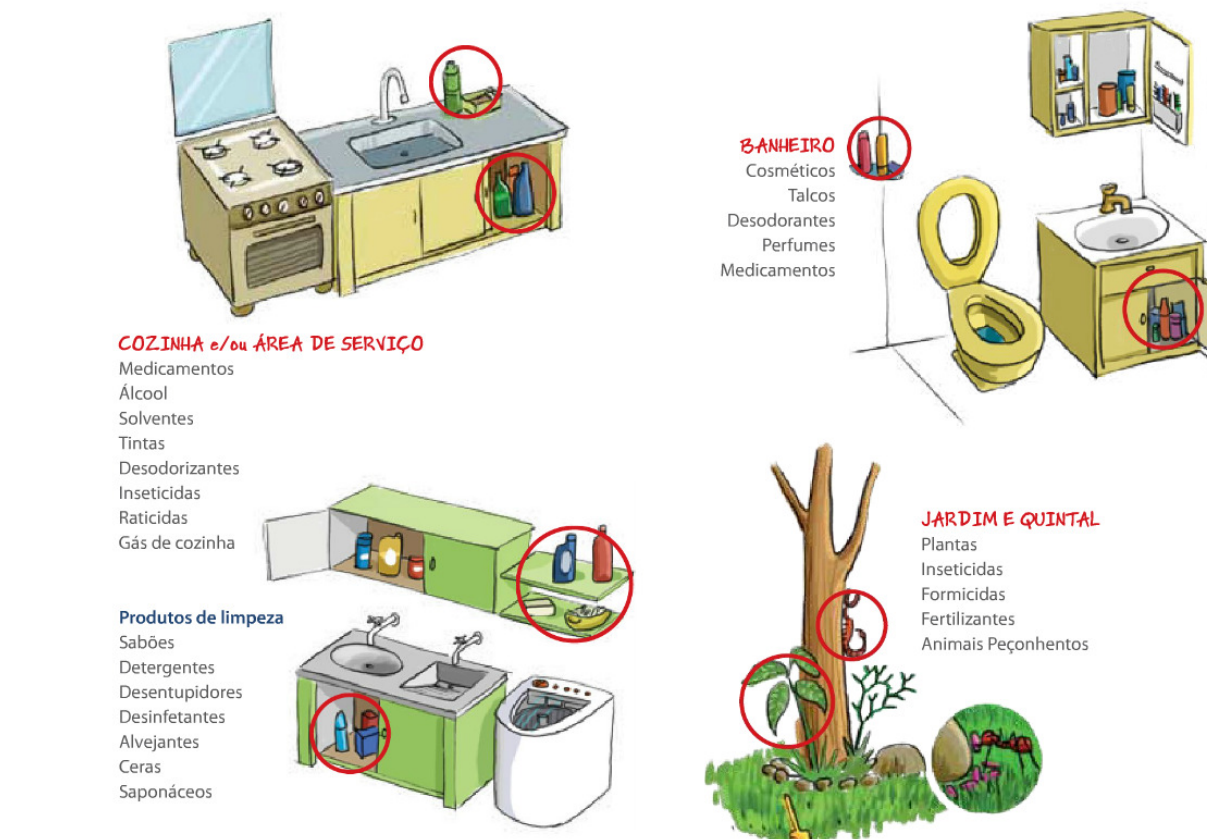


Figura 2. Manual de Toxicologia Básica GHC/Anvisa¹⁰

11.3 Cuidados com os medicamentos

11.3.1 Validade das suspensões e soluções orais

Estabilidade é definida como a capacidade de um produto manter as mesmas propriedades químicas, físicas, microbiológicas e biofarmacêuticas dentro dos limites especificados durante todo o seu prazo de validade¹³. O prazo de validade deverá ser indicado nas embalagens primárias^b e secundárias^c. Quando indicar mês e ano, entende-se como vencimento do prazo o último dia do mês¹⁴.

Ao abrir a embalagem do medicamento para uso (embalagem primária) este adquire a característica de um medicamento extemporâneo^d. Isso é devido ao fato de que as condições de exposição, manuseio, utilização e de armazenamento, pelo usuário, podem envolver fatores de risco que não foram avaliados previamente nos estudos de estabilidade. Por isso, após a abertura, o medicamento passará a ter uma data limite para uso, ou prazo de uso, que poderá variar de horas, dias a meses, dependendo do fármaco, dos componentes da formulação, do tipo de forma farmacêutica (se sólida, líquida ou semissólida), do processo de manipulação, da embalagem, das condições ambientais e de

^b Embalagem primária é a que está em contato direto com seu conteúdo durante todo o tempo. Considera-se material de embalagem primária: ampola, bisnaga, envelope, estojo, flaconete, frasco de vidro ou de plástico, frasco-ampola, cartucho, lata, pote, saco de papel e outros (BRASIL, 2012).

^c Embalagem secundária é a que possibilita total proteção do material de acondicionamento nas condições usuais de transporte, armazenagem e distribuição. Considera-se embalagem secundária: caixas de papelão, cartuchos de cartolina, madeira ou material plástico ou estojo de cartolina, dentre outros (BRASIL, 2012).

^d Medicamento extemporâneo- produto farmacêutico que contém substâncias que são instáveis quando mantidas por muito tempo em presença do veículo e são reconstituídas no momento da administração. Podem ser especialidades farmacêuticas ou preparações magistrais

armazenamento, entre outros. Por essas razões, não é possível generalizar uma data limite de uso para todos os produtos¹⁶.

É importante seguir sempre as recomendações do fabricante quanto à natureza e estabilidade dos ingredientes de uma determinada formulação, bem como o prazo de uso após a violação da embalagem primária¹⁵.

Muitas das matérias-primas dos antibióticos são instáveis quando mantidas em solução por tempo considerável; por isso, do ponto de vista da estabilidade, os fabricantes dão preferência às formas insolúveis das substâncias ativas em suspensão aquosa ou na forma de pó para reconstituição. Quando reconstituídas algumas suspensões requerem armazenamento sob refrigeração (2 a 8°C)¹³.

No Quadro 2 estão listados os prazos de uso após reconstituição ou abertura da embalagem primária, a temperatura adequada de armazenamento e o laboratório dos medicamentos líquidos disponíveis nas Unidades de Saúde do SSC e nas Farmácias Distritais do município de Porto Alegre¹⁶.

Quadro 2. Prazo de uso* e condições de armazenamento dos medicamentos após reconstituição e abertura da embalagem primária.

Medicamento	Temperatura ambiente (15 a 30° c)	Sob refrigeração (2 a 8° c)	Laboratório
Amoxicilina 50 mg/mL susp oral	14 dias	-	Teuto, Prati-Donaduzzi, Neo Química, Medley
Amoxicilina + Clavulanato (50 mg + 12,5 mg) / mL susp oral	-	7 dias	Glaxosmithkline (Clavulin®)
Azitromicina 40mg/mL susp oral	5 dias	-	Pharlab Prati donaduzzi Pfizer (Zitromax®), Neo Química (Zitroneo®)
Carbamazepina 20 mg/mL susp oral	30 dias	-	Medley, Novartis (Tegreto®)
Cefalexina 50 mg/mL susp oral	-	14 dias	Bergamo (Primacef)
		7 dias	Teuto Sandoz (Keflexina®)
Cefuroxima 50 mg/mL susp oral	-	10 dias	Ranbaxy
Dexclorfeniramina 0,4 mg/mL sol oral	30 dias	-	Teuto (Lestamil)
Eritromicina (Estolato) 50mg/mL susp	30 dias	-	Prati-Donaduzzi
Hidróxido de Alumínio + Hidróxido de Magnésio + Dimeticona (30 mg + 30 mg + 3 mg) / mL	30 dias	-	Mariol, Ifal
Metronidazol 40 mg/mL susp oral	30 dias	-	Prati-donaduzzi
Nistatina 100.000 UI/mL susp oral	30 dias	-	Teuto
Prednisolona 3 mg/mL sol oral	30 dias	-	Prati-donaduzzi, Biossintética
Sulfametoxazol + Trimetoprima (40 mg + 8 mg) / mL susp oral	30 dias	-	Teuto Prati-donaduzzi

* Prazo de uso (validade do medicamento após abertura da embalagem primária)

Fonte: Bularium, 2013¹⁷

11.3.2 Cuidados na administração de medicamentos

11.3.2.1 Administração de medicamentos líquidos orais: número de gotas/mL

O volume de uma gota varia com a densidade e viscosidade do líquido, com o orifício do gotejador e com o ângulo no qual se goteja. A produção da forma farmacêutica “gotas” é um processo de difícil uniformização¹⁸.

Portanto, apesar da posologia em gotas indicada nas bulas ser a mesma, a correspondência das dosagens (miligramas) pode diferir entre as marcas devido à inexistência de padronização dos gotejadores no mercado brasileiro^{19,21}.

Estudos realizados, com o objetivo de verificar se diferentes marcas de medicamentos conta-gotas apresentavam a mesma concentração do fármaco por gota, constataram que a maioria das amostras apresentava uma dosagem menor quando comparado com o medicamento de referência, resultando numa subdose. Todos apontaram para a necessidade de padronização dos gotejadores¹⁹⁻²¹.

A seguir, estão descritos o número de gotas/mL descrito nas bulas dos medicamentos disponíveis nas US do SSC e Farmácias Distritais de Porto Alegre. Como citado anteriormente, o número real de gotas/mL pode ser diferente do especificado na bula.

Quadro 3. Número de gotas/mL por medicamento

Medicamento	nº gotas/ mL	mg/gota	Laboratório
Clorpromazina 40mg/mL	40	1	Sanofi-Aventis (Amplicitil [®])
Dipirona 500mg/mL	20	25	Teuto, Sanofi aventis (Novalgina [®]), Farmace
	30	16,7	Boehringer Ingelheim (Anador [®])
Fenobarbital 40mg/mL	40	1	Sanofi-Aventis(Gardenal [®])
Haloperidol 2mg/mL	20	0,1	Janssen-Cilag (Haldol [®])
Ibuprofeno 50mg/mL	10	5	Medley, Sanofi aventis, Biosintetica-Ache, multilab
Metoclopramida 4mg/mL	21	0,2	Teuto
Paracetamol 200mg/mL	15	13,3	Merck, Medley
	14-16	14,2-12,5	Janssen-Cilag (Tylenol [®])
Sulfato ferroso 25mg/mL	25	1	Osório de Moraes (Lomfer [®])
Vitamina A 3.000UI + D 800UI/mL	20	150UI + 40UI	Sanval (Vitadesan [®])

Fonte: Bularium, 2013¹⁷.

Quadro 4. Cálculo da dose (nº de gotas/peso) do paracetamol

Paracetamol 200 mg/mL				
Dose: 10-15mg/kg/dose a cada 4-6 horas				
Peso (kg)	Idade	Dose (mg)	gotas	Frequência
2,7 – 5,3	0-3 meses	40	3	A cada 4 a 6 horas, se necessário. Não exceder 5 doses em 24h.
5,4 – 8,1	4-11 meses	80	6	
8,2 – 10,8	1-2 anos	120	9	
10,9 – 16,3	2-3 anos	160	12	
16,4 – 21,7	4-5 anos	240	18	
21,8 – 27,2	6-8 anos	320	24	
27,3 – 32,6	9-10 anos	400	30	
32,7 – 43,2	11 anos	480	36	

Fonte: adaptado de UpToDate, 2014²².

Quadro 5. Cálculo da dose (nº de gotas/peso) da dipirona

Dipirona 500 mg/mL			
Peso (kg)	Idade	Dose (mg)	Gotas
5 a 8	3 a 11 meses	50-125	2 a 5 Dose máxima: 20 (4 tomadas x 5 gotas)
9 a 15	1 a 3 anos	75-250	3 a 10 Dose máxima: 40 (4 tomadas x 10 gotas)
16 a 23	4 a 6 anos	125-375	5 a 15 Dose máxima: 60 (4 tomadas x 15 gotas)
24 a 30	7 a 9 anos	200-500	8 a 20 Dose máxima: 80 (4 tomadas x 20 gotas)
31 a 45	10 a 12 anos	250-750	10 a 30 Dose máxima: 120 (4 tomadas x 30 gotas)
46 a 53	13 a 14 anos	375-875	15 a 35 Dose máxima: 140 (4 tomadas x 35 gotas)

Fonte: Adaptado de Bularium, 2013¹⁷.**Quadro 5.** Cálculo da dose (nº de gotas/peso) do ibuprofeno

Ibuprofeno 50mg/mL Analgesico: 4-10mg/kg/dose a cada 6 a 8 horas. Dose máxima: 40mg/kg/dia				
Peso (kg)	Idade	Dose (mg)	Gotas	Frequência
5-7	6-11 meses	50	10	A cada 6 a 8 horas
8-10	12-23 meses	75	15	
10-15	2-3 anos	100	20	
15-21	4-5 anos	150	30	
21-26	6-8 anos	200	40	
27-32	9-10 anos	250	50	
32-43	11 anos	300	60	

Fonte: adaptado de UpToDate, 2014²³.

11.3.3 Orientações práticas para auxiliar às mães na administração de medicamentos: orais e inalatórios

É importante ter boa comunicação com a mãe ou com o responsável pela criança, desde o início da consulta. A boa comunicação colabora para que a criança receba boa atenção não só no serviço de saúde, mas também ao retornar para casa. A mãe precisa saber como cuidar da criança, como administrar o tratamento, assim como compreender a importância do mesmo. Use palavras que ela compreenda. Se for possível, mostre figuras ou objetos reais para ajudar a explicar. Certifique-se que a mãe está entendendo. Não faça perguntas que induzam as respostas (quer dizer, que sugiram a resposta correta) nem que possam responder com sim ou não. Exemplos de boas perguntas: porque, como ou quando dará o tratamento.

A seguir estão descritas instruções básicas para orientar as mães como administrar medicamentos por via oral e via inalatória:

11.3.3.1 Orientações para o uso de medicamentos: via oral²⁴

- **Explicar à mãe as razões para dar o medicamento à criança, incluindo** o motivo pelo qual ela está dando o medicamento de administração oral a seu filho e que problema está tratando.
- **Demonstrar como medir as doses-** Ensine a mãe como medir a quantidade correta em mililitros (mL) correspondentes a uma dose e como administrá-la.

- **Observar a mãe enquanto ela pratica como medir a dose-** Peça à mãe que meça ela mesma uma dose. Observe-a nessa prática. Diga-lhe o que fez corretamente. Se mediu de forma errada a dose, volte a ensiná-la como medir.
- **Pedir à mãe que dê a primeira dose a seu filho e explicar-lhe o que fazer se vomitar.** Explique que se a criança vomitar deve ser dado o medicamento apesar do vômito. Diga-lhe que observe durante 30 minutos; se ocorrer o vômito nesse período e sendo visualizado o medicamento, tem que dar outra dose. Oriente a mãe que, se os vômitos persistirem, a criança deverá ser levada ao serviço de saúde.
- **Explicar em detalhe como dar o medicamento.** Oriente a mãe sobre a quantidade do medicamento que deve ser dada a seu filho. Diga-lhe quantas vezes ao dia deve ser dada a dose, quando (por exemplo, pela manhã bem cedo, na hora do almoço, na hora do jantar e antes de dormir) e por quantos dias.

11.3.3.1.1 Orientações para preparar e administrar as suspensões

A maioria das suspensões deve ser acondicionada em recipientes hermeticamente fechados e protegidos do congelamento, do calor excessivo e da luz. É importante que as suspensões sejam agitadas antes do uso para se obter distribuição uniforme do sólido no veículo e, assim, uniformizar as doses com a quantidade apropriada da substância ativa¹³.

Modo de preparar a suspensão¹⁷

1. Agite o frasco para dispersar o pó.
2. Retire a tampa plástica do frasco contendo o pó.
3. Adicione água filtrada com cuidado, até a ponta da seta assinalada no rótulo.
4. Agite o frasco novamente. Deixe a suspensão oral repousar por alguns instantes.
5. Se o produto ainda não tiver atingido a seta, adicione água filtrada novamente, em pequenas porções, agitando o frasco após cada adição, até que a suspensão oral reconstituída atinja a marca indicada no rótulo.
6. Coloque a tampa com orifício (batoque).
7. Tampe o frasco com a tampa plástica e agite bem até que se forme uma suspensão homogênea.

Modo de administração da suspensão oral:

1. Agite bem o frasco.
2. Retire a tampa plástica.
3. Ajuste a seringa no orifício, vire o frasco de cabeça para baixo e puxe o êmbolo da seringa para retirar a dose recomendada pelo médico.
4. Administre a dose contida na seringa diretamente na boca da criança, empurrando o êmbolo até o final.
5. Feche bem o frasco.
6. Após o uso, lavar bem a seringa para a próxima administração. Tampe a seringa e guarde-a em local limpo.
7. Conservar o frasco do medicamento no local adequado (sob temperatura ambiente ou refrigeração).

11.3.3.2 Orientações para o uso de medicamentos: via inalatória

A asma é a doença crônica mais comum em crianças²⁵ e a via inalatória (oral) é a preferencial para administração dos medicamentos utilizados para o seu controle. No entanto a eficácia do medicamento inalatório não depende somente da formulação e do tipo de dispositivo, mas também da habilidade, por parte do paciente e familiar, em realizar corretamente a técnica inalatória²⁶.

Abaixo, segue a descrição da técnica utilizada para medicamentos na forma de spray oral ou “bombinha”. Informações adicionais sobre a asma, manejo da doença e medicamentos utilizados podem ser obtidas no Protocolo da Asma do SSC/GHC²⁷.

11.3.3.2.1 Técnica inalatória

Técnica recomendada para utilização de **inalador pressurizado dosimetrado (spray)** como gerador de aerossol com espaçador²⁸:

1. agitar vigorosamente o frasco e retirar a tampa;
2. acoplar o inalador pressurizado dosimetrado (spray) ao espaçador;
3. expirar até o final do volume corrente ou mais (se a criança conseguir entender o comando);
4. posicionar a saída do bocal em posição vertical à abertura da boca;
5. ajustar o espaçador à boca ou ao nariz/boca;
6. acionar o dispositivo (um jato por vez) coincidentemente à inspiração lenta e profunda;
7. executar manobra de pausa inspiratória (mínimo 10 segundos);
8. esperar um minuto antes de repetir o procedimento.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename**. 7. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
7. 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, sept. 2001.
8. 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: 03 jan 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Série prevenindo intoxicações**. Brasília, DF: Fiocruz, [s.d.].
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de toxicologia básica para agentes comunitários de saúde**. Porto Alegre: GHC/Anvisa, 2010.
11. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro de informação Toxicológica. **Toxicovigilância-toxicologia clínica: dados e indicadores selecionados**, Rio Grande do Sul - 2012. Porto Alegre: CIT/RS, 2012. Disponível em: <<http://www.cit.rs.gov.br/>>. Acesso em: 09 maio. 2014.
12. RAMOS, C. L. J. et al. Fatores de risco que contribuem para o envenenamento pediátrico. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n.5, out. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000500014>>. Acesso em: 22 nov. 2013.
13. ANSEL, H. C.; POPOVICH, N. G.; ALLEN J. R. L. V. **Formas farmacêuticas & sistemas de liberação de fármacos**. 6. ed. São Paulo:Premier, 2000.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário Nacional da Farmacopeia Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: ANVISA, 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/arquivos/2012/FNFB%202_Revisao_2_COFAr_setembro_2012_atual.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2013.
15. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Data limite de uso dos medicamentos após violação da embalagem primária**. 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=624>>. Acesso em: 6 dez. 2013.
16. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME**. 2012. Disponível em: <<http://issuu.com/smspoa/docs/remume?e=4652169/2607816>>. Acesso em: 24 dez. 2013.
17. BULARIUM. **Bularium**. 2013. Disponível em: <<http://www.bularium.com.br/>>. Acesso em: 6 dez. 2013.
18. JOAQUÍN, R. B.; GAMO, M. J. O. Manual para la correcta redacción de la prescripción médica. **La Revista O.F.I.L.**, v. 9, 2ª época, n. 4, p 23-29, 1999.

19. SAKAI, M. C.; HEIDEIER, C.; SOUSA, A. B. Avaliação dos gotejadores de diferentes marcas de paracetamol gotas comercializados no mercado brasileiro. **Infarma**, Brasília, DF, v.16, n. 3-4, 2004. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/80/infarma1.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
20. ALCANTARA, G. K. S.; VIRTUOSO, S.; OLIVEIRA, S. M. M. de. Avaliação dos frascos conta-gotas de diferentes marcas de diclofenaco resinato comercializados no mercado brasileiro. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 8, n. 2, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/academica/article/viewFile/11670/8226>>. Acesso em: 7 dez. 2013.
21. SUKIENNIK, R. et al. Antitérmicos na emergência pediátrica: estamos usando a dosagem adequada? **Pediatria**, São Paulo, v.28, n.3, 2006, p.175-83. Disponível em: <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1176.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
22. ACETAMINOPHEN (paracetamol): pediatric drug information. **UpToDate**. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/acetaminophen-paracetamol-pediatric-drug-information?source=search_result&search=acetaminofeno&selectedTitle=2%7E150>. Acesso em: 7 dez. 2013.
23. IBUPROFEN: pediatric drug information. **UpToDate**. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/ibuprofen-pediatric-drug-information?source=search_result&search=ibuprofen&selectedTitle=2%7E150>. Acesso em: 7 dez. 2013.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI. 3 ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. 2012.
25. CHILMONCZYK, B. A. et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 328, n. 23, p. 1665-9, 1993.
26. DOLOVICH, M. B. et al. Device selection and outcomes of aerosol therapy: evidence-based guidelines: American College of Chest Physicians/American College of Asthma, Allergy, and Immunology. **Chest**, Park Ridge, v. 127, n. 1, p. 335-371, jan. 2005.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde das crianças e adolescentes com asma**. 2. ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.
28. SANT'ANNA, C. C.; AMANTÉA, S. L. **Asma pediátrica**. Terapia inalatória: vantagens sobre o tratamento oral. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/cursos/asma/asma_pediatica01.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

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

Anna Schwendler
Daniel Demetrio Faustino Silva
Idiana Luvison
Jessye Melgarejo do Amaral Giordani
Mariana Loch dos Reis

“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 vida.¹ Os pais tem papel fundamental na promoção da saúde bucal dos seus filhos e a incorporação de hábitos saudáveis na infância promove não só a prevenção das doenças bucais, mas também a melhor qualidade de vida para todos.²

A cárie dental é a doença crônica mais comum da infância,³ e por isso necessita de intervenções e abordagens precoces em nível individual e coletivo. As consequências da cárie precoce podem ser observadas na saúde como um todo, sendo estas relacionadas à presença de dor e infecção, comprometendo o desenvolvimento físico da criança.⁴ Porém, medidas simples, como controle da ingestão de açúcar e higiene bucal com uso de dentifrício fluoretado, podem preveni-la.

A informação para as mães acerca da importância dos hábitos e comportamentos relacionados aos cuidados básicos de saúde bucal dos seus filhos tende a resultar em uma redução da cárie dentária.⁵ O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação materna.⁶

Faustino-Silva et al⁷ avaliaram as percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis por crianças usuárias de unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre-RS sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Os resultados mostraram que apenas 45% dos pais sabiam que a higiene bucal da criança deveria ser iniciada mesmo antes do nascimento dos dentes, e 57% deles consideravam que a criança teria capacidade e habilidade de realizar sua escovação dentária sozinha entre 1 e 3 anos de idade. Com relação à idade ideal para a primeira consulta com o dentista, apenas 35% relataram que ela deveria acontecer entre um e três anos. E no que se refere aos hábitos alimentares, a sacarose deveria ser introduzida na dieta já no primeiro ano de vida para 69% dos entrevistados. Com isso os autores concluíram que ações educativas voltadas à primeira infância devem ser priorizadas na atenção primária à saúde, de forma a incluir os responsáveis pelas crianças, uma vez que a família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança.⁷

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja por volta dos 6 meses de idade, e não mais tarde do que 6 meses após a erupção do primeiro dente, ou seja no primeiro ano de vida. Esse primeiro contato com o Dentista deve contemplar orientações sobre o desenvolvimento oral da criança, cronologia de erupção dentária, sinais e sintomas recorrentes, hábitos de sucção não nutritivos, estímulo ao aleitamento materno e alimentação saudável, não podendo esquecer das instruções sobre higiene bucal e prevenção dos traumatismo dentais⁸. A Política Nacional de Saúde

Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar no máximo a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, recomenda que as ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista.¹ Após a primeira consulta, a equipe de saúde bucal fará uma programação de visitas periódicas ao dentista, em função de seu perfil de risco e características familiares, com frequência mínima anual.

12.1 Vigilância em Saúde Bucal: Ação Programática da Criança

A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo/preventivo de saúde bucal,¹ mas é importante contar com a participação ativa da família, sobretudo porque pais ou responsáveis por crianças costumam apresentar inadequados conhecimentos sobre os cuidados com a saúde bucal nessa fase da vida.

Por ser fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse público na Atenção Primária à Saúde, o SSC implantou uma rotina de saúde bucal dentro da Ação Programática da criança com o propósito de que todas as crianças nascidas a partir de 2010 recebam ao menos uma consulta odontológica no primeiro, segundo e terceiro ano de vida. Inicialmente pensada como uma Ação Programática específica de Saúde Bucal (por iniciativa dos residentes, através de um piloto em 2009), logo inseriu-se no conjunto das ações desenvolvidas para as crianças, integrando o cuidado destas e ressaltando que é de responsabilidade de toda a equipe zelar pela saúde bucal das crianças. Em 2010 passou a fazer parte dos indicadores monitorados pelo SSC e estabelecida como uma de suas metas.

Nessas consultas, são avaliadas as condições de saúde bucal das crianças e fornecidas orientações para o adequado cuidado bucal para mãe/pai ou cuidadores de acordo com a fase/idade das crianças.

As consultas odontológicas da Ação Programática podem ser realizadas:

- maneira individual, onde o profissional da ESB (Cirurgião-Dentista ou Técnico em Saúde Bucal-TSB), juntamente com o paciente e seu cuidador realiza o exame bucal e fornece as devidas orientações;
- maneira coletiva, o dentista com os profissionais de diferentes núcleos (medicina, enfermagem, nutrição, psicologia) nas consultas coletivas de puericultura ou em grupos de crianças;
- interconsulta ou consulta conjunta, onde na consulta de rotina da criança com profissional médico, enfermeiro ou outro, o Dentista ou TSB participa para fazer as orientações e cuidados bucais no mesmo espaço físico e ao mesmo tempo;
- visitas domiciliares, em situações em que a criança se encontra faltosa ou em que os pais ou cuidadores não têm disponibilidade de ir até a unidade de saúde.

As principais orientações em saúde bucal na primeira infância podem ser encontradas no em um guia para os profissionais e pais em forma de cartilha⁹.

12.2 Cuidados em saúde bucal para crianças de 0 a 3 anos

12.2.1 Cárie Precoce de Infância

A cárie dentária é classificada como uma doença de natureza infecciosa e açúcar-dependente, decorrente da interação de uma série de fatores que resultam na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário.¹⁰ Quando acomete crianças de 0 a 3 anos de idade, recebe a denominação de Cárie Precoce da Infância (CPI), por tratar-se do aparecimento de lesões cariosas em dentes decíduos na medida em que erupcionam.¹¹

O padrão das lesões de cárie em bebês tem características peculiares. Estas se desenvolvem com rapidez, freqüentemente logo após a erupção do dente. Com relação à etiopatogenia da CPI, esta envolve inúmeros fatores que agem simultaneamente. O desenvolvimento destas lesões ocorre devido a um padrão alimentar desequilibrado, onde ocorre uma predominância de carboidratos, uso de mamadeira e/ou amamentação noturna e ausência e/ou prática deficiente de higienização bucal. A quantidade e a qualidade da saliva, defeitos de esmalte como as hipoplasias e hipocalcificações, fatores imunológicos do paciente, são também relevantes para o desenvolvimento desta doença.⁵

A prevenção da Cárie Precoce da Infância deve enfatizar a educação e motivação dos pais e/ou responsáveis pela criança, no que tange a higienização bucal e a informações alimentares, como por exemplo não colocar o bebê na cama com mamadeiras contendo formulados açucarados, chupetas adocicadas e aleitamento noturno em livre demanda após 12 meses^{1,8}. Recomenda-se basear as orientações alimentares nos 10 Passos da Alimentação Saudável para crianças menores 2 anos preconizada pelo Ministério da Saúde, que estão aprofundadas no Capítulo 9 desse protocolo.

12.2.2 Higiene Bucal, Uso de Dentifrício Fluoretado e Fluorose

O flúor, juntamente com o efeito mecânico da escovação, são as terapêuticas mais eficazes para o controle da cárie dentária.¹² A escovação dental com dentifrício contendo flúor em crianças é mais efetiva do que a escovação com dentifrício não fluoretado.¹³ O uso de dentifrício fluoretado para o controle da cárie, tanto em adultos, quanto em crianças, depende da concentração de flúor (mínimo 1000 ppmF) e da frequência de uso (2x/dia ou mais).^{8,12-13}

Uma das maiores preocupações por parte dos pais e dentistas, com o uso de dentifrício fluoretado, é o desenvolvimento da fluorose dentária. No entanto, o risco de fluorose devido à ingestão de pasta em crianças tem sido superestimado.¹⁴⁻¹⁵ Não há evidências de que o início do uso de pasta fluoretada deva ser adiado para a idade de 3-4 anos, nem que a baixa concentração de flúor em pastas evite a fluorose.¹²

Embora crianças menores de 3 anos ingiram involuntariamente certa quantidade de creme dental toda vez que escovam os dentes, a fluorose observada nos dentes de brasileiros expostos a água fluoretada e uso regular de dentifrício é, de acordo com o último levantamento de saúde bucal (SB Brasil 2010), de grau muito leve a leve, quase imperceptível, o que não interfere com a qualidade de vida dos indivíduos.¹⁶

Por isso, recomenda-se que após a erupção dos primeiros dentes de leite (ao redor dos 6 meses) já se deva utilizar, junto com a escova dental macia, uma pequena quantidade ("grão de arroz cru") de dentifrício fluoretado da família/adulto (mínimo 1000 ppmF) quando for realizada a limpeza dos dentes da criança.¹⁷⁻¹⁸ Nos bebês sem dentes, a limpeza da cavidade bucal não se faz tão necessária,

podendo ser iniciada a partir dos primeiros dias de vida, com a finalidade de incluir a boca na rotina diária de higiene do bebê. A limpeza pode ser realizada com gaze ou fralda limpa embebida em água potável, passada delicadamente na gengiva, língua e em toda a mucosa oral, pelo menos uma vez ao dia.¹⁹⁻²⁰

12.2.3 Maloclusão: chupeta e mordida aberta

A amamentação é considerada fundamental para o desenvolvimento harmonioso das estruturas estomatognáticas e da estética da face, sendo de fundamental importância para o correto desenvolvimento da maxila e mandíbula. Durante a amamentação, a criança recebe vários estímulos que proporcionam o desenvolvimento de outras funções orais como a mastigação, deglutição e respiração, sendo a primeira medida preventiva das maloclusões.¹⁹⁻²⁰

As formas de sucção não-nutritiva mais frequentes em crianças com pouca idade são a chupeta, dedo e lábios. Quanto aos problemas nas arcadas dentárias que o uso prolongado e inadvertido da chupeta e sucção de dedo, além dos 2-3 anos de idade, pode ocasionar são: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e aumento da sobressaliência. Se o hábito de sugar chupeta ou dedo for interrompido até os 2-3 anos de idade, as alterações poderão regredir naturalmente e os danos futuros à oclusão serão minimizados, uma vez que é nesse período a oclusão está em pleno desenvolvimento.²¹

Para evitar a instalação de hábitos de sucção não-nutritiva, uma série de medidas pode ser adotada: sempre que possível estimular a aleitamento materno exclusivo até os primeiros 6 meses de vida. Se for necessário proceder ao aleitamento misto ou artificial, utilizar bicos de mamadeiras menores possíveis e com orifícios pequenos. Utilizar a chupeta de maneira disciplinada e racional, ou seja, quando os bebês estiverem irritados ou sonolentos após a mamada e quando a criança sentir necessidade de sucção, não deixando sempre a disposição ou durante todo período de sono. Ao iniciar o desmame, oferecer os líquidos em copos e os alimentos em colher; não utilizar a mamadeira como meio de induzir o sono da criança ou de acalmá-la; nunca deixar a chupeta pendurada no pescoço da criança; restringir a uma chupeta usada por vez.²¹

12.2.4 Cronologia de erupção dentária e aspectos relacionados

O primeiro dente do bebê começa a irromper por volta dos 6 meses e a sequência favorável de erupção dos dentes é: incisivos centrais, incisivos laterais, primeiros molares, caninos e segundos molares, tanto na arcada superior, quanto na inferior.²¹

A cronologia de erupção é relativamente variável, sendo que a antecipação ou o atraso de 6 meses em relação à média é considerado normal. A dentadura decídua em geral completa-se entre os 24 e 30 meses de idade, quando os 2º molar superiores e inferiores irrompem.²¹

Se, após um ano de idade não ocorreu a erupção de qualquer dente, esta deve ser investigada, pois há a possibilidade (rara) de ocorrer anadontia (ausência dos dentes).²² Também pode ocorrer do bebê nascer com dentes (dentes natais) ou vir a tê-los no primeiro mês (dentes neonatais). Nesses casos, a criança deve ser avaliada o quanto antes pelo dentista para definir a necessidade de extração ou não, dependendo de estarem lesando a língua do bebê e/ou interferindo na amamentação natural. Porém, em alguns casos, os dentes são da série natural da criança, ou seja, não nascerão novamente por isso a necessidade de criteriosa avaliação.²³

No período da erupção dos dentes, é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos.¹

12.2.5 Traumatismo dental em decíduos: riscos e cuidados nessa fase

A causa mais comum de traumatismo em dentes decíduos é a queda quando a criança está aprendendo a andar, por volta dos 10 a 24 meses de idade, quando não apresenta coordenação motora suficiente e ao cair, por não ter o reflexo de proteção, é comum bater a boca. Conforme a criança cresce, os traumas se dão ao correr e ao brincar. Quedas e choques dos dentes contra objetos rígidos também são causas muito comuns do traumatismo dentário.²¹

A prevenção é importante, principalmente naqueles acidentes que podem ser evitados. Os cuidados gerais são:

- Cuidado com locais com muitos móveis e quinas, quando a criança começar a engatinhar e a andar;
- Cuidado para que a criança não escorregue no chão molhado, nem ande com meias, pois sem atrito a criança terá mais facilidade de escorregar;
- Ao andar de carro, devem ser usadas cadeiras apropriadas às faixas etárias;
- Cuidado com brinquedos, berço e carrinho de bebê, que devem estar adequados à idade e maturidade da criança;
- Atenção especial para pacientes epiléticos, propensos às quedas durante as convulsões, e pacientes com deficiências motoras e mentais²¹;
- Ao sofrer alguma queda ou trauma envolvendo a região bucal a criança precisa ser avaliada imediatamente pelo dentista para que as medidas adequadas sejam tomadas o quanto antes.

Até chegar ao dentista, os pais devem conter o sangramento, se houver, com um pano limpo e colocar gelo no local do traumatismo.

12.2.6 Lesões e alterações em tecido mole

Língua geográfica:

Caracterizada pelo aparecimento e desaparecimento de áreas despapiladas no dorso da língua. Os limites desta alteração são bem definidos por um halo esbranquiçado, elevado e irregular que circunda a lesão. A sintomatologia, quando presente, é relatada por ardor local, sendo o tratamento apenas sintomático por se tratar de alteração fisiológica e muitas vezes transitória.²¹

Cisto ou hematoma de erupção:

Associado à erupção do dente decíduo ou permanente, se caracteriza pela presença de sangue e outros fluidos em seu interior, situado superficialmente à coroa do dente em erupção. Em geral, regride espontaneamente, mas, se isso causar um grande atraso na erupção do dente ou algum tipo de desconforto, deve ser removido cirurgicamente.²¹

Mucocele:

Lesão causada por trauma nos ductos das glândulas salivares menores, caracterizada por lesão bolhosa, com formato circular, com superfície lisa. Sua localização mais comum é no lábio inferior, sendo assintomática e de evolução lenta. O tratamento é cirúrgico, com a remoção total da lesão e do ducto salivar envolvido.²¹

Úlcera aftosa:

Lesão ulcerada, com fundo necrótico, delimitada por halo eritematoso inflamatório bem definido. Pode ser uma lesão única ou múltipla e se caracteriza por sintomatologia dolorosa intensa. O tratamento é apenas sintomático, ocorrendo a regressão espontânea entre 12 e 14 dias.²¹

Gengivoestomatite herpética primária:

É a infecção primária pelo vírus herpes que ocorre especialmente na primeira infância devido ao fato da criança ainda não ter anticorpos neutralizantes. O primeiro contato com o vírus ocorre, em geral, entre 2 e 6 anos de idade. O quadro clínico é agressivo, com sintomatologia dolorosa, sendo que a criança pode manifestar mal-estar, febre, irritabilidade e adenopatia cervico-facial. Na mucosa oral, as lesões são caracterizadas por vesículas contendo em seu interior líquido amarelo ou branco. As vesículas múltiplas se rompem e formam-se úlceras dolorosas, semelhantes as da afta. Ao exame intrabucal, nota-se estomatite generalizada, abrangendo toda a mucosa, lábios, gengiva, língua e mucosa jugal. A evolução para a cura ocorre entre 10 e 14 dias. Nesse período, o tratamento é apenas sintomático, com antitérmico e analgésico. Atentar para a alimentação, evitando alimentos ácidos e condicionados e priorizando os frios e líquidos.²¹

Candidíase:

Quando há queda da resistência imunológica ou alterações locais que levam a um desequilíbrio do ecossistema oral, a *Candida albicans*, fungo oportunista da microbiota bucal normal, se manifesta. Conhecida popularmente como “sapinho”, caracteriza-se pelo aparecimento de placas esbranquiçadas, semelhantes a leite coalhado, localizadas em qualquer região da cavidade bucal, principalmente no palato e na língua. O que determina o diagnóstico diferencial com outras lesões semelhantes é a manobra clínica que consiste na remoção destas placas por raspagem, deixando uma superfície avermelhada.²¹ Deve-se orientar a limpeza bucal preventiva e o tratamento na maioria das vezes é com antifúngico tópico.

Cistos gengivais:

São cistos de desenvolvimento localizados no rebordo gengival ou palato que ocorrem com frequência em recém nascidos, também conhecidos como “nódulos de Bohn” ou “pérolas de Epstein” dependendo da sua localização e origem epitelial. São estruturas puntiformes, únicas ou múltiplas, de aproximadamente 1mm de diâmetro da cor da mucosa ou esbranquiçadas, o que faz muitas vezes que os pais pensem ser um dente em nascimento. Não há necessidade de intervenção, pois regridem naturalmente, cabendo apenas os esclarecimento e tranquilização dos pais.²⁴

12.3 Cuidados em Saúde Bucal para crianças de 3 a 6 anos

12.3.1 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença multifatorial, de origem bacteriana, resultante de um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, onde prevalece a desmineralização¹, originando manchas brancas (estágio inicial) ou cavidades (estágio avançado).

Os fatores causais são: higiene bucal inadequada, presença de bactérias através do acúmulo de biofilme dental, frequência de ingestão de açúcares e fatores socioeconômicos interagindo entre si. A condição social da criança determinará o acesso a bens de consumo e define estilos de vida onde a escovação é deficiente e o consumo de açúcar é alto. Isso interfere decisivamente na ocorrência de cáries.

Cabe a todos os profissionais da equipe a inspeção da cavidade bucal e caso detectem algo, devem encaminhar a criança ao dentista¹.

Devido ao emprego de medidas preventivas, como fluoretação das águas, uso de dentifrícios fluoretados, melhorias nas condições e estilo de vida, a incidência de cárie vem diminuindo.

Os tratamentos para cárie podem ser preventivos ou restauradores.

Preventivos

Aplicação tópica de flúor:

- Gel de flúor acidulado, uma aplicação semestral para pacientes com história pregressa de cárie, ou uma aplicação semanal por 3 semanas. Profilaxia prévia com pasta profilática, e aplicação com escova, pincel ou algodão.
- Verniz de flúor, uma aplicação semestral. Profilaxia prévia com pasta profilática e aplicação com uso de *microbrush* ou bolinha de algodão, na superfície seca, sob isolamento relativo. Após a aplicação, a criança pode fechar a boca, pois o verniz endurece em contato com a saliva²⁵. Recomendar evitar comer nas 2 horas seguintes à aplicação²⁵⁻²⁶.

Vale lembrar que a melhor maneira de usar preventivamente o flúor é baixa concentração e alta frequência, com o uso diário de creme dental através de 2 ou 3 escovações.

Aplicação de selantes

Estes podem ser resinosos ou ionoméricos. A literatura aponta maior retenção dos resinosos em longo prazo, entretanto, mesmo com o desgaste dos ionoméricos o sulco segue selado e a maioria dos dentes segue livre de cárie.

- Selantes resinosos: requer bom controle da umidade, sendo o isolamento absoluto indicado. Profilaxia prévia com pedra pomes ou jato de bicarbonato, secagem, condicionamento com ácido fosfórico, lavagem, secagem, aplicação do sistema adesivo, fotopolimerizar, aplicar o selante e fotopolimerizar.²⁷
- Selantes ionoméricos: usar isolamento relativo, profilaxia com pedra pomes ou jato de bicarbonato, condicionamento com ácido poliacrílico (próprio líquido do ionômero), lavar, secar, aplicar o selante, fazer pressão digital com dedo vaselinado. Orientar não se alimentar por pelo menos 1 hora após.²⁷

Restauradores

ART - Tratamento Restaurador Atraumático

O ART vem sendo o tratamento restaurador mais indicado para infância, por não necessitar anestesia e o uso de instrumentos rotatórios e brocas, ou seja, uma técnica mais amigável para a criança. A remoção de tecido cariado é realizada apenas com instrumentos manuais e a cavidade é restaurada com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade próprio para ART e com maior durabilidade, o que torna o tratamento definitivo.²⁸⁻²⁹

As restaurações em resina composta são pouco utilizadas, pois são muito sensíveis à técnica, já dificultada pelo manejo da criança. Em muitos casos pode-se lançar mão das restaurações de amálgama que são bastante resistentes e com técnica menos sensível a umidade/saliva.

12.3.2 Primeiro molar permanente

Em torno dos seis anos de idade, atrás do último molar decíduo, irrompe o primeiro molar permanente. Um dente muito importante e que, muitas vezes, é confundido pelos pais como sendo dente de leite e não os preocupando tanto caso tenha cárie, por acharem que vai trocar. É importante informar aos pais que esse é um dente permanente e que é um guia para a correta erupção dos outros dentes. Cabe ressaltar, que é o dente com a erupção mais longa, necessitando de maior atenção por parte do dentista e dos pais na sua higienização.

Em função de nascer atrás do último dente decíduo, a escovação deverá ser reorganizada, pois a criança necessita posicionar a escova até o fundo da boca para alcançá-lo (a tendência é repetir os movimentos que vinha fazendo e isso levaria a escova apenas até o último dente decíduo). Sugere-se que se posicione a escova de lado (técnica horizontal ou vestibulo-lingual), e não mais de frente, assim se alcança o primeiro molar.

O primeiro molar permanente tem sulcos profundos e uma área na face oclusal (face que mastiga) maior, exigindo uma escovação mais demorada. Essas informações devem ser repassadas com muita clareza para os pais e também para a criança.

12.3.3 Bruxismo infantil

Bruxismo é definido como uma atividade parafuncional do sistema mastigatório, caracterizada pelo apertar ou ranger dos dentes. Pode acontecer durante o sono ou quando a criança está acordada ou brincando.³⁰

Sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores morfológicos e oclusais, funcionais, psicossociais (estresse, ansiedade e características de personalidade).

O bruxismo infantil é uma preocupação, pois além do impacto negativo na qualidade de vida pode ser importante fator de risco para disfunções temporo-mandibulares.³¹

Os sinais e sintomas, apesar de raros em crianças, são desgastes oclusais/incisais, hipersensibilidade pulpar, dores de cabeça ao acordar, dores musculares na face e relato dos pais de que a criança range os dentes ao dormir.³⁰

O tratamento é multiprofissional, realizado pelo dentista, médico e psicólogo, porém há uma tendência de regressão natural por volta dos 9-10 anos de idade. É de suma importância o correto diagnóstico e a busca pelo fator causal para correto tratamento da causa.³⁰

12.3.4 Traumatismo dental na dentição decídua

Há predomínio de traumatismo na dentição decídua, principalmente em crianças em idade pré-escolar, período em que aprendem a andar, sendo mais susceptíveis a quedas (principal causa de traumas). No entanto, deve-se também atentar para possíveis sinais de maus tratos. Os dentes anteriores superiores são os mais atingidos. A falta de selamento labial e a excessiva sobressaliência são fatores predisponentes ao trauma na dentição decídua.³²

Os objetivos dos atendimentos de urgência são o manejo da dor, o correto diagnóstico e tratamento, visando prevenir possíveis danos ao germe do permanente.³³

O diagnóstico é composto pela anamnese, exame clínico e radiográfico.

Anamnese:

Questionar o histórico de saúde da criança, quando, onde e como ocorreu o trauma. Essas perguntas são importantes, pois ajudam na escolha do tratamento. Quando - dá a ideia de quanto tempo decorreu entre o trauma e o atendimento, onde - indica as condições do local (risco de infecção) e como - para avaliar se o relato está de acordo com o tipo de lesão.³³

Exame Clínico:

Não se deve realizar teste de percussão nem de sensibilidade pulpar, pois podem não ser reais e pode atrapalhar no condicionamento da criança.³²

Realizar exame extra oral, a fim de verificar lesões em mento, face, cabeça. E caso necessário, encaminhar para o profissional de referência Bucomaxilofacial.

No exame intrabucal, limpar e examinar os tecidos moles e duros.

Exame Radiográfico:

Realizado, quando possível, no momento da primeira consulta. Considerar a idade da criança e o tipo de trauma no momento da análise radiográfica.

12.3.4.1 Tipos de trauma e tratamento

Trinca de esmalte: fissuras na coroa dentária.

Tratamento: aplicação tópica de flúor no momento da consulta.

Prognóstico: favorável.

Proservação: em consultas de rotina.³²⁻³⁴

Fratura de esmalte: perda de estrutura restrita ao esmalte dentário.

Tratamento: desgaste e polimento de possíveis arestas ou restauração, dependendo da extensão da fratura.

Prognóstico: favorável.

Proservação: em consultas de rotina.³²⁻³⁴

Fratura de esmalte e dentina, sem exposição pulpar: perda de estrutura dental, sem exposição pulpar.

Tratamento: restauração. Avaliar a necessidade de realizar proteção pulpar indireta com hidróxido de cálcio.

Prognóstico: favorável.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 60, 90 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Fratura de esmalte e dentina, com exposição pulpar: perda de estrutura dental, com exposição pulpar.

Tratamento: dependerá da extensão da fratura, grau de desenvolvimento dentário e se o tratamento será imediato ou tardio. Se for de pequena extensão e o tratamento for imediato, recomenda-se proteção pulpar direta e restauração com resina composta. Em dentes com raízes completas ou em estágio inicial de rizólise, o tratamento imediato é a pulpotomia e o tardio a pulpectomia e em dentes com rizólise avançada, exodontia.

Prognóstico: favorável, se as condições acima forem observadas.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 90 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Fratura coronoradiculær sem envolvimento pulpar: fratura da coroa e da raiz, sem exposição pulpar. Observar a presença de mobilidade do fragmento fraturado e sua extensão subgengival.

Tratamento: depende da extensão subgengival. Deve-se remover o fragmento fraturado e verificar a extensão. Caso estenda-se mais de 2mm além da margem gengival, exodontia. Se estiver aquém, restauração.

Prognóstico: favorável, se as condições acima forem observadas.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 60, 90, 180 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Fratura coronoradiculær com envolvimento pulpar: fratura da coroa e da raiz, com exposição pulpar. Observar a presença de mobilidade do fragmento fraturado e sua extensão subgengival.

Tratamento: depende da extensão subgengival. Deve-se remover o fragmento fraturado e verificar a extensão. Caso estenda-se mais de 2mm além da margem gengival, exodontia. Se estiver aquém, tratamento pulpar semelhante ao da fratura coronária com exposição pulpar e posterior restauração.

Prognóstico: favorável, se as condições acima forem observadas.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 60, 90, 180 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Fratura radicular: fratura da raiz. No exame clínico, pode-se observar ligeiro deslocamento da coroa, associado a pequena extrusão. Descartar fratura óssea (mobilidade em bloco).

Tratamento: depende da localização e direção da linha de fratura.

- Fraturas transversais nos terços apical e médio: reposicionamento por pressão digital para aproximação dos fragmentos (tratamento imediato). Se for tardio, o coágulo interposto pode dificultar essa manobra. Usar contenção rígida por 90 a 120 dias, caso haja mobilidade dentária e fratura de terço médio. Nas de terço apical a contenção não é necessária.
- Fraturas transversais no terço cervical: exodontia do fragmento coronário, deixando que o radicular sofra a rizólise.
- Fraturas longitudinais ou oblíquas: exodontia.

Prognóstico: as fraturas transversais no terço apical tem prognóstico mais favorável que as demais.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 90, 100, 180 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Concussão: traumatismo de pequena intensidade que envolve hemorragia, porém sem sangramento gengival, e edema do ligamento periodontal, sem a ruptura das fibras. Dente sensível ao toque.

Tratamento: dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras.

Prognóstico: favorável, com possibilidade de alteração de cor transitória ou permanente.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e em consultas de rotina.³²⁻³³⁻³⁴

Subluxação: traumatismo de média intensidade que provoca a ruptura de algumas fibras do ligamento periodontal e leva à mobilidade, sem deslocamento dentário. Pode ocorrer sangramento no sulco gengival.

Tratamento: dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras. Caso a mobilidade seja acentuada, usar contenção flexível por 10 a 14 dias.

Prognóstico: favorável, com possibilidade de alteração de cor e calcificação pulpar.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 120 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³³⁻³⁴

Luxação lateral: traumatismo de grande intensidade que leva a deslocamentos dentários nos sentidos palatino, vestibular, mesial ou distal. Pode ou não ter mobilidade, sangramento e laceração gengival.

Tratamento: depende da magnitude do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e relação com o permanente e procura imediata ou tardia por tratamento. Em qualquer um dos casos, atentar para a oclusão e orientar dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras.

- Deslocamentos pequenos: sem interferência oclusal, as musculaturas da língua e do lábio tendem a reposicionar o dente.
- Deslocamentos com extensão média: dentes em estágio inicial de rizólise (menos de 1/3 reabsorvido), sentido de deslocamento contrário ao permanente (coroa para palatino e raiz para vestibular) e busca imediata: anestesia e se reposiciona o dente com pressão bi digital. Se houver mobilidade, usar contenção flexível por 10 a 14 dias.
- Deslocamentos extensos ou em direção ao permanente: exodontia.

Prognóstico: favorável para o permanente, porém com possibilidade de necrose para o decíduo.

Proservação: acompanhamento clínico após 15 dias e clínico radiográfico após 30, 60, 120 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Luxação intrusiva: deslocamento do dente para dentro do alvéolo. Geralmente, ocorre por vestibular do germe do permanente, mas pode ocorrer em sua direção. Pode ocorrer aumento de volume na região vestibular, indicando a direção da intrusão. Na radiografia, observar: se a imagem da raiz do decíduo intruído ficar encurtada em relação ao homólogo, o desvio foi na direção contrária ao permanente, se for alongada, foi em direção ao permanente.

Tratamento: dente intruído em direção ao permanente: exodontia. Dente intruído em direção contrária, esperar pela reerupção (até 6 meses). Dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras.

Prognóstico: favorável para o dente intruído para vestibular e com reerupção em 2 meses, caso contrário, é sombrio.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 60, 120 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Luxação extrusiva: deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo.

Tratamento: dente com pequeno deslocamento, fazer ajuste oclusal. Se o tratamento for imediato, reposicionar o dente. Se for tardio, deixar na nova posição, devido ao coágulo e diminuição da mobilidade. Dentes com mobilidade excessiva e extrusões com mais de 3mm, exodontia.

Prognóstico: desfavorável.

Proservação: acompanhamento clínico após 14 dias e clínico radiográfico após 60 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

Avulsão: deslocamento completo do dente para fora do alvéolo. Realizar radiografia periapical para confirmar que o dente não sofreu intrusão.

Tratamento: NÃO reimplantar o dente, pois pode lesionar o germe do permanente. Realizar reabilitação protética (estética e funcional).

Prognóstico: desfavorável para o permanente. Risco elevado de hipocalcificações e hipoplasias.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico a cada 6 meses até a erupção do permanente.³²⁻³⁴

Fratura alveolar: fratura do osso alveolar. Os dentes envolvidos apresentam mobilidade.

Tratamento: reposicionamento com pressão bi digital. Caso a fratura seja extensa, usar contenção dental para estabilizar, durante 4 semanas.

Tipo de Contensões:

- Flexíveis: fios de náilon número 70 ou 80, para lesões nos tecidos de sustentação. Como alternativa pode-se usar a fixação/esplintagem direta com resina composta.
- Semirrígidas: fio ortodôntico 0,2 ou 0,4 mm, para fraturas de tecido ósseo.
- Rígidas: fio ortodôntico 0,5 mm, para fraturas radiculares. Como alternativa pode-se usar o fio do sugador de saliva

Prognóstico: a cicatrização óssea em crianças ocorre sem complicações, porém reabsorções radiculares podem ser vistas.

Proservação: acompanhamento clínico radiográfico após 30, 45, 60 dias e 1 ano, depois anual, até a esfoliação do dente e erupção do permanente³²⁻³⁴.

12.3.4.2 Observações e cuidados gerais sobre traumas dentais

Descoloração, isolada de outros sinais, não sugere tratamento endodôntico, que só deve ser feito em casos de necrose pulpar ou infecção.

Sempre solicitar radiografia.

Como consequência de traumas a decíduos pode haver hipoplasia de esmalte, interrupção da formação do permanente, defeitos de textura, alteração no posicionamento ou erupção³²⁻³⁴.

12.4 Cuidados em saúde bucal para crianças de 6 a 12 anos

12.4.1 Alterações dentárias

Defeitos de desenvolvimento do esmalte:

São alterações na estrutura dentária caracterizadas pela diminuição ou perda local da translucidez do esmalte. As hipoplasias do esmalte podem ser definidas como sendo alterações na estrutura desse tecido dentário, cuja origem está relacionada a fatores que interferem na mineralização do dentes de ordem local ou sistêmica.³⁵

Endodontia em decíduos:

O tratamento pulpar em Odontopediatria tem como principal objetivo a manutenção da integridade e a saúde dos tecidos dentais, que é obtido pelo uso de técnicas e/ou medicamentos que permitem a continuidade do seu desenvolvimento normal até a esfoliação. É importante lembrar que os dentes decíduos possuem algumas peculiaridades: ampla câmara pulpar, pequena espessura de esmalte e dentina, projeções dos cornos pulpares e reabsorção irregular. Uma pergunta importante que o profissional de saúde deve se fazer é: quanto tempo o dente ainda ficará na cavidade bucal? Nesse sentido, quando os dentes decíduos apresentam inflamação pulpar irreversível ou necrose, decorrentes da doença cárie ou traumatismo e for possível sua manutenção no arco, o tratamento endodôntico está indicado.³⁶

Maloclusão na dentição mista:

A presença de problemas oclusais não é fácil de ser identificada, principalmente saber o limite entre a normalidade e o problema, em função de ser relacionada com a estética e esta ser subjetiva. São várias as condições a serem avaliadas para se ter um diagnóstico final de oclusopatia, porém podemos decompor essas condições a fim de focalizarmos a atenção individual. As condições mais prevalentes são: mordida cruzada posterior, sobressaliência (overjet) e mordida aberta. Logo, é importante um diagnóstico precoce e na presença de alguma alteração intervir nos fatores de risco que podem ser uso de chupeta e sucção digital por tempo prolongado, bem como alterações ósseas e de respiração que precisam ser avaliadas por um profissional especializado.³⁵⁻³⁷

12.4.2 Alterações periodontais

A gengivite é uma manifestação inflamatória na gengiva marginal decorrente do acúmulo de biofilme (placa bacteriana) supragengival. Pode apresentar sinais como sangramento, dor, inchaço e aumento da temperatura no local. Se não tratada, pode evoluir para uma doença mais séria que é a periodontite, onde há então a perda dos tecidos de sustentação dos dentes. A prevenção da gengivite é a desorganização do biofilme dentário, ou seja, realização de higienização com escovas de dente e fio dental. Não há evidências científicas que sustentem a periodicidade da realização da escovação dentária três vezes ao dia para prevenir gengivite, dependendo da avaliação individual de risco de cada paciente que pode ser realizada pelo índice de placa visível e o índice de sangramento gengival³⁸. Porém, recomenda-se escovar os dentes de 2 a 3 vezes ao dia em função do contato com o creme dental fluoretado e sua importância para prevenção da cárie.

12.4.3 Alterações de tecidos moles

Mucocele:

É um pseudocisto de etiologia traumática do ducto de uma glândula salivar menor produzindo sua obliteração ou rompimento. Embora possam aparecer em qualquer região da mucosa oral, ocorrem preferencialmente na face interna do lábio inferior, sendo mais incidente no gênero feminino e na faixa etária entre 8 e 14 anos. Há uma relação íntima com o hábito de mordiscamento dos lábios. Algumas opções para o tratamento do mucocele são a cirurgia e a marsupialização.³⁹

Aftas:

É a afecção mais comum da mucosa oral. O controle da doença depende de sua apresentação clínica e inclui drogas imunossupressoras, corticosteróides tópicos e sistêmicos e soluções anestésicas e antimicrobianas. As lesões podem variar em tamanho, quantidade e localização. Sua etiologia é multifatorial, estando associadas causas de origem local, como os traumatismos, ou sistêmicas, como as infecções e as doenças imuno-hematológicas. Se as aftas forem severas ou frequentes, a possibilidade das lesões estarem associadas com doenças sistêmicas assintomáticas ou outra condição deve ser considerada. Existem várias opções de tratamento: observação, tratamento da doença sistêmica, medicações sistêmicas e tópicas e tratamento paliativo.⁴⁰

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 idade. 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, irritadiça, 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 deglutição.²¹

12.4.4. Ações coletivas em saúde bucal infantil

A avaliação e promoção de saúde bucal é ação essencial que integra o Componente I do Programa Saúde na Escola (política do Ministério da Saúde voltada à saúde dos escolares do ensino fundamental). Duas são as principais ações de saúde bucal realizadas: avaliação da saúde bucal dos escolares (realizada uma vez ao ano e avaliadas questões além somente de condições dentárias, como alimentação, violência e comorbidades) e escovação dental supervisionada (realizada em conjunto com a Escola e a equipe de saúde, tem por objetivo aprimorar as habilidades dos educandos no uso da escova para desorganizar o biofilme dental, bem como educação e promoção da saúde.⁴¹

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008. Caderno de Atenção Básica n. 17.
2. THEODORO, D. S. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal dos bebês. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 6, n. 2, p. 133-137, abr./jun. 2007.
3. MISRA, S.; TAHMASSEBI, J. F.; BROSNAN, M. Early childhood caries: a review. **Dental Update**, Guildford, v. 34, n. 9, p. 556-558, 561-562, 564, 2007.
4. BARROS, S. G. et al. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 215-222, jul./set. 2001.
5. HOROWITZ, H. S. Research issues in early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 26, n. 1, p. 67-81, 1998. Suplemento.
6. WAMBIER, D. S. et al. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas da Saúde**, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, p. 15-22, mar. 2004.
7. FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p.357-379, out./dez. 2008.
8. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Guideline on Infant Oral Health Care. nique challenges and treatment options. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.35, n.6, p.137-141, 2014.
9. FAUSTINO-SILVA, D. D.; BRUNETTO, S.; MACHADO, A. P. Relato de experiência de atendimento conjunto entre Odontologia e Nutrição a crianças de 0 a 36 meses em uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre-RS. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 52, n. 1/3, p. 49-55, jan./dez. 2011.
10. SHEIHAM, A. Dental caries in underdeveloped countries. In: GUGGENHEIM, B. **Cariology today**. Brasil: Karger, 1984. p. 33.
11. ISMAIL, A. I. Prevention of early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 26, p. 49-61, 1998.
12. CURRY, J. A.; TENUTA, L. M. A. Evidence-based recommendation on toothpaste use. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 28, feb. 2014.
13. MARINHO, V. C. C. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database Systematic Review**, Oxford, n. 1, 2003.
14. MARTINS, C. C. et al. Prospective study of the association between fluoride intake and dental fluorosis in permanent teeth. **Caries Research**, Basel, v. 42, n. 2, p. 125-133, 2008.
15. OLIVEIRA, M. J. et al. Estimated fluoride doses from toothpastes should be based on total soluble fluoride. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 10, n. 11, p. 5726-5736, nov. 2013.
16. CHANKANKA, O. et al. Literature review of aesthetic perceptions of dental fluorosis and relationships with psychosocial aspects/oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 38, n. 2, p. 97-109, apr. 2010.
17. CURY, J. A. Uso de dentifrício fluoretado na 1ª Infância. **JABO**, São Paulo, n. 146, nov./dez. 2013.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
19. 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.
20. CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba, 2004.
21. GUEDES-PINTO, A. C. (Ed). **Odontopediatria**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2006.

22. FARIA, T. R. S. **Ausência congênita de incisivos laterais permanentes**. 2008. Monografia. (Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial), 2008.
23. 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.
24. NEVILLE, B. W; DAMM, D. D. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
25. CARVALHO, D. M. et al. O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 139-149, mar. 2010.
26. TAGLIAFERRO, E. P. S. et al. Análise de custo-efetividade de métodos preventivos para superfície oclusal de acordo com o risco de cárie: resultados de um ensaio clínico controlado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. S121-S130, nov. 2013. Suplemento.
27. RASTELLI, M. C. S, et al. Avaliação dos selantes de fossas e fissuras aplicados por estudantes de Odontologia. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 41, n. 5, p. 324-329, set./out. 2012.
28. LUENGAS-QUINTERO, E. et al. The atraumatic restorative treatment (ART) strategy in Mexico: two-years follow up of ART sealants and restorations. **BMC Oral Health**, Londres, v. 13, n. 42, set. 2013.
29. AMORIM, R. G.; LEAL, S.; FRENCKEN, J. E. Survival of atraumatic restorative treatment (ART) sealants and restorations: a meta-analysis. **Clinical Oral Investigation**, Berlim, v. 16, n. 2, p.429-441, abr. 2012.
30. PIZZOL, K. E. D. C. et al. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. **Revista de Odontologia da UNESP**, Marília, v. 35, n. 2, p. 157-163, abr./jun. 2006.
31. ZENARI, M. S.; BITAR, M. L. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 22, n. 4, p. 465-472, out./dez. 2010.
32. LOSSO, E. M. et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 8, n. 1, p. e1-e20, jan./mar. 2011.
33. FLORES, M. T. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 18, n. 6, p. 287-298, dec. 2002.
34. ANDREASEN, J. O. et al. **Traumatic dental injuries: a manual**. Munksgaard: Copenhagen, 1999.
35. ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Fundamentos de odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2006.
36. PASSOS, I. A. et al. Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. **Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Saude**, Cuenca, v. 25, n. 2, p. 187-192, 2007.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
38. KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV, promoção de saúde bucal**. São Paulo: ABOPREV, 1999.
39. KAISER, K. M. Mucocela em mucosa de lábio inferior. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 85-88, jan./mar. 2008.
40. FRAIHA, P. M. Estomatite aftosa recorrente: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. 571-578, jul./ago. 2002.
41. BRASIL. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso_pse_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

13. Prevenção de lesões não intencionais

Ananyr Porto Fajardo

Os chamados *acidentes* constituem eventos não intencionais e evitáveis, causadores de lesões físicas e ou emocionais e que, em maior ou menor grau, são previsíveis e preveníveis. Assim como as lesões ou injúrias intencionais (causadas por violência interpessoal ou provocadas contra si mesmo), resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais.¹

É muito importante que os profissionais de saúde contribuam para desconstrução da concepção dos acidentes como ocorrências imprevisíveis, pois é possível identificar e romper sua cadeia causal antes que ocorram. Para tanto, os chamados “quase acidentes” também devem ser valorizados em termos de potencial dano à saúde e bem estar.

Levantamento recente realizado em Porto Alegre² identificou que o percentual de casos de acidentes envolvendo crianças entre 0 e 14 anos alcançou quase 25% do total, sendo que esse índice aumentava proporcionalmente à idade da vítima. Especificamente em relação às quedas, o estudo revelou que as crianças entre 0 e 14 anos sofreram um percentual de 32,2% dos eventos, sendo que os meninos entre 10 e 14 anos foram os mais atingidos (quase o dobro das meninas), seguidos pelos de 1 a 4 anos de idade. Referente ao local de ocorrência do evento, quase 87% ocorreu na residência para crianças menores de 1 ano. Esse percentual diminui para 34% na faixa etária entre 10 e 14 anos, mas é ampliado pela diversificação de locais de acontecimento, pois a criança frequenta outros ambientes como a escola, vias públicas e áreas de recreação.

Estas informações demonstram que é fundamental conhecer as possíveis variáveis que incidem sobre a ocorrência de lesões não intencionais nos diferentes cenários onde as crianças e jovens vivem e circulam, a fim de proporcionar abordagens apropriadas e oportunas pelos serviços de saúde em caráter intersetorial.

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.³ Reconhecer a importância de aspectos sociais que complexificam a visão sobre o problema e atribuir a ele uma multidimensionalidade⁴ que contemple inclusive a tomada de decisão informada enriquece a análise e a variedade de opções de intervenção.⁵

O Quadro 1, idealizado por William Haddon Jr e adaptado para a finalidade desse protocolo,⁶ caracteriza graficamente as possibilidades de identificação de risco e intervenção 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 e vulnerabilidade para lesões não intencionais

Crianças e jovens são considerados vulneráveis quando estão sujeitos a riscos mais altos de sofrerem lesões não intencionais do que a média.⁷ Isso se deve a um ou mais fatores, sendo alguns deles:

- Idade abaixo de 5 anos (mais vulneráveis a lesões não intencionais em casa);
- Idade acima de 11 anos (mais vulneráveis a lesões não intencionais nas ruas);
- Possuir alguma incapacidade ou deficiência (física ou de aprendizagem);
- Pertencer a alguma minoria étnica;
- Viver com uma família com baixa renda;
- Viver em condições precárias (inclusive famílias numerosas na mesma casa).

Levando-se em conta estes fatores, observa-se que, em seu processo natural de crescimento e desenvolvimento e com seu comportamento exploratório, as crianças enfrentam riscos à sua integridade, mas o risco às lesões não intencionais pode se sobrepor e generalizar, considerando-se a complexidade da vida e a multiplicidade de cenários nos quais vivem e circulam.

Já existem indícios de que o excesso de proteção poderia prejudicar o desenvolvimento infantil, visto que é importante que a criança aprenda a identificar e manejar eventuais riscos. Talvez seja necessário promover uma mudança do paradigma de manter as crianças o mais seguras possível para mantê-las tão seguras quanto for necessário.⁸ Além disso, é importante reconhecer não é possível regular totalmente nem modificar por completo os comportamentos inseguros, muito menos sem contar com abordagens interdisciplinares, que são fundamentais na identificação de causas e sua resolução e aconselhamento apropriado.⁹

As lesões não intencionais são classificadas de acordo com o meio para sua ocorrência: intoxicações, queimaduras e escaldamento, afogamentos, quedas e relacionadas ao transporte. Além disso, sua categorização pode contemplar a severidade, o ambiente, a atividade, o mecanismo, a intenção, a natureza, a idade, o gênero, o status socioeconômico e a etnia, sendo os determinantes sociais os mais fortemente relacionados à ocorrência de lesões em crianças no mundo todo.¹⁰ É importante lembrar que os fatores de risco podem ser específicos ou, mais comumente, haver uma combinação entre eles.

13.3 Proteção para lesões não intencionais

A prevenção de lesões não intencionais pode ser dirigida a diferentes sujeitos e conforme a oportunidade em relação aos eventos. A Organização Mundial da Saúde propõe as seguintes categorias, que podem ser superpostas conforme a necessidade:¹⁰

- Orientação temporal: a prevenção primária inclui estratégias para evitar que as lesões ocorram, portanto, é promovida antes, na fase pré-evento. A prevenção secundária inclui estratégias para minimizar o dano causado durante o evento. A prevenção terciária inclui iniciativas para tratar e reabilitar as pessoas lesionadas, ocorrendo após o evento.
- Direcionamento para grupos de interesse: as intervenções universais objetivam sensibilizar grupos ou a população em geral independente do risco individual. As medidas seletivas são orientadas para aqueles considerados sob maior risco de sofrerem lesões, conforme seus fatores de risco. As ações indicadas são voltadas para aqueles que já demonstraram comportamentos de risco.
- Grau de obrigatoriedade: as intervenções passivas objetivam proteger sem que o indivíduo tenha que tomar nenhuma atitude e independem do comportamento humano. As intervenções ativas envolvem o comportamento do indivíduo. No campo da prevenção de lesões não intencionais, existe consenso de que as intervenções passivas têm maior probabilidade de sucesso do que as ativas.

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 lesões,¹¹ enquanto as intervenções de aconselhamento comportamental que incluam um componente educativo possuem maior efetividade quando acompanhadas de uma demonstração de uso de determinado equipamento ou de sua distribuição.¹²

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 favoreceria a intensificação de atitudes promotoras de segurança em determinados contextos. Outra situação, infelizmente comum, é o afogamento de crianças pequenas em baldes ou bacias contendo pouca água, 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 atenção primária à saúde mantêm contato muito próximo com as crianças e a comunidade na qual atuam, a promoção de educação em segurança pode ser facilitada nesse âmbito de atenção. Enquanto recomendações aos pais ainda no hospital após o nascimento de um bebê não são lembradas por muito tempo, as informações prestadas por profissionais de saúde na comunidade ou em estabelecimentos de saúde são retidas por mais tempo. Isto apresenta ainda maior efetividade quando se volta para famílias em vulnerabilidade, especialmente mães adolescentes e mães solteiras.¹³ Isso reforça a recomendação de que todas as visitas domiciliares realizadas por esses profissionais sejam aproveitadas como uma oportunidade de avaliar aspectos de segurança de todos os membros da família.⁷ 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.

Ressaltamos que a situação de cada criança deve ser analisada conforme seu contexto socioeconômico-cultural,¹⁴ além do estágio de desenvolvimento próprio de cada uma.¹⁵ 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 alguém.^{7,16}

O Quadro 3 apresenta o **nível de recomendação em prevenção** para três situações.¹⁷

Quadro 3 – Nível de recomendação em prevenção para três situações

Situação	Nível de Recomendação e definição
Posição da criança para dormir e Síndrome da Morte Súbita do Lactente	Nível II - Profissionais e serviços de saúde devem avaliar a necessidade e recomendar ações preventivas sempre que for possível.
Rastreamento e Aconselhamento em Segurança em Veículos Automotores	Nível III - Profissionais e serviços de saúde podem recomendar ações preventivas , após considerarem custo e benefício, pois as evidências atuais são incompletas.
Rastreamento em Prevenção de Lesões em Casa e Ambientes de Recreação	

A Caderneta de Saúde da Criança e a Caderneta de Saúde do Adolescente ou da Adolescente, distribuídas gratuitamente pelo Ministério da Saúde para todas as crianças nascidas no território nacional, contém informações relativas a ações preventivas de lesões não intencionais.¹⁸

Especificamente em relação ao transporte de crianças em automóveis, a American Academy of Pediatrics definiu que as seguintes recomendações, todas baseadas em evidências, otimizam a segurança dos pequenos passageiros:¹⁹

- Até 2 anos de idade: assento especial para criança voltado para trás;
- Até 4 anos de idade: assento especial para criança voltado para frente;
- Até 8 anos de idade: bancos elevadores com cinto de segurança;
- Quando não couber mais no assento elevador: cinto de segurança de três pontos;
- Até 13 anos de idade: sempre ser transportada no banco traseiro do automóvel.

Outra recomendação é que nunca a criança deve ser deixada sozinha dentro de um veículo devido ao risco de sofrer hipertermia e de ser estrangulada em janelas de acionamento automático. Tampouco deve ficar fora do veículo sem supervisão, pois existe o risco de ser atropelada quando o veículo se movimentar.²⁰

O Quadro 4 foi adaptado a partir das recomendações mínimas indicadas pela Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul²¹ para auxiliar os profissionais de saúde na orientação de pais, responsáveis e cuidadores de crianças entre 0 e 12 anos na prevenção de situações de risco a lesões não intencionais.

Quadro 4. Calendário de Aconselhamento em Segurança da Sociedade Pediatria do RS - adaptado

Recém-nascido até 6 meses
- Automóvel: ser transportado em assento especial para lactentes, no banco traseiro e sempre voltado pra trás (de costas para motorista). As crianças não devem ser transportadas no colo. - Banho: verificar primeiro a temperatura da água (ideal é 37°C). Deve-se instalar termostato em aquecedor de água para garantir a temperatura adequada. Jamais deixar a criança sozinha na banheira, mesmo se a banheira contiver pouca água. - Brinquedos: oferecer somente brinquedos grandes e inquebráveis para evitar sufocação. - Sono: deitar o bebê de costas no berço para evitar a Síndrome da Morte Súbita do Lactente; usar cobertas e travesseiros firmes. Instalar berço com grades altas e com separação máxima de 6 cm entre elas. - 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 bicicleta. - Queimaduras: não tomar nem segurar líquidos quentes estando com a criança no colo.
6 meses a 1 ano
- Asfíxia 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. - Automóvel: ser transportada em assento especial para crianças, no banco traseiro e sempre voltado para trás (de costas para o motorista). - Brinquedos: oferecer somente brinquedos resistentes, inquebráveis e atóxicos. Evitar os brinquedos com partes pequenas, pelo risco de sufocação. - Eleticidade: eliminar fios elétricos desencapados e vedar os orifícios das tomadas. - Objetos: não deixar ao alcance da criança objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos. - 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. - 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 janelas. Proibir o uso de andador. Não colocar a criança em carrinho de supermercado sem cinto de segurança e não deixá-la sozinha no mesmo.
1 a 2 anos
- Afogamento: não permitir que a criança brinque na água sem supervisão de adulto (baldes, piscina, rio, lago, mar etc.). As piscinas devem ser protegidas - construir uma cerca de 1,40 m de altura ao seu redor e com acesso por portão de trinco automático. Não deixar brinquedos dentro da piscina. Os pontos elétricos, se necessários, devem ficar a uma distância mínima de 30 m da sua borda. - Automóvel: ser transportada em assento especial para criança e no banco traseiro. - Objetos: não deixar ao alcance da criança objetos cortantes, pontiagudos ou que possam ser engolidos. - 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 doméstico. - Quedas: colocar proteção nas escadas e janelas. Proteger os cantos dos móveis. - Segurança em casa: instalar barreiras de acesso na porta da cozinha e manter fechada a porta do banheiro.
2 a 4 anos
- Atropelamento: não permitir que a criança brinque na rua. Atravessar a rua de mãos dadas. - Automóvel: ser transportada em assento próprio para criança e no banco traseiro. - Intoxicações: manter produtos de limpeza, cosméticos e remédios trancados em armário ou em locais de difícil acesso. 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.via-rs.com.br/cit/. - Quedas: cuidar especialmente o uso de bicicletas (usar calçado preso ao pé, com capacete) e não permitir pedalar nas ruas. Colocar grades ou redes de proteção nas janelas. - Queimaduras: não permitir a aproximação da criança do fogão, de fósforos, isqueiros, ferro elétrico e aquecedores. Instalar detector de fumaça 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. - Segurança em casa: usar obstáculos na porta da cozinha e do banheiro para vedar a entrada da criança no recinto.
4 a 6 anos
- 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. - Atropelamento: acompanhar a criança ao atravessar a rua. - Automóvel: ser transportada em assento próprio para criança e no banco traseiro. - Quedas: colocar grades ou redes nas janelas. Não deixar as crianças sozinhas nos parques. - Queimaduras: não permitir brincadeiras com fogo, evitar manuseio de álcool e fósforo. - Segurança em casa: colocar proteção nas portas para que a criança não entre na cozinha. - Super-herói: "Super-herói só na televisão!". Colocar proteção nas janelas e escadas.

continua

continuação

6 a 8 anos
• 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. • Atropelamento: ensinar hábitos de segurança ao atravessar a rua. Não permitir brincadeiras nas ruas. • Automóvel: ser transportada no banco traseiro com cinto de segurança e em assento elevador de segurança. • Bicicleta/patins/skate: usar capacete de proteção. Andar somente nas praças e parques.
8 a 10 anos
• Afogamento: não permitir brincadeira na água sem a supervisão de um adulto. • Armas de fogo: não ter armas de fogo em casa. • Atropelamento: acompanhar a criança ao atravessar a rua. • Automóvel: ser transportada no banco traseiro com cinto de segurança e em assento elevador de segurança. • Bicicleta/patins/skate: usar capacete de proteção e não andar de bicicleta na rua.
10 a 12 anos
• Armas de fogo: não manusear armas (são perigosas e não são brinquedos). • Afogamento: não mergulhar em local desconhecido. Não nadar sozinho. Não mergulhar de cabeça. Nadar perto da margem. • Atropelamento: atravessar a rua na faixa de segurança. Observar sinalleiras. Olhar para os dois lados antes de atravessar a rua. • Automóvel: ser transportada no banco traseiro com cinto de segurança. Aguardar até a criança ter 10 anos de idade ou 1,50 de altura para sentar no banco de passageiro dianteiro de automóvel. Se transporte escolar, exigir cinto de segurança. • 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. • Esporte: Praticar esporte com segurança utilizando equipamentos de proteção (capacete, cotoveleira, joelheira, protetor de pulso, protetor de boca).

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.
2. PORTO ALEGRE. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis CGVS / SMS / PMPA. **Inquérito sobre atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_viva_2011_relatorio_inquerito.pdf> Acesso em: 7 jan. 2014.
3. BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. **J Pediatra**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. S123-S136, 2005. Suplemento.
4. SIMPSON, J.; FOUGERE, G.; MCGEE, R. A wicked problem: early childhood safety in the dynamic, interactive environment of home. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 10, n. 5, p. 1647-1664, 2013.
5. ROCHA, F. et al. Mortalidade em crianças de cinco a nove anos, Porto Alegre, 1988 a 2000. **Bol. da Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 159, 2001.
6. RUNYAN, C. W. Using the Haddon Matrix: introducing the third dimension. **Injury Prevention**, London, v. 4, p. 302-307, 1998.
7. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Preventing unintentional injuries among under-15s: quick reference guide**. Nov. 2010a. Disponível em: <guidance.nice.org.uk/ph30> Acesso em: 4 fev. 2014.
8. BRUSSONI, M. et al. Risky play and children's safety: balancing priorities for optimal child development. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 9, p. 3134-3148, 2012.
9. WINSTON, F. K.; JACOBSON, L. A practical approach for applying best practices in behavioural interventions to injury prevention. **Injury Prevention**, London, v. 16, p. 107-112, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921282/pdf/ip021972.pdf>> Acesso em: 6 fev. 2014.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Children's health and the environment. **WHO training package for the health sector**. 2010. Disponível em: <www.who.int/ceh> Acesso em: 3 fev. 2014.
11. GASPAR, V. L. V. et al. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. **J. Pediatra**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 447-452, 2004.
12. MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. A. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.
13. KENDRICK, D. et al. Parenting programmes for the prevention of unintentional injuries in childhood. **Cochrane Summaries**. Oxford, Jun. 2013. Disponível em: <<http://summaries.cochrane.org/CD006020/parenting-programmes-for-the-prevention-of-unintentional-injuries-in-childhood->> Acesso em: 5 fev. 2014.
14. PAES, C. E. N.; GASPAR, V. L. V. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar. **J Pediatra**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 146-154. Suplemento.
15. 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.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf07/mvoi/mvoirs.htm#clinical>> Acesso em: 8 maio 2012.
16. CUBBIN, C.; SMITH, G. S. Socioeconomic inequalities in injury: critical issues in design and analysis. **Ann. Rev Public Health**, Palo Alto, v. 23, p. 349-375, 2002.
17. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). Preventive services for children and adolescents. **Updated**, Sept. 2013. Disponível em: <https://www.icsi.org/_asset/x1mnv1/PrevServKids.pdf> Acesso em: 4 fev. 2014.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. p. 183-195.
19. DURBIN, D. R; COMMITTEE ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION. Policy statement: child passenger safety. **Pediatrics**, Evanston, v. 127, n. 4, p. 788-793, Apr. 2011. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/127/4/788.full.html>> Acesso em: 6 fev. 2014.
20. _____. Technical report: child passenger safety. **Pediatrics**, Evanston, v. 127, n. 4, p. e1050-e1066, Apr. 2011. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/127/4/e1050.full.html>> Acesso em: 6 fev. 2014.
21. BLANK, D. Promoção da segurança da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. B. et al. (Org). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 209-217.

14. Interação pais-bebê nas consultas coletivas de puericultura

Gisele Milman Cervo
Paula Xavier Machado

“A consulta coletiva de puericultura é muito boa, pois permite que os pais troquem ideias e experiências, aprendam um pouco um com o outro, além de ser importante para o desenvolvimento das crianças, que interagem com outras famílias.”

Ana, mãe, participante de uma consulta coletiva

Este capítulo apresenta uma proposta de consulta coletiva de puericultura para serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) com foco na interação pais-bebê. O capítulo foi desenvolvido a partir da revisão de literatura e de uma experiência prática e interdisciplinar vivenciada na Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida (USNSA) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

14.1 Por que realizar consultas coletivas?

A Atenção Compartilhada a Grupo (ACG) é proposta como uma nova forma de atenção profissional a partir do trabalho em equipe na ESF¹. A ACG, diferente da consulta com foco em necessidades biológicas e médicas, aborda aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas com uma mesma condição de saúde. A atuação compartilhada implica a participação de vários profissionais da mesma equipe ao mesmo tempo.

Estudos demonstraram a efetividade e os aspectos positivos da ACG: 30% de diminuição da demanda em serviços de urgência e emergência; 20% de redução de internações hospitalares; diminuição das consultas com especialistas e aumento das consultas com profissionais da APS; diminuição de telefonemas para médicos e enfermeiros; maior satisfação das pessoas usuárias; diminuição dos custos. Além disso, os participantes compartilham uma mesma condição (não se sentem únicos), percebem casos de sucesso entre os pares, dividem informações, além de diminuir a ansiedade¹.

A ACG pressupõe que a equipe planeje anteriormente a intervenção (reuniões preparatórias), assim como defina quais serão os profissionais que atuarão diretamente na consulta (recomenda-se escolhê-los conforme a condição de saúde do grupo e que médico e enfermeiro estejam presentes). Deve haver espaço físico adequado para que ela aconteça. Os participantes recebem carta-convite e contatos telefônicos no momento anterior à ACG.

Durante o encontro, os usuários são encorajados a participar e a opinar de forma aberta, questionar se não entenderem a discussão, respeitar e ouvir atentamente os demais. A importância da confidencialidade das informações é trazida. Deve-se ser cuidadoso com o horário e participar de todas as sessões previstas. Este mesmo modelo de intervenção pode ser aplicado nas consultas coletivas¹.

Existem experiências de consultas coletivas nos serviços de saúde pública brasileiros nas mais diversas áreas. Destacam-se, entre elas, os temas: hipertensão e diabetes, orientação alimentar, pré-natal, puericultura, saúde bucal, saúde da mulher, asma, adolescência e saúde mental¹⁻⁷. No entanto, poucas informações sobre a sistematização das intervenções foram encontradas.

No espaço coletivo, propicia-se a oportunidade de vivenciar a participação e a produção coletiva de conhecimento. Desta forma, é possível intervir com mais efetividade nas questões individuais e grupais, compreendendo a saúde também como um processo histórico e social⁴. Estas autoras pontuam que a consulta coletiva é uma inovação metodológica assistencial que pressupõe prática humanizada, onde se valoriza o saber popular, a socialização de conhecimentos (popular e científico) e experiências e a quebra da hierarquia social. Favorece-se a prevenção e a promoção da saúde em âmbito coletivo. A consulta coletiva, em conjunto com a consulta individual, contribui para a expansão da cobertura da atenção à saúde, bem como para a integralidade⁴.

14.2 A Consulta Coletiva de Puericultura

Uma forma de potencializar as consultas de puericultura como um espaço de prevenção e detecção precoce é realizá-las interdisciplinarmente. É necessário pensar em trabalho conjunto, pois fatores de risco ao desenvolvimento infantil podem ser classificados como genéticos, biológicos e/ou ambientais. 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. Dessa forma, quanto mais saberes estiverem em jogo para dar conta de tais traços multifatoriais, mais abrangente e completa será a assistência prestada ao bebê e sua família.

Além da maior integralidade na assistência, o médico e o enfermeiro, tradicionalmente mais atuantes nas consultas individuais de puericultura, podem aprender orientações e manejos importantes com colegas de outras áreas, atentando para mais elementos do desenvolvimento do bebê nas consultas em que estiverem sozinhos. Além disso, as consultas coletivas são espaços de prevenção. Sendo assim, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas e demais profissionais da saúde podem intervir precocemente, antes que as situações agravem-se. Talvez, se não estiverem presentes no início da vida da criança, irão se deparar posteriormente com casos mais cronificados e de difícil mudança.

A consulta coletiva é prioritariamente conduzida em co-coordenação, o que permite que se lance mão da observação participante, da escuta ativa e dos múltiplos olhares profissionais. Além disso, a informalidade do *setting* e o tempo ampliado de consulta contribuem significativamente para interações mais espontâneas entre profissionais e famílias, assim como permite que questões inesperadas, ou que não estão em roteiros de entrevista previamente planejados, sejam trazidas pelos participantes. Estes interagem também entre si e compartilham experiências relativas ao cuidado das crianças.

A observação dessa troca interativa entre famílias e entre os pais com seu bebê também pode favorecer a consolidação do vínculo pais-bebê. Como o tempo de consulta é ampliado, os profissionais têm a oportunidade de acompanhar mais momentos de interação, o que lhes dá mais subsídios para ver como cada família funciona e intervir nas dificuldades relacionais apresentadas.

14.3 Como realizar uma Consulta Coletiva de Puericultura?

Antes da descrição da proposta, que é baseada na experiência vivenciada na equipe da US NSA do SSC, ressalta-se que essa visa a disparar novas possibilidades de realizar puericultura e olhar para a primeira infância. Desta forma, as recomendações expressas abaixo não devem ser compreendidas de forma rígida ou imutável, já que o objetivo não é trabalhar com receitas estanques e fechadas. Essa

proposta presta-se como um modelo e como um convite para que os profissionais se desafiem a pensar em modos diversos de produzir saúde, aguçando sua criatividade e se experimentando conforme o contexto exigir.

Durante a fase de planejamento das consultas coletivas, recomenda-se que a equipe se reúna a fim de estabelecer quais serão as questões norteadoras de cada encontro e programar as agendas para a carga horária exigida. Estima-se que o planejamento, a intervenção e a avaliação ocorram em um turno de aproximadamente 4h de trabalho.

As questões norteadoras elencadas serão usadas para subsidiar a construção de um roteiro para os encontros. O roteiro deve incluir as recomendações contempladas nos diversos capítulos desta publicação e os formulários de atendimento à criança de 0-12 anos do SSC (anexos 2 e 3). O objetivo é que o roteiro seja o mais completo possível, garantindo que os encontros abarquem questões referentes à alimentação, ao sono, à higiene bucal, ao desenvolvimento físico, emocional e interacional do bebê. No que concerne à interação, espera-se que o roteiro abranja aspectos do relacionamento pais-bebê e da família, como, por exemplo, as mudanças geradas pela chegada do bebê, a forma como os pais se comunicam com o filho, as mudanças no vínculo pais-bebê quando a mãe volta a trabalhar ou quando o bebê ingressa na creche, a rede de proteção da família (outras pessoas que interagem com o bebê), a adaptação do bebê às mudanças de cuidadores e de rotina, entre outros.

Em relação ao melhor período para a realização das consultas coletivas de puericultura, não será feita uma indicação rígida sobre qual fase deverá ser priorizada, ficando este ponto a critério de cada equipe. Contudo, as consultas coletivas da USNSA ocorrem nos 2º, 6º e 9º meses de vida. Seguindo essa distribuição, há um momento coletivo a cada trimestre do primeiro ano de vida do bebê.

Foi eleito o 2º mês de vida para o primeiro encontro em grupo, por se considerar a importância de que a consulta do primeiro mês fosse conduzida pelo profissional que realizou o pré-natal, favorecendo o vínculo da família com o profissional de referência. Além disso, ele explica sobre a consulta coletiva e dá liberdade para os pais escolherem se gostariam de seguir na modalidade individual/coletiva ou na individual apenas. A ideia é que as consultas coletivas sejam substitutivas às consultas individuais das mesmas faixas etárias, salvo quando algum caso exigir outro tipo de cuidado.

Além disso, pensa-se que o segundo mês é um momento interessante para a consulta coletiva, pois a família ainda está se acostumando à chegada do seu novo membro, de modo que é possível trabalhar como os participantes estão lidando com essa adaptação, e também se permite um espaço de interação entre as mães, que muitas vezes no início de vida do bebê ficam mais em casa e reclusas.

Optou-se por realizar a 2ª consulta coletiva no 6º mês, porque, neste período, é usual os pais terem dúvidas sobre a introdução dos alimentos na dieta do bebê. Assim, procura-se contar com a presença de uma nutricionista neste encontro. Além disso, nessa fase o bebê já está mais responsivo aos estímulos ambientais e os pais aproveitam bastante a troca com outras famílias, compartilhando as aquisições do seu bebê.

Planejou-se uma consulta coletiva no 9º mês, porque, nessa idade, o bebê geralmente começa a engatinhar, passa a apresentar estranhamento e ansiedade a pessoas desconhecidas ou com quem convive pouco, bem como aparecem os primeiros dentinhos. Prioriza-se que um dentista esteja presente nesta consulta.

Recomenda-se que as consultas sejam realizadas de forma interdisciplinar, com a participação de três profissionais de diferentes áreas, tais como: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, odontólogo, psicólogo, assistente social e nutricionista. Em todas as consultas deverá estar presente um médico ou um enfermeiro (por serem os responsáveis pela realização da puericultura individual). Todas as famílias com crianças da mesma idade das faixas etárias propostas para as consultas podem ser convidadas a participar, uma vez que este número não costuma extrapolar a capacidade do grupo em recebê-las.

Objetiva-se que as famílias sejam as mesmas nas três consultas coletivas e que os profissionais também estejam presentes em todas as consultas do mesmo grupo de famílias. A ideia é que haja um profissional responsável por coordenar os encontros e que o mesmo também seja o responsável pela divulgação entre as famílias e profissionais dos próximos encontros.

As consultas coletivas começam com uma apresentação de todos os participantes (profissionais e usuários) e são esclarecidos os objetivos da intervenção. Um deles é acompanhar a família e o meio onde o bebê desenvolve-se, a fim de prevenir agravos na saúde da criança. Portanto, é dada importância à participação e à percepção dos pais e de outros cuidadores (avós, tios, padrinhos, babás). Ressalta-se que são realizadas algumas consultas coletivas para permitir trocas de experiências e saberes entre mães, pais e cuidadores, assim como para possibilitar o acompanhamento do bebê por outros profissionais de saúde e para que haja mais tempo para abordar dúvidas. Enfatiza-se a importância do sigilo por se estar em grupo.

Durante a primeira parte da consulta, conversa-se sobre as orientações previstas para cada encontro a partir das situações do cotidiano das famílias e dúvidas são esclarecidas. Destina-se uma parte do tempo para que os participantes expressem-se livremente e interajam entre si. Caso sejam percebidas particularidades que exijam maior tempo de avaliação, ou caso sejam trazidas questões inadequadas para serem trabalhadas em grupo, conversa-se individualmente com determinada família, ao final do encontro. Em situações que exijam uma investigação aprofundada com profissional de uma área específica, agenda-se consulta individual. É importante não esquecer do trabalho em rede, de modo que alguns casos extrapolam a abrangência da Atenção Primária e exigem articulação com outros serviços da área da saúde, ou mesmo uma ação intersetorial.

A segunda parte da consulta coletiva é mais prática e voltada para a antropometria e a verificação do calendário vacinal. As recomendações, tais como de exame físico, exames complementares e suplementação alimentar, devem ser realizadas conforme descrito nos capítulos específicos deste guia de atenção. As famílias ficam à vontade na sala enquanto aguardam sua vez.

É importante frisar que, além das orientações dadas pelos profissionais, estimula-se que os próprios participantes busquem ajudar uns aos outros através de exemplos pessoais, de conhecimentos previamente adquiridos e de opiniões. Ao final de cada encontro, sempre que possível, pede-se a opinião dos participantes e sugestões para os próximos encontros. Apesar de as consultas coletivas terem questões norteadoras, há uma flexibilidade para mudanças, de acordo com o grupo de pais e de profissionais que a realizam.

A experiência vivenciada na USNSA do SSC⁸ permitiu a identificação de aspectos positivos das consultas coletivas, tais como:

- Maior reflexão sobre como lidar e observar as interações pais-bebê;
- Trabalho em equipe interdisciplinar;
- Consulta prolongada que permite uma avaliação mais aprofundada;
- Possibilidade de observar melhor a relação dos pais com o bebê.

Outro aspecto percebido como positivo foi a interação entre as famílias durante a consulta coletiva. De acordo com Celso Gutfreind, nesta publicação, ao abrirmos espaços de fala para que as pessoas contem e se encontrem, é possível trabalhar os afetos que estão envolvidos nos cuidados com a criança, sem que tais afetos sejam “jogados” de forma prejudicial nas gerações seguintes.

14.4 Aspectos da Interação Pais-bebê em Consultas Coletivas de Puericultura

Sabe-se da importância do suporte dado pelos cuidadores para que o bebê desenvolva-se adequadamente. Jerusalinsky⁹ expõe que o bebê humano nasce sem recursos biológicos suficientes para dar conta das suas necessidades, precisando que outro ser humano se ocupe dele, tanto para acalmar seu mal estar decorrente de estímulos externos, quanto para ampará-lo no que seus estímulos internos lhe provocam. Assim, o autor afirma que o ser humano é constituído pelo outro, precisando estar em relação para que consiga significar a si e ao mundo.

Donald Winnicott é outro autor que se dedicou a estudar a importância do vínculo para um desenvolvimento emocional sadio. Ele propõe que “sem maternagem boa, os estágios iniciais do desenvolvimento não podem ter lugar”¹⁰. E também ressalta a importância da continuidade das experiências do bebê, que é resguardada quando o cuidador é previsível, atento e adaptado às necessidades do lactente.

Demott e colaboradores¹¹ também valorizam a relação pais-bebê para a saúde mental da criança e incrementam o *Clinical guidelines and evidence* ao apontarem que a qualidade do vínculo parental é o maior preditor de consequências a longo prazo para o desenvolvimento da criança. Entre as consequências de um vínculo frágil estão ocorrência de psicopatologia, dificuldades comportamentais e atrasos no desenvolvimento. A qualidade da interação inicial mãe-bebê faz uma importante mediação entre os eventos perinatais e o desenvolvimento sociocognitivo da criança¹².

Para que uma equipe de saúde consiga dar conta das demandas da família e para que esteja apta a identificar que casos podem estar enunciando uma dificuldade de interação, é preciso que tenha critérios para discriminar aspectos saudáveis ou de risco da relação pais-bebê e do desenvolvimento infantil.

Evidencia-se a importância de se atentar para a ruptura de vínculos significativos na primeira infância. Existem dois tipos clínicos de carência: a quantitativa e a qualitativa. Na carência quantitativa, o bebê depara-se com uma ausência física do seu cuidador de referência. Já na carência qualitativa, o cuidador está presente fisicamente, mas ausente psiquicamente, como nos casos em que a mãe e/ou o pai estão deprimidos¹³. Desta forma, justifica-se a importância de identificar depressão materna, conforme descrito na rotina de Atenção à Saúde da Gestante em APS¹⁴.

No que concerne à carência quantitativa, a troca constante de cuidadores ou a morte/desaparecimento do cuidador principal constituem-se como fatores de risco, visto que o bebê necessita de uma figura de referência e de um vínculo íntimo para desenvolver-se. Já em relação à

carência qualitativa, um cuidador deprimido às vezes é capaz de interagir normalmente com o bebê e cria nele uma expectativa de que essa interação se repita. Porém, devido às suas próprias necessidades e limitações, o cuidador pode voltar a se retrair, interrompendo a interação, o que deixa o bebê numa situação de confusão e desesperança. A repetição sistemática desse padrão pode acarretar sintomas no bebê de evitação do olhar (porque é doloroso para o bebê formar novamente a expectativa de uma interação recíproca e ser frustrado), hipermotilidade intestinal (resultante da tensão) e incapacidade/falta de vontade de interagir socialmente¹⁵.

Em termos de interação pais-bebê é normal que às vezes os pais não consigam atender seu filho exatamente no momento em que este solicita, ou que demorem certo tempo para identificar quais são as necessidades do bebê. Nesse sentido, Guerra refere que todo encontro com um bebê implica necessariamente uma possibilidade de desencontro parcial¹⁶. Inicialmente, os pais precisam aceitar que não sabem previamente do que o filho necessita e, para compreendê-lo, devem prestar atenção nos seus sinais – nas tentativas de aproximação com o seu bebê. Os fatores que auxiliam os profissionais a discriminarem falhas normais de situações mais graves são: a intensidade, a frequência e a duração do prejuízo/perturbação no laço pais-bebê.

As consultas coletivas podem ser um momento ímpar para observar de que forma as interações pais-bebê estão ocorrendo. Com base na “Avaliação da Interação Mãe-Bebê^e nos 12 primeiros meses”¹⁷ (material inédito, desenvolvido pelo psicanalista uruguaio Victor Guerra), alguns aspectos importantes de serem observados durante a interação são:

- A forma como a mãe segura o bebê;
- A troca de olhar entre a dupla;
- O contato pele a pele;
- A comunicação verbal e não-verbal;
- A disponibilidade emocional da mãe;
- O ritmo da interação mãe-bebê;
- A regulação da excitação do bebê;

Guerra propõe que, ao olhar para a dupla interagindo, o profissional faça-se algumas perguntas para melhor compreender a qualidade desta interação. O material engloba uma série de questões, algumas delas estão expostas a seguir:

- Sustentação: Como a mãe segura seu bebê? Ela propicia uma proximidade corporal e dá a impressão de que o envolve, ou não?
- Olhar: Quando a mãe olha para seu bebê, ela demonstra fascinação e o envolve com seu olhar? E o bebê, se olha no olhar da mãe? Ele dedica mais tempo olhando para rostos humanos ou prioriza olhar para objetos e fontes sensoriais (janelas, luzes, etc)?
- Contato pele-pele: Como a mãe toca e acaricia o seu bebê - De forma mecânica, operatória, apenas quando o troca ou o alimenta? Ou pode fazê-lo de forma lúdica também em outros momentos? A mãe conversa quando toca no bebê?

^e Victor Guerra refere-se no seu material à interação mãe-bebê. Propomos que a mãe seja compreendida enquanto o cuidador principal, isto é, a pessoa de referência para o bebê, que faz a maternagem do mesmo (em alguns casos será o pai, a avó, etc).

- Comunicação-verbal: A mãe, ao falar com seu bebê, usa a voz mais infantil, um ritmo mais lento e diminutivos? Nomeia as distintas partes do corpo e para que servem? Ela deixa espaço para a resposta do bebê?
- Disponibilidade Emocional: A mãe apresenta-se disponível ou sua atitude em relação ao bebê demonstra falta de sensibilidade, negligência e intrusividade? Como o bebê responde à interação com seu cuidador principal? Eles se imitam mutuamente?

Claudia Fernandes também teoriza sobre o desenvolvimento do bebê e sobre interações na primeira infância¹⁸. Ela refere que, quando o bebê está bem, ele é capaz de interagir e provocar a atenção do outro, utilizando seu repertório gestual e corporal para fazer-se entender; cria elementos novos e é ativo na interação (o bebê vai aumentando sua atividade e responsividade à medida que cresce); acompanha com olhar interessado as pessoas e os objetos; acalma-se após a mãe ou o pai responderem ao seu choro.

A autora vale-se de aspectos interacionais para verificar se um bebê está bem. Contudo, ela alerta que os aspectos interacionais estão intimamente relacionados às questões emocionais, físicas e sociais, e que todos esses elementos afetarão a saúde do bebê, de modo a serem igualmente considerados ao se realizar a puericultura.

Um grupo de pesquisadores universitários¹⁹ e especialistas de várias cidades brasileiras, usando o referencial psicanalítico, construiu Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) e aplicou-os em 727 crianças, entre 0 e 18 meses, entre os anos 2000 e 2008. A maioria desses indicadores foi concebida com base nas trocas interacionais mãe-bebê. Parte-se da ideia de que quando se identifica a presença do indicador, o desenvolvimento está transcorrendo bem e o bebê está fazendo aquisições importantes para o seu desenvolvimento. Se não é possível identificar os indicadores abaixo, quando se observa o bebê, é preciso ficar alerta. Os IRDIs para avaliação entre 0 a 12 meses são:

0 - 4 meses incompletos:

- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer;
- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês);
- A criança reage ao mamanhês;
- A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.
- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe;

4 - 8 meses incompletos:

- A criança começa a diferenciar o dia da noite;
- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades;
- A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta;
- A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases;
- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
- A criança procura ativamente o olhar da mãe.
- A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.
- A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.

8 - 12 meses incompletos:

- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção;
- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
- A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.
- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
- A criança estranha pessoas desconhecidas a ela.
- A criança possui objetos prediletos.
- A criança faz gracinhas.
- A criança busca o olhar de aprovação do adulto.
- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.

Com base nos estudos acima¹⁷⁻¹⁹, percebe-se que uma interação saudável pais-bebê engloba questões que transcendem aquelas relativas à satisfação das necessidades básicas das crianças (alimentação, higiene, sono). Uma interação que favorece o desenvolvimento do bebê pressupõe experiências partilhadas, imitações mútuas, sintonia no olhar, no ritmo, no afeto, nos jogos entre o bebê e o seu cuidador. A interação deve respeitar as necessidades do bebê, os estímulos não podem exceder e nem estar aquém do que o lactente pode processar. Quando os pais conseguem empatizar com seu filho, bem como significar seus gestos, entende-se que a interação está transcorrendo bem, pois significa que há o reconhecimento da alteridade do bebê e a preocupação em compreendê-lo. Para melhor compreender a dinâmica da relação pais-bebê, é importante que os profissionais dediquem tempo observando as interações, escutem suas percepções e sentimentos quando estão diante de pais com bebês, tenham acesso a estudos e informações que discorram sobre desenvolvimento emocional e intersubjetividade, e estejam abertos para conversar com colegas de outras áreas e fazer uma compreensão compartilhada do caso.

Acredita-se que a consulta coletiva de puericultura é um espaço potente, que possibilita o que foi preconizado no parágrafo anterior: ela permite que as famílias sejam observadas em um período de tempo maior do que numa consulta individual padrão, dando uma amostragem maior de trocas interativas; bem como viabiliza um trabalho conjunto e interdisciplinar, favorecendo a troca de conhecimentos e informações, e incluindo as variadas dimensões do desenvolvimento do bebê.

Por mais que este seja um espaço que propicie um cuidado mais integral das famílias, ele precisa estar articulado com outras formas de cuidado: as consultas individuais, as visitas domiciliares, outros serviços da rede. Assim, sempre que identificada uma situação-problema, esta deve ser avaliada pelo grupo e, quando este apresentar limitações para atender o bebê e sua família, a situação deve ser encaminhada ao profissional ou serviço mais indicados.

Por fim, gostaríamos de ressaltar a importância de os serviços de saúde e os profissionais da APS investirem em estudos e sensibilizações sobre a primeira infância e interação pais-bebê. Esses momentos de formação auxiliam os profissionais a identificarem mais precocemente situações que apresentem risco para o bebê e que podem aparecer durante as consultas de puericultura.

Referências

1. MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.
2. WERNER, Rosiléa Clara et al. **Puericultura coletiva: relato de experiência da Secretaria de Saúde de Blumenau**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/Trabalho%20383.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2013.
3. MINAS GERAIS. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. **Orientações sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura)**. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/puericultura.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2013.
4. PENNA, Lucia Helena Garcia; CARINHANHA, Joana labrudi; RODRIGUES, Raquel Fonseca. Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421887024>. Acesso em: 21 out. 2013.
5. FUNDAÇÃO INSTITUTO MINEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM NEFROLOGIA. **Centro de Atenção Secundária em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de Juiz de Fora (Hiperdia) inova com prática da consulta coletiva**. Disponível em: <<http://www.imepen.com/centro-hiperdia-inova-com-pratica-da-consulta-coletiva/>>. Acesso em: 20 nov. 2013.
6. MARTINS, Dulcéa Machado et al. Consulta coletiva: o espaço da mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2013.
7. SEIBERT, Sabrina Lins; GOMES, Maysa Luduvise; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Assistência pré-natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a21.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.
8. CERVO, Gisele Milman; MACHADO, Paula Xavier. **Interação pais-bebê em consultas coletivas de puericultura: percepções de profissionais de uma equipe de atenção primária**. 2012. Trabalho de Conclusão (Residência Integrada em Saúde)- Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2012.
9. JERUSALINSKY, A. Desenvolvimento e psicanálise. In: **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. 4 ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007.
10. WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
11. 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: 20 nov. 2013.
12. SCHERMANN, L. Avaliação quantitativa e qualitativa da interação. In: PICCININI, C. et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.
13. GOLSE, B. A. Depressão do bebê, depressão da mãe e conceito de perinatalidade. In CORRÊA FILHO, L. et al. (Colab.) . **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.
14. LENZ, Maria Lúcia M.; BERTONI, Simone Faoro. Formação de vínculo com a gestante e sua família e aspectos psicológicos da gestação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

15. BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
16. GUERRA, Vitor. **Indicadores de Intersubjetividad (0-2 anos) en el desarrollo de la autonomia del bebe**. Montevideo, 2009. Transcrição do Curso ministrado pelo autor ao Ministério da Educação e Cultura do Uruguai.
17. GUERRA, Victor. **Avaliação da interação mãe-bebê nos seis primeiros meses**, 2014, Comunicação pessoal.
18. FERNANDES, C.M. **O sofrimento na pequena infância**: uma introdução à psicopatologia do bebê. Campina Grande: EDUEFCG, 2007.
19. KUPFER, M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. Lat. Am. J. Fundam. **Psychopathol.**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 48-68, maio 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/48766498/artigo-final-Pesquisa-IRDI>> . Acesso em: 25 out. 2011.

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

Karla Livi
Carla Berger
Lucia R. Silveira

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. Eventualmente estes sentimentos, poderão conduzi-los à reprodução da violência em seus próprios filhos¹⁻³[C].

Este agravo é considerado um grave problema de saúde coletiva. Em Porto Alegre, as causas externas são a quarta 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 adolescentes⁴. 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, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e prostituição forçada. Crianças maiores estão mais expostas à violência escolar e em muitos casos à violência urbana⁵.

Os resultados da Vigilância de Violências Contínua em Porto Alegre, a partir das notificações de violência dos casos atendidos pelos serviços de saúde, mostram que em 66,6%(654) são crianças e adolescentes e destes em 49,4%(323) a violência foi de natureza sexual, 39,1%(256) psicológica, 31,8%(208) negligência, 27,1%(177) física e em 3,8%(25) situações de violência autoprovocada (tentativas de suicídio). A residência foi o local de ocorrência de 66,2%(433) dos casos e em 87,7% foi perpetrada por familiares, pessoas de relação de afeto, cuidadores ou conhecidos⁶.

O profissional de atenção primária deve estar atento aos seguintes aspectos^{5,7}:

- 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 quando necessário e seguir acompanhando as famílias vítimas deste agravo e,
- notificar a violência.

A Atenção Básica assume um papel importante para a atenção integral à saúde das crianças e de suas famílias em situações de violência, por ser o serviço responsável pela coordenação das ações de cuidado no território. A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho a ser percorrido para o alcance da atenção integral, uma vez que cria a sinergia entre os profissionais envolvidos e fortalece a responsabilização dos serviços numa cadeia de produção do cuidado em todos os espaços da atenção e de proteção⁸.

15.1 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”^{1-2,9-12}

Natureza da violência:

15.1.1. Violência Física

Uso da força ou ações praticadas por pessoas conhecidas ou desconhecidas, em geral por pais ou responsáveis, com o objetivo claro de ferir, deixando ou não marcas evidentes. Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde⁸.

15.1.2. Violência 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. Algumas formas e manifestações de violência psicológica serão especificadas a seguir.

Testemunho da violência: refere-se a situações violentas que a criança ou o adolescente toma conhecimento ou presença em casa, na escola, na comunidade ou na rua. Os danos são ainda mais graves quando a própria vida da criança ou do adolescente está ameaçada ou quando ela vê situações violentas contra uma pessoa querida (a violência entre os pais é um exemplo).

Síndrome da alienação parental: termo mais usado na esfera jurídica, diz respeito às sequelas emocionais e comportamentais sofridas pela criança vítima da conduta do pai ou da mãe que, após a separação, age para que o filho rejeite o ex-cônjuge.

Bullying: ocorre com frequência nas escolas e é caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. Envolve comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação. Colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos são alguns exemplos¹⁴. É um problema mundial, que perpassa todas as classes sociais. Os alvos são em geral pessoas inseguras, com auto-estima baixa e com pouca habilidade de fazer cessar a violência. Estas crianças têm maior chance de apresentar sentimentos de angústia, tristeza e solidão, depressão e idéias suicidas¹². No *bullying*, a violência física e psicológica podem estar presentes. O *cyberbullying* é um fenômeno mais recente, caracterizado pela ocorrência de *e-mails*, mensagens por *paggers* ou celulares, telefonemas, fotos digitais, *sites* pessoais difamatórios, ações difamatórias *on-line* como recursos para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis^{8,13}.

15.1.3. Violência 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 associada¹². Entre diferentes formas e manifestações de violência sexual, encontram-se:

- 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.

15.1.4. Negligência

A negligência é o ato de omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento. Configura-se quando ocorre falhas: em alimentar, vestir adequadamente, matricular e manter na escola, levar para atendimentos de saúde, privar de afeto ou do atendimento às necessidades emocionais da criança, etc. O abandono (deixar sozinho ou com incapaz) é também uma forma de negligência. Muitas vezes, tal falha da família é o resultado de condições de vida além de seu controle, principalmente quando relacionada com a ausência de condições econômicas. Em muitos casos, é difícil diferenciar entre a prática abusiva e a impossibilidade de prover atenção, caracterizando algumas famílias como vítimas e vitimizadoras nesse processo de negligência.

15.1.5 Outras formas de violência

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, frequentemente pela irritação com seu choro ou por realizar algum ato sobre o qual não tem domínio, que desagrade o cuidador. São sequelas frequentes: 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^{1,3,11}.

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. Segundo a lei, “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 frequência à escola”¹⁴.

Assédio moral ou violência moral que ocorre no trabalho: é relativamente comum com adolescentes e refere-se às situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, com predomínio de condutas negativas, relações desumanas e aéticas do chefe com seus subordinados. Violência, saúde, trabalho: uma jornada de humilhações¹⁵.

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 Brasileiro¹⁶.

Cabe lembrar que uma criança ou um adolescente pode ser afetado por mais de um tipo ou natureza de violência, especialmente, em situações crônicas e graves, inclusive porque muitas dessas situações se relacionam. Por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica; e uma criança que sofre violência sexual e psicológica em casa pode também ser envolvida em situação de exploração sexual⁸.

15.2 Suspeitando de maus-tratos e violência

Todos os profissionais de saúde que atendem crianças 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 rastreamento¹⁷.

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 familiar⁹.

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 frequência, quando a criança é vítima de violência, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato ou para os sinais e sintomas de sofrimento frequentemente associados¹.

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^{7,9}.

As crianças e adolescentes com doenças crônicas ou deficiências, são de alto risco para violência, pois acabam sendo dependentes de seus pais ou cuidadores para diversas situações, causando cansaço, irritabilidade e estresse⁸.

Segundo a ABRAPIA¹ é preciso que estejamos atentos a mudanças de comportamento e aos sinais físicos na criança. Muitas vezes, elas emitem aos adultos a sua volta sinais que avisam que algo está ocorrendo para o qual não há possibilidade de formulação verbal do discurso. Quando se identifica uma criança sofrendo violência em casa, é quase certo que outras pessoas de sua família também sofram. No espaço de convivência familiar, a violência entre os irmãos também merece a atenção dos profissionais. É comum a existência de xingamentos, humilhações e agressões físicas entre eles. Apesar de aceita socialmente, a violência entre os irmãos pode sinalizar para o profissional o tipo de relacionamento que a criança ou o adolescente tem dentro e fora de casa.⁸

Ao atender um caso suspeito de violência, formular as seguintes questões¹⁸:

- 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?
- 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?

O quadro a seguir, apresenta alterações comportamentais frequentes, conforme a idade da criança que vivencia situação de violência⁸.

Quadro 1. Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência

SINAIS DE VIOLÊNCIA	CRIANÇA			ADOLESCENTE 10 a 19 anos
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choro sem motivo aparente				
Irritabilidade frequente, sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Tristeza constante				
Demonstrações de desconforto no colo				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites				
Atraso no desenvolvimento, perda ou regressão de etapas atingidas				
Dificuldades na amamentação. Podendo chegar a recusa alimentar; vômitos persistentes				
Distúrbios de alimentação				
Enurese e encoprese				
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala				
Distúrbios do sono				
Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola				
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas ou déficit de atenção				
Sintomas de hiperatividade				
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes				
Uso abusivo de drogas				

Os espaços coloridos indicam a presença do sinal de violência na respectiva faixa etária

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. 2010

15.2.1 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 importância¹⁸.

Devem-se observar:

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

- Fraturas em crianças menores de um ano e meio¹⁹[C].

Lesões não justificáveis pelo acidente relatado:

- Fraturas de fêmur em crianças menores de dezoito meses²⁰[B].
- Fraturas de crânio em relato de quedas de berço. Fraturas de perna em quedas de bicicleta em crianças abaixo de quatro anos²¹.

Lesões bilaterais:

- Hemorragia bilateral de retina²² [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 amarrada²¹;
- Ausência de cabelo e ou presença hemorrágica no couro cabeludo indicam puxões vigorosos dos cabelos e encobrem lesões internas mais comprometedoras, como fraturas²³[B];
- Edema subdural²⁴[C];
- Lesões que envolvem regiões usualmente cobertas do corpo, como grandes extensões de dorso, região interna de coxa, genitália, dentes amolecidos ou fraturados²¹;
- Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura são características de maus tratos, indicando injúrias repetidas que podem culminar com a morte da criança;
- 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 cigarro²¹;
- 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 parede²¹.

15.2.2 Indicadores de violência sexual¹

Indicadores Físicos:	Indicadores Comportamentais*:
-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; - dificuldade de concentração e aprendizagem; - relutância em voltar para casa; - faltas frequentes 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.

*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.

15.3 Manejo dos casos

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

Frequentemente, o profissional de saúde se depara com situações de difícil diagnóstico e não sabe qual encaminhamento deve ser feito para os casos de violência. Sempre que possível, é importante que a avaliação seja feita por uma equipe multiprofissional, que pode compartilhar da decisão diante de cada caso^{1,7,9}.

Deve-se manter uma atitude de isenção e procurar esclarecer ou confirmar as suspeitas de violência sem julgamento de valores, acusação ou censura dos pais^{7,9}.

A identificação de alguém da família para acompanhar a criança ou o adolescente é fundamental. Sempre que possível, a avaliação da situação deve incluir o autor da violência e/ou os outros responsáveis do núcleo de convivência da criança⁸.

Antes de ser encaminhado ao CT é necessário que a equipe de saúde possa detalhar o caso através de uma boa anamnese. Os casos devem primeiramente ser notificados para o Conselho Tutelar da região onde serão definidos os demais encaminhamentos. O fato do caso tornar-se público, ou seja, ser divulgado ao serviço de saúde ou escola tende a ser um fator de proteção.

15.3.2 Acompanhar as famílias

A criança pode ser acompanhada e encaminhada para um serviço de referência especializado (ver listagem de serviços no capítulo de rede de saúde), mesmo depois da notificação, pois as funções dos Conselhos não substituem as da equipe de saúde no acompanhamento terapêutico de cada caso. Dependendo da gravidade da situação o caso permanecerá sendo atendido pela equipe de saúde.

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 mesmo pelo serviço especializado²⁵.

O Conselho Tutelar pode determinar a continuidade do atendimento pela equipe como medida protetiva.

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 saúde⁵. 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.

15.3.3 Notificação da violência

Situações de violência são “prá 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.

É importante orientar a família quanto ao seu papel de proteção, explicando as graves consequências da situação para o crescimento e desenvolvimento da criança.

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.

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. 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.

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. É fundamental que também se registre em prontuário dados de anamnese, relato de exames físico e complementar, e também uma cópia do relato ao CT, uma vez que o sistema judiciário poderá solicitá-los à unidade de saúde. 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^{3,7,9,24-28}.

15.3.3 Como notificar

1. Preencher a Ficha Individual de Notificação/Investigação Individual: Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais - VIVASINAN A ficha responde à Portaria MS/GM nº 104 de 25/01/11 que estabelece a violência como agravo em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. A ficha de notificação e o manual que orienta os profissionais quanto ao preenchimento e encaminhamentos estão disponível no site da SSC (acessar prefeitura/saude/vigilância/eventos vitais/publicações/violência)
2. Comunicar o fato ao Conselho Tutelar que atende a comunidade ou ao conselho tutelar de sua respectiva área de atuação por meio do envio de uma cópia da ficha junto ao relatório escrito descrevendo a situação de violência. Quando não há conselho tutelar próximo a ficha deve ser encaminhada para o Juizado da Infância e da Juventude ou para o Ministério Público. O relatório ao conselho tutelar deve detalhar os atendimentos realizados até o momento e podem tanto solicitar verificação da situação ou denúncia da situação.

3. A ficha deverá ser arquivada no serviço ou unidade de saúde que realizou a notificação para que fique disponível para consulta e novos encaminhamentos do caso.
4. Qualquer pessoa vítima ou testemunha de violência que necessite de orientação anônima pode utilizar o “disque- denúncia” no âmbito local ou discar 100 (Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes), é um serviço válido para todo o território nacional e pode ser acessado com uma ligação local. Este serviço recebe denúncias de violação de direitos humanos de crianças e adolescentes, presta orientações sobre serviços e redes de atendimento, defesa e proteção existentes.

15.4 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 mudanças⁵.

Em todas as oportunidades de atendimento, deve-se aproveitar para abordar/prevenir a violência, mas talvez o momento mais propício para este atendimento preventivo seja durante a atenção ao pré natal e puericultura desenvolvido pela equipe de saúde (consultas, VDs, grupos).

A força tarefa americana recomenda 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 relacionamento²⁹ [B].

. 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 consideradas²⁹.

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 mútua⁵.

O desenvolvimento de capacidades e habilidades encontra-se em destaque como estratégia a ser utilizada para reduzir as vulnerabilidades das pessoas em relação a todas as formas de violência³⁰. Neste sentido a visita domiciliar é de fundamental importância, pois o profissional de saúde interage no ambiente da família, facilitando o entendimento de diversas situações e com possibilidade de contextualizar melhor o problema³¹ [A].

Para que isto se faça possível é necessária a capacitação de toda equipe para a realização de visitas domiciliares.

Promoção de Vínculos e Fortalecimento da Resiliência

Resiliência é a capacidade de superar adversidades e lidar positivamente com situações difíceis que tem alto potencial de produzir sofrimento, como a violência por exemplo.

Para o fortalecimento da resiliência são fundamentais os vínculos afetivos sólidos, e uma boa rede de relacionamentos, que atuam como suporte, para que a pessoa reflita sobre a sua vida e encontre forças de superação. Com isto situações difíceis e obstáculos podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la. Pesquisas tem demonstrado o potencial de desenvolver resiliência no desenvolvimento dos seres humanos ao longo da vida. E este potencial deve ser reforçado desde infância. Está relacionado ao suporte e respeito mútuo proporcionado pela família, a capacidade de desenvolver-se com autonomia (autoestima positiva, autocontrole, temperamento afetuoso e flexível) e o apoio oferecido pelo ambiente social, amigos, professores, profissionais da saúde e outras pessoas significativas para o indivíduo ao longo da vida.³²

Atitudes dos profissionais de saúde para fortalecer a resiliência:

- Escutar o que a criança sente em situações difíceis;
- Permitir a expressão e sentimentos de tristeza, raiva e medo;
- Oferecer apoio para que a criança sinta-se segura;
- Incentivar iniciativas para busca de solução para os problemas;
- Estabelecer vínculo com as crianças e suas famílias

15.4.1 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 importantes³³.

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}.

É importante a preocupação com a criação de Programas de fortalecimento das famílias para que proporcionem ambiente seguro e acolhedor e desenvolvam capacidades em seus filhos³¹[C].

Pode-se pensar em grupos de pais ou cuidadores onde se possa discutir estratégias aos cuidados das crianças. Apoio às mães influencia uma resposta mais positiva às solicitações da criança e maior afetividade⁵.

No primeiro ano de vida, é fundamental a cada consulta ou visita o reforço do vínculo afetivo da criança com os pais ou cuidadores³⁴. 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 criança²⁴.

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 saúde⁵.

Grupo de amigos que promovam sentimento de pertencimento é um fator de proteção para crianças um pouco mais velhas^{5,7}.

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 consequências de comportamentos agressivos, formas de resolução não violenta de conflitos e o julgamento moral^{5,35}[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 escolar¹².

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.

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 criança³⁶.

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^{31,37}.

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-econômico³⁸[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, 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.

15.4.2 Fatores de vulnerabilidade para violência contra crianças

- Pais muito jovens, solteiros, de baixo nível sócio-econômico e tendo um dos parceiros menos tempo de estudo que o outro²³[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 social³⁹ [C]. Fatores que aumentam o nível de conflito e a capacidade de lidar com ele e encontrar apoio (perda de emprego, doenças)³⁹ [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 adolescentes³⁹[C].
- Criança com distúrbios psíquicos ou mentais² [C].

15.4.3 Fatores de vulnerabilidade 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 bebê⁴⁰.

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 prejudicado⁴⁰.

A promoção da saúde e de cultura de paz é de responsabilidade de todos e deve abranger ações coletivas, envolvendo instituições de educação e ensino, associações, grupos formais e informais, lideranças comunitárias e juvenis entre outro como parceiros fundamentais. As ações preventivas na comunidade são fundamentais para reduzir os riscos de violência e promover cultura de paz no território. A atuação mais eficaz é a que inclui e faz alianças com as comunidades tornando-se presente na vida das famílias.

Referências

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco**. Rio de Janeiro: ABRAPIA, 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 2012**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br/>>. Acesso em 05 mar. 2014.
5. SOUZA, E. R. (Org.) **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.
6. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Resultados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes VIVA- 2012**. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, 2014 Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_viva_2012_relatorio.pdf> Acesso em : 20 mar. 2014.
7. FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. **Violência intrafamiliar e atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **[Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências]**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente aos maus tratos na infância e adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2001.
10. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Didaticamente, quais e como são as formas mais comuns de maus tratos?** Rio de Janeiro: ABRAPIA, 2008 Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em: 20 jul. 2014
11. _____. **Reconhecendo os diferentes tipos de violência**. Rio de Janeiro: ABRAPIA, 2008. Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
12. ASSIS, S. G. (Org.) **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.
13. LOPES NETO, A. A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, S165, 2005. Suplemento.
14. BRASIL. Justiça do Trabalho. **Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. 1943. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-normaatualizada-pe.html>>. Acesso em 05 mar. 2014.
15. BARRETO, Margarida. **[Violência, saúde, trabalho: uma jornada de humilhações]**. São Paulo: EDUC; Fapesp, 2003.
16. BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. 1940. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em 05 mar. 2014.
17. AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Summary of recommendations for clinical preventive services: revision 6.5**. Leawood, oct, 2013. Disponível em: <http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf>. Acesso em 30 nov. 2013.
18. CADERNO de maus tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/cij/programas/apomt/textos_parceiros/ses_cadern_o_maustratos.doc>. Acesso em: 30 nov. 2013.

19. 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.
20. 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.
21. 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 2014.
22. 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.
23. 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.
24. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Postnatal care**: routine postnatal care of women and their babies. London, jul. 2006.
25. 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.
26. LIVI, L. K. **Ficha de notificação de violências**: manual de preenchimento. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.
27. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do sistema de informação sobre mortalidade**: relatório 2006. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sim_2006.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2014.
28. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **[Resultados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes VIVA/2012]**- Mortalidade por causas externas acidentes e violências. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_viva_2012_relatorio.pdf> Acesso em 14 maio 2014
29. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **[Sreening for family and intimate partner violence, topic page]**. January 2013. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspripv.htm>. Acesso em: 30 nov. 2013.
30. 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: 05/03/14.
31. MACMILLAN, H. L. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. **CMAJ**, Ottawa, v. 163, n. 11, nov. 2000. Disponível em: <http://ecmaj.com/cgi/content/full/163/11/1451>. 05/03/14.
32. ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2005.
33. CYRULNIK, B. **Os patinhos feios**. São Paulo: M. Fontes, 2004.
34. FALCETO, O. G. **A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento**. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS, 2002.
35. 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.
36. 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.
37. 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: 05 mar. 2014.

38. 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.
39. 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.
40. 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. **Anais**. São Paulo: Sociedade de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br/upload/441/Apostila%20parte%201.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

16. Rede social e direito das crianças

Agda Henk
Lúcia Silveira
Sônia Mendes

A promulgação da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8.069/1990) marca 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 adolescentes 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 da criança e do adolescente. Dessa forma, toda suspeita ou confirmação de violação desses direitos deve ser obrigatoriamente, notificada ao Conselho Tutelar conforme artigo 13 do ECA. 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 Juizado da Infância e da Juventude ou 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.

Estas redes estão organizadas em macro e microrregiões. As Unidades de Saúde fazem parte das microrregiões. 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. A proteção integral acontece através da constituição de uma metodologia interdisciplinar e interinstitucional de trabalho social. A intersetorialidade também deve ser efetiva diante da complexidade das ações. É importante observar que em Porto Alegre as regiões de atendimento dos Conselhos Tutelares e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) não são as mesmas utilizadas pela Secretaria de Saúde do Município, portanto as Unidades de Saúde podem ter sua região atendida por um ou mais Conselhos Tutelares e assim também em relação aos CRAS.

Em cada situação, é importante um trabalho que busque a identificação de estratégias e ações para proteção da criança e do adolescente, compatíveis com os recursos disponíveis (na família, nas instituições, na comunidade, etc.). Nas equipes de saúde estas ações não são objeto de trabalho de um ou outro profissional, devem fazer parte das ações de toda a equipe na garantia do atendimento integral as crianças e adolescentes.

É necessário buscar sempre o contato prévio com as instituições e pessoas que formarão a rede 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, notificando o Conselho Tutelar, responsabilizando-se pelo relato da suspeita e acompanhando a continuidade das ações desenvolvidas (ver maiores informações no capítulo 15 deste protocolo).

Consideradas as questões trazidas para a constituição da REDE SOCIAL de proteção à criança e ao adolescente, destacamos a seguir algumas instituições para o início do trabalho de articulação, diante de uma situação de risco identificada.

16.1 Conselhos Tutelar em Porto Alegre/RS

“... órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”¹.

Microrregião 1 (Ilhas, Humaitá e Navegantes)

Rua Dr. João Inácio, 549 – F: (51)3289-8498 /FAX: (51)3343-0676, ct1@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 2 (Sarandi/Norte)

Rua Maria Josefa da Fontoura, 424 – F: (51)3289-8466/FAX: (51)3364-8733, ct2@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 3 (Bom Jesus / Leste)

Rua São Felipe, 140 - F: (51)3289-8461/FAX: (51) 3381-5430, ct3@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 4 (Grande Partenon)

Rua Manoel Vitorino, 10 – F: (51) 3289-8455 3336-7571/FAX (51)3339-2233, ct4@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 5 (Cruzeiro, Glória e Cristal)

Rua Moab Caldas, 125 - F: (51) 3289-8488/8489 3232-4981/FAX: (51)3231-6620,

ct5@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 6 (Centro Sul / Sul e Extremo Sul)

Rua Eng. Coelho Parreira, 585 – F: (51) 32898440 32597141/32666572, ct6@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 7 (Restinga)

Rua Eugênio Rodrigues, 2249 - F: (51)3289-8472/3289-8308/FAX: (51)3250-1515,

ct7@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 8 (Centro)

Rua Giordano Bruno, 335 – F: (51) 3289-8484, ct8@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 9 (Lomba do Pinheiro e Agronomia)

Estrada João de Oliveira Remião, 5450 – F:(51) 3289-8452/3315-4099, ct9@smgl.prefpoa.com.br

Microrregião 10 (Eixo Baltazar / Nordeste)

Av. Baltazar de Oliveira Garcia, 2132 - F: (51) 3289-8452 / Fax: (51) 33154099, ct10@smgl.prefpoa.com.br

O Plantão Centralizado do Conselho Tutelar em feriados e finais de semana, também funciona na microrregião 8; F: (51) 3289-8485, 3289-8486 e 3289-8487/Fax: (51)32265788

Corregedoria dos Conselhos Tutelares de Porto Alegre

Tv Francisco Leonardo Truda, 40 - 14º andar – F:(51)32214508, corregedoriact@smgl.prefpoa.com.br

Atende dúvidas e/ou denúncia quanto à atuação dos Conselheiros no desempenho das suas atribuições.

16.2 Políticas Nacionais de Assistência Social (PNAS)

É uma política que, juntamente com as políticas setoriais, considera as desigualdades sócio-territoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender à sociedade e à universalização dos direitos sociais. O público dessa política são os cidadãos e grupos que se encontram em situações de risco. Ela significa garantir a todos, que dela necessitam, e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção.

Constitui o público usuário da PNAS, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

A Proteção Social é hierarquizada em Básica e Especial (Média e Alta Complexidade). Em Porto Alegre a PNAS é executada pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), departamento da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

16.2.1 Proteção Social Básica

A Proteção Social Básica tem um caráter preventivo e é desenvolvida nos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

No CRAS são oferecidos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos organizados em torno do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF). Previnem a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes e oportuniza o acesso às informações sobre direitos e participação cidadã. Ocorrem por meio do trabalho em grupos ou coletivos e organizam-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

Alguns programas e serviços da rede básica de prevenção e promoção desenvolvidos no CRAS que tem relação com o atendimento a criança: Programa Bolsa Família (PBF), Serviço de Apoio Socioeducativo em meio aberto (Sase).

Sase

Atende crianças e adolescentes de 06 a 14 anos de todas as regiões da cidade.

Além do apoio socioeducativo, garante proteção social para crianças vulneráveis econômica e socialmente. É desenvolvido no turno inverso ao da escola, oferecendo alimentação, apoio pedagógico e psicossocial e, quando necessário, encaminhamento aos serviços de saúde.

Programa Bolsa Família

É executado junto ao CRAS, é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país, que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos na área da saúde e educação, com a finalidade de reforçar o acesso das famílias em situação de pobreza aos direitos sociais básicos: saúde, educação, alimentação e assistência social.

O Programa Bolsa Família possui três eixos principais:

- a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza;
- as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social;
- as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

Endereços CRAS Porto Alegre:

1. Restinga / Extremo Sul

CRAS RESTINGA - Rua Economista Nilo Wülff, s/ nº - F: (51)32501115 32506700

CRAS EXTREMO SUL - Rua Gumercindo de Oliveira, nº 23 – F: (51)33468709

CRAS RESTINGA 5ª UNIDADE - Rua N 2, 20 – 5ª Unidade – F: (51)32508302

2. Leste

CRAS LESTE I - Rua São Domingos, 79 – F: (51)33344238 33877382

CRAS LESTE II - Rua Reverendo Daniel Betts, 319, F: (51)33872902

3. Sul / Centro-Sul

CRAS CENTRO-SUL - Rua Arroio Grande, 50 –F: (51)32494343 32426225

CRAS HÍPICA - Geraldo Tollens Link, 235 –F: (51)32683163

CRAS SUL - Avenida Serraria, 1145 –F: (51)32487241

4. Norte / Noroeste

CRAS NOROESTE - Rua Irene Capponi Santiago, 290 –F: (51)33414607 33623047

CRAS NORTE - Rua Paulo Gomes de Oliveira, 200 –F: (51)33641194

CRAS SANTA ROSA - Rua Abelino Nicolau de Almeida, 330 –F: (51)33676279

5. Glória / Cruzeiro / Cristal

CRAS GLÓRIA - Rua Cel. Neves, 555 –F: (51)32235083 32177098

CRAS CRISTAL - Rua Curupaiti, 27 –F: (51)32424930

CRAS CRUZEIRO - Avenida Niterói, 36 –F: (51)3219-7979 32099013

6. Lomba do Pinheiro

CRAS LOMBA DO PINHEIRO - Rua Jaime Rollemberg de Lima, 108 – F: (51)33191156 33193155

7. Partenon

CRAS PARTENON - Rua Barão do Amazonas, 1959 - F: (51)33842122

8. Eixo Baltazar / Nordeste

CRAS BÁRBARA MAIX EIXO-BALTAZAR - Rua Josefa Barreto, 150 –F: (51)33641166 33651341

CRAS NORDESTE - Rua Martin Felix Berta, 2357 – F: (51)33876209 32894693

CRAS TIMBAÚVA - Irmão Faustino João, 89– F: (51)33661011

9. Centro / Ilhas / Humaitá / Navegantes

CRAS CENTRO - Rua Sebastião Leão, 273 – F: (51)32895049 32895048

CRAS ILHAS - Rua da Cruz , 5– F: (51)32031583

CRAS VILA FARRAPOS - Rua Maria Trindade, 115 – F: (51)33744420

16.2.2 Proteção Social Especial de Média Complexidade

No Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) são desenvolvidas ações de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade atua com natureza protetiva. Atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares não foram rompidos.

Alguns programas da média complexidade para crianças e adolescentes encontrado no CREAS:

- Atendimento à adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa aplicadas pela justiça , através do Programa de Execução de Medidas Sócio Educativas em Meio Aberto (Pemse).
- Atendimento à crianças e adolescentes em situação de rua (Ação Rua).
- Orientação e encaminhamento de crianças e adolescentes com deficiência e suas famílias para acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC.

Benefício de Prestação Continuada – BPC

O BPC constitui uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, tendo sido um direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado a partir da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), dirigido às pessoas com deficiência (de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas) e aos idosos a partir de 65 anos de idade, observado, para acesso, o critério de renda previsto na Lei. Tal direito à renda se constituiu como efetiva provisão que traduziu o princípio da certeza na assistência social, como política não contributiva de responsabilidade do Estado. Trata-se de prestação direta de competência do Governo Federal, presente em todos os Municípios. No caso de crianças ou adolescentes portadores de deficiência, o responsável encaminha a solicitação do benefício. A operacionalização do BPC para pessoas deficientes é realizada pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), apesar de ser um benefício garantido pela LOAS.

Endereços CREAS Porto Alegre:

CREAS RESTINGA / EXTREMO SUL

Avenida Macedônia, 1000 – F: (51)32595999

CREAS LESTE

Rua Porto Seguro, 261 - F: (51)33404866

CREAS SUL / CENTRO-SUL

Rua Tito Marques Fernandes, 409 –F: (51)32422628

CREAS NORTE / NOROESTE

Rua Paulo Gomes de Oliveira, 200 – F: (51)33646671

CREAS GCCRISTAL

Rua General Gomes Carneiro, 481 –F: (51)32193496

CREAS LP

Rua Gervásio Braga Pinheiro, 642 – Parada 16 –F: (51)33190191

CREAS PARTENON

Rua Everaldo Marques da Silva, 12 - F: (51)32894694 32894695

CREAS EIXO - BALTAZAR / NORDESTE

Rua Petronilla Cogo, 34 – F: (51)33442364

CREAS CENTRO/ILHAS/HUMAITÁ/NAVEGANTES

Tv do Carmo, 50 –F: (51)32894995 32894994

16.2.3 Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Oferecem atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem.

Alguns serviços para crianças e adolescentes que compõem a alta complexidade:

- Serviço de Acolhimento Institucional (que poderá ser desenvolvido nas modalidades de abrigo institucional, casa-lar, casa de passagem ou residência inclusiva);
- Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora.

16.3 Outros recursos importantes da rede

A **Equipe Especializada para Criança e do Adolescente (EESCA)** desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança e do adolescente escolar. Quando há necessidade de consulta com especialistas, os estudantes são encaminhados pelos Conselhos Tutelares, Unidades de Saúde e/ou escolas para o EESCA - Especializado, no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

EESCA Norte/Eixo-Baltazar

Av Assis Brasil, 6615, F: (51)33643053

EESCA Restinga/ Extremo-Sul

EESCA Nordeste/ Humaitá/ Ilhas

Rua 3 de Abril, 90 - F: (51)32893459 32893464

EESCA Centro

EESCA Sul/Centro-Sul

EESCA Glória/ Cruzeiro/ Cristal

EESCA Leste/ Nordeste

Rua Nazareth, 570 F: (51)33813325

EESCA Lomba do Pinheiro/ Partenon

Juizado da Infância e Juventude - manutenção do vínculo e adoção.

Rua Márcio Luis Veras Vidor, 10, 10 andar F: (51)3210 6550 32106944

Delegacia Especializada da Criança e do Adolescente - DECA

Rua Augusto de Carvalho, 2000, – Centro F: (51)21315711 21315712 - plantão 32861928.

**Ministério Público/Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude –
Articulação/Proteção**

Avenida Aureliano Pinto de Figueiredo, nº 80, Praia de Belas, Porto Alegre. F (51)32951384.
pjj@mp.rs.gov.br

Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil – CRAI

Av. Independência, 661, F: (51)32893000 32893357 32893367

Presta atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência e/ou abuso sexual. 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 e avaliação clínica até o encaminhamento para tratamento terapêutico na rede de saúde do município de origem da vítima.

As situações de suspeita de violência e/ou abuso sexual devem ser encaminhadas ao Conselho Tutelar que posteriormente encaminhará ao CRAI.

**Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas
Portadoras de Deficiência e Altas Habilidades no Rio Grande do Sul**

Rua Duque de Caxias, 418 -Porto Alegre/ RS F:(51)32876500.

Neste local funciona um serviço de acolhimento, que deve ser a como porta de entrada para os demais serviços vinculados a FADERS faders@faders.rs.gov.br www.faders.rs.gov.br

A 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, que atendem crianças e adolescentes em todo o Estado. Citaremos alguns:

Centro de Avaliação, Diagnóstico e Estimulação Precoce CADEP

Rua Morretes, 222 - F: (51)33451186 3362-5822 (Gabinete Odontológico)

Tem por finalidade triar, avaliar, diagnosticar e tratar pessoas com deficiência, na faixa etária de zero a treze anos e onze meses (inclui dificuldade de aprendizagem, repetência escolar).

Centro de Integração da Criança Especial - KINDER

Rua Marcone, 421- F: (51)33220522

institucional@kindernet.org.br kinder@kindernet.org.br www.kindernet.org.br

Oferece atendimento interdisciplinar a bebês, crianças e adolescentes portadores de deficiências múltiplas, sem condições financeiras.

Associação de Assistência à Criança Deficiente- AACD

Rua Prof. Cristiano Fischer, 1510– F:(51)33822200

www.aacd-rs.org.br aacdrs@aacd.org.br

A missão é tratar, reabilitar e reintegrar à sociedade crianças, adolescentes e adultos portadores de deficiência física.

Centro de Reabilitação de Porto Alegre – CEREPAL

Rua Brigadeiro Oliveira Nery, 100, F: (51)33372045 33429753 33437586

cerepal@cerepal.org.br e www.faders.rs.gov.br/recursos/886

Oferece atendimento a crianças e adolescentes com deficiências através do atendimento multidisciplinar, objetivando o seu máximo desenvolvimento (potencial), possibilitando a sua independência e integração na sociedade.

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE

Rua Uruguai, 300/14º andar F:(51)32244645 apaeportoalegre@terra.com.br ou apae.poa@terra.com.br

Passe livre – Deficiência Mental

Galeria do Rosário - Rua Vigário José Inácio, 372 sala 1415 e 1416- 14º andar -F: (51)32245029 c/ Silvana

Documentos necessários (originais e cópias): RG, CPF, comprovante de residência e o atestado médico da deficiência mental, com CID.

Observações: Os documentos acima solicitados deverão ser da criança e do acompanhante, fotos e documentos atualizados e legíveis para preencher o formulário (encaminhado à EPTC.)

Próteses e órteses em geral

Rua 3 de Abril, 90 – Passo da Areia Fone: (51)32893459 32893464

Unidades básicas e/ou ESF encaminham para especialista (Otorrinolaringologia) que realiza audiometria e faz a solicitação da prótese se necessário.

Os usuários podem se inscrever no Centro de Saúde IAPI, quando for indicado pelo Otorrinologista e, no interior, nas secretarias municipais de Saúde para o recebimento de próteses auditivas.

Os serviços da FADERS também realizam estes encaminhamentos.

16.4 Rede Especializada em Saúde Mental para Criança e Adolescente

O acesso aos serviços, exceto serviço de emergência psiquiátrica, ocorre através de encaminhamento da rede básica de saúde. O atendimento especializado de saúde mental para crianças e adolescentes acontece nos Centro de Atenção Psicossociais Infantis (CAPS I)

CAPS Infância/Adolescência (Hospital N S da Conceição)

Rua Dom Diogo de Souza 429 F:(51) 33661429

CAPS Infância/Adolescência (Hospital Clínicas de PA)

Rua Ramiro Barcelos 2550 F:(51)21018710

CAPS Infância e Adolescência (Casa Harmonia)

Av Loureiro da Silva 1995, F: (51) 32892836 e 32892690

Plantão de Emergência em Saúde Mental (Vila dos Comerciantes)

Rua Professor Manoel Lobato 151, F: (51)32894067 e 32894008

Plantão de Emergência em Saúde Mental (IAPI)

Rua 3 de Abril 90, F: (51)32893400

Ambulatórios e Equipes de Saúde Mental (por Gerências Distritais – GD)

GD GCC - Equipe de Infância/Adolescência

Rua Manoel Lobato 151 - Vila Cruzeiro Fone: (51)32894065

GD SCS - Equipe Infância/Adolescência

Rua Abolição 850 – Fone: (51)32505635

GD NORTE EIXO DA BALTAZAR - Equipe de Infância/Adolescência

Av Assis Brasil 6615 F (51)33642744

GD LESTE NO - Equipe de Infância/Adolescência

Rua Nazareth 570 F: (51) 33813325

GD PLP - Equipe de Infância/Adolescência

Av Bento Gonçalves 3722 F: (51)32895523

GDR - Equipe de Infância/Adolescência

Rua Abolição 850 –F: (51)32617793

GD NHN ILHAS - Equipe de Infância/Adolescência

Rua 3 de Abril 90 - F: (51)32893459 e 32893464

Referências

1. BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
2. PORTO ALEGRE. Prefeitura municipal. **Conselhos tutelares**. 2014. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/conselhos_tutelares>. Acesso em: 11 abr. 2014.
3. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Serviços de média complexidade**. 2014. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/mediacomplexidade>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

17. Atenção em pediatria e hebiatria no Hospital Criança Conceição

Fernando Anschau
Jacqueline Webster

A base do SUS nos remete a atenção a todos os níveis de atendimento, com as mais variadas ações, trazendo consigo a proposta da humanização dos processos aliada à responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, construindo uma relação de confiança com o usuário do sistema. Este padrão é gerado pelo empenho em solucionar os problemas encontrados através do conhecimento concreto da realidade de saúde de cada localidade, partindo, então, para a construção de práticas efetivas e resolutivas visando à integralidade da atenção em todos os níveis de densidade tecnológica.¹

Desta forma o Hospital Criança Conceição (HCC) funciona como um hospital geral pediátrico realizando atendimentos na Emergência 24 horas, Ambulatório de Especialidades e Internação Hospitalar. Tendo como diretrizes as preconizadas pelo SUS e sendo a melhoria na qualidade da atenção o mote que impulsiona as ações em saúde em âmbito hospitalar citamos abaixo os serviços disponibilizados aos pacientes e cuidadores que permeiam este ambiente.²⁻³

Há de ser ressaltado que o cuidado para com nossos pacientes traz a necessidade também de o ser para e com os seus pais e responsáveis legais. O acompanhante no hospital pediátrico assume papel para além do acompanhamento, compartilhando o cuidado ao paciente com a equipe assistencial. O papel formativo das ações em saúde ao cuidador, tanto do âmbito preventivo aos determinantes da condição de saúde da criança e do adolescente quanto das ações terapêuticas para com a doença que trouxe ao atendimento no HCC, são de extrema relevância à qualificação da assistência e às próprias condições de saúde dos pacientes.^{2,4}

O HCC conta com Serviço Social no seu rol de serviços, atuando no diagnóstico e intervenção nas áreas de vulnerabilidade social das famílias das crianças e adolescentes internados e que buscam atendimento nos nossos ambulatorios. O Serviço Social é um bom exemplo de trabalho conjunto, que busca medidas protetivas que incentivem e resgatem os direitos e a cidadania, bem como, o bem estar físico e psicossocial dos pacientes e seus familiares. Este serviço se utiliza de estratégias de intervenção que privilegiam o atendimento interdisciplinar e intersetorial, promovendo a intermediação tanto entre usuários e demais equipes do HCC, quanto destes com outras instituições (Conselhos Tutelares, Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude, rede assistencial e outros).⁵⁻⁷

O mundo da criança é diferente do adulto por diversos aspectos; alguns nos trazem o imaginário e a visão do mundo infantil e outros nos apontam para especificidades do desenvolvimento físico, afetivo, cognitivo e psicomotor de cada etapa do crescimento. Atentos a estes aspectos, além de considerar outros pontuais sobre os cuidados em ambientes hospitalares e sobre as diversidades e características de certos tipos de doenças e condições de saúde – como o câncer e o diabetes, ou a prematuridade, por exemplo - o HCC conta com setores e equipes especializadas no atendimento de crianças nas suas diversas faixas etárias e diversas condições de saúde. Ainda devemos ressaltar que, pelos aspectos acima mencionados, são necessárias ações e atitudes de apoio às equipes, aos pacientes e aos seus cuidadores, de relevância ao processo de saúde que também são propostas dentro

do HCC (a exemplo de projetos como o Mamãe Pinta e Borda, bem como de parcerias com organizações não governamentais como o Saúde Criança).

17.1 Setores e Serviços – assistência indireta aos usuários

O atendimento a crianças e adolescentes em ambiente hospitalar também traz a necessidade organizacional de serviços e setores que – apesar de estarem focados na qualidade da assistência à saúde – não o fazem diretamente com os usuários. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no HCC por exemplo, realiza atividades de apoio aos profissionais, vigilância da ocorrência de casos de infecção, buscando determinar as suas causas e orientar medidas para evitar a disseminação, além de prestar assessoria técnica aos diversos setores do HCC (Higienização, Enfermagem, Equipe Médica, etc) sobre materiais de uso hospitalar, processos de limpeza e esterilização de materiais e equipamentos, leitos de isolamentos, resultados de exames microbiológicos assim como as medidas necessárias a serem realizadas nos cuidados com os pacientes visando a máxima segurança possível. O SCIH também acompanha os controles bacteriológicos das caixas d'água e controle de pragas e vetores além de realizar capacitações para funcionários, discussões científicas e elaboração de materiais informativos aos usuários e profissionais.

Outro serviço que também segue este direcionamento da assistência indireta é o Gerenciamento de Risco HCC (GR HCC), uma comissão multidisciplinar que se preocupa com a qualidade do serviço prestado e a segurança do paciente. O GRHCC se reúne regularmente para discutir os eventos adversos notificados pelos profissionais da saúde, através da Rede Sentinela (farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e processo de cuidado) e para propor soluções e melhorias em cada um dos aspectos apontados nas notificações.

Todo o gerenciamento administrativo do hospital, considerando as questões de abastecimento de insumos (medicamentos, materiais médicos, rouparia, etc...), as questões de recursos humanos e segurança do ambiente hospitalar, faz com que o HCC necessite de setores de gestão específicos. Neste contexto a Gerência de Administração conta com profissionais que atuam em diversos setores do hospital, realizando apoio administrativo aos pacientes, médicos, enfermagem e demais profissionais da saúde, exercem um papel importante no auxílio da organização de documentos, hospitalizações, orientações aos usuários, marcação de consultas, exames e cirurgias, visando um atendimento de qualidade. Ainda dentro desta gerência a equipe de manutenção faz a adequação das áreas, promovendo a melhoria do ambiente hospitalar, executa reparos e pequenas reformas em todo o hospital, preservando a integridade dos pacientes e seus familiares.

17.2 Setores e Serviços – assistência direta aos usuários e cuidadores

17.2.1 Ambulatório de especialidades

O HCC, além de suas unidades de internação, possui ambulatórios de especialidades cujo atendimento é composto por diversos serviços direcionados às crianças e adolescentes como a Pediatria, Pneumologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Fonoaudiologia, Otorrinolaringologia, Odontologia Hospitalar, Psicologia, Reumatologia, Serviço Social, Urologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Enfermagem, Imunologia, Nefrologia, Neurologia,

Neurocirurgia, Nutrição, Nutrologia, Oftalmologia, Hebiatria, Traumatologia Ortopedia, Hematologia e Oncologia. Neste ambiente, bem como nas unidades de internação, diversos exames laboratoriais e de imagem são realizados através dos laboratórios do GHC ou do serviço de Imagem e Diagnóstico do próprio HCC.⁵

17.2.2 Projeto Desenvolver - seguimento de egressos da UTI neonatal

O Projeto de Desenvolver do HCC atende a nível ambulatorial todos os pacientes Egressos da UTI Neonatal com peso de nascimento inferior a 1500g e/ou Idade gestacional menor que 34 semanas, atendidos em sua totalidade por Pediatra Neonatologista. O agendamento da primeira consulta acontece no momento da alta hospitalar, sendo que esta deve ser entre 3 e 7 dias, a segunda ocorre 15 dias após, ou antes, se houver indicação clínica. Durante o primeiro ano de vida as consultas são mensais e a partir de 1 ano de 2 em 2 meses. É utilizada sempre a Idade Corrigida: IC = idade cronológica – (40 semanas - idade gestacional ao nascimento). Neste ambulatório há acompanhamento específico com Terapeuta Ocupacional, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutricionista e Neurologia, além das demais especialidades ambulatoriais do HCC.

17.2.3 Recreação terapêutica

A Recreação Terapêutica é o serviço de ludoterapia oferecido aos pacientes internados no HCC. Ela existe há mais de 15 anos e, desde 2005 é amparado pela lei federal 11.104 que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca em unidades de internação pediátrica.

Os atendimentos são realizados em uma sala planejada para o público infantil com mobiliário adequado e piso emborrachado visando à segurança dos pacientes. A localização da sala, no térreo do Hospital, é voltada para o jardim interno do HCC e do HNSC, contribuindo para a diminuição dos estados ansiogênicos tão comuns durante a internação pediátrica. O serviço está organizado no modelo de grupoterapia dividido por unidades de internação e realiza abordagens individuais junto ao leito através de consultoria solicitada.

A Recreação Terapêutica trabalha com abordagem em Arte e Educação tendo como foco os processos criativos da criança. Este viés de atendimento psicoterápico busca ativar mananciais saudáveis no sujeito mesmo dentro do processo de adoecimento, e com isto, fortalecer o ego da criança buscando um melhor enfrentamento da situação de crise. O serviço é organizado e supervisionado pelo Técnico em Educação.

17.2.4 Programa do voluntariado

No HCC o foco de atuação dos voluntários provenientes do Programa de Voluntariados Pela Vida é o serviço de Recreação Terapêutica. Hoje, cerca de 25 voluntários, quase em sua totalidade provenientes de áreas como: enfermagem, odontologia, psicologia, pedagogia e psicopedagogia; estando distribuídos em escala de um turno semanal visando o suporte aos programas de ludoterapia desenvolvidos pelo serviço.

A opção por essas áreas vai ao encontro do objetivo central do serviço, que é dar ampla assistência aos diferentes aspectos que compõem o desenvolvimento humano.

Hoje, o Serviço de Voluntariado é o principal braço amigo que compõe o HCC, tornando assim a internação mais humanizada e reforçando de forma clara o preceito de construção social e coletiva no qual se apóia o SUS.

17.2.5 Odontologia hospitalar

Odontologia Hospitalar pode ser conceituado como uma prática que visa atendimento clínico-odontológico a pacientes com necessidades e/ou condições especiais em ambiente hospitalar. É uma área da odontologia que atua integrada ao hospital, em equipes multidisciplinares.

No Serviço de Odontologia Hospitalar - HCC são realizados atendimento:

À Internação: avaliações, atendimentos e consultorias em pacientes internados de que apresentam complicações sistêmicas associadas necessidades odontológicas, em ambulatório de especialidades e em bloco cirúrgico sob anestesia geral. O Serviço atende a todas as Unidades do HCC e Berçário do HNSC.

À Pacientes Externos: são atendidos os pacientes encaminhados pela Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE-POA) e egresso da internação que apresentam complicações sistêmicas, associados à necessidade de resolubilidade odontológica em sessão única, em pacientes de zero até 12 anos 11 meses e 29 dias, sob anestesia geral, em centro cirúrgico.⁸

17.2.6 Grupo de familiares das crianças do GAAP

O Grupo de Atenção à Aids Pediátrica, GAAP, atua desde 1994 prestando atendimento às crianças expostas e portadoras do vírus do HIV. As atividades desenvolvem-se nos dias úteis, das 14 horas às 17 horas em consultórios do Ambulatório de Pediatria do HCC. Como centro de referência para o atendimento de crianças soropositivas o GAAP foi incluído no Programa de Residência Médica em Pediatria do GHC.

O GAAP tem duas vertentes: uma assistencial, responsável pelo acompanhamento das crianças soropositivos e seus familiares, através de consultas mensais, disponibilização de medicamentos antirretrovirais e controle periódico laboratorial; e outra de pesquisa.

O Serviço é prestado por médico pediatra e médico residente. Os pacientes também recebem o atendimento profilático e terapêutico de um odontólogo, possuem acesso a todas as especialidades ambulatoriais do HCC. Estes pacientes por suas características de imunodeficiência, são mais vulneráveis aos episódios de doenças oportunistas.

17.2.7 Mamãe pinta e borda

Mamãe Pinta e Borda é um Programa realizado no Hospital da Criança Conceição destinada a mães de pacientes atendidos/internados na instituição. As atividades desenvolvidas objetivam a diminuição do estresse sofrido por estas mulheres quando da internação de seus filhos e estímulo a produção de peças artesanais que venham a permitir incremento de renda, além de promover a escuta e discutir questões referentes a mulheres (direitos, violência doméstica), com profissionais especialistas nas áreas.

Este é desenvolvido dentro da unidade hospitalar, com o objetivo de inclusão social/econômica de mães e pacientes internados-atendidos no HCC. Estimular a criação de objetos de arte, fazer da

escuta uma aliada na solução de problemas, é um caminho a ser trilhado. Estimular essas mulheres na busca de soluções simples para problema de renda é um desafio.

17.2.8 Projeto classe hospitalar

A classe hospitalar é uma modalidade educacional que tem como objetivo, atender crianças que, devido as suas condições de saúde, estejam hospitalizadas para tratamento médico e conseqüentemente longe da sua rotina escolar e familiar. Com a classe hospitalar, resgatamos um pouco da rotina da criança, o que poderá inclusive auxiliar no tratamento e elevação da auto-estima, a fim de colaborar com o desenvolvimento de aspectos sócio-cognitivos, psicológicos e culturais. Esta modalidade educacional possibilita fazermos uma ligação deste paciente com o mundo lá fora, bem como prepará-lo para retornar a sua rotina escolar e familiar.

A abordagem pedagógica no leito hospitalar é também um instrumento que suavizará os traumas de uma internação, causadas pelo distanciamento da criança de sua rotina, inclusive a escolar, proporcionando uma mudança nos padrões do Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente dos hospitais públicos, qualificando as relações interpessoais, valorizando o ser humano, a fim de atendê-lo na sua integralidade. Este projeto tem como objetivo oferecer atendimento pedagógico educacional a crianças em idade escolar que estejam internados ou em tratamento ambulatorial.

17.2.9 Programa de internação domiciliar infantil – PADI

O PADI é um serviço de internação domiciliar do GHC para acompanhamento de pacientes em idade Infantil após alta hospitalar que podem continuar o tratamento em casa, em que o cuidador e/ou paciente são treinados para isso.

17.2.10 Linha de cuidado do adolescente

A Linha de Cuidado do Adolescente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), foi implantada em 2009, visa, por meio da atenção multiprofissional, envolver profissionais da saúde e da educação, instituições públicas e da sociedade civil na busca da prevenção, cura, melhora ou estabilização de doenças e problemáticas que se manifestam nesse período da vida. Prioriza o acolhimento por qualquer profissional da linha, como fundamental ferramenta do atendimento.

Os pacientes são atendidos através de encaminhamento dos postos de saúde, egressos, procedentes da emergência e oriundo da internação. Os Serviços de Adolescentes do HCC e do HNSC são integradas tanto ao nível de ambulatório como de internação. Em 2012 o HCC passou a ter uma unidade de internação clínica para o atendimento exclusivo dos adolescentes com 08 leitos tendo uma medica especialista em hebiatria como responsável pela unidade. O serviço tem uma abordagem multidisciplinar com profissionais da psicologia, nutrição, serviço social, psiquiatria e educador, entre outras.

17.2.11 Centro de reabilitação de anomalias craniofaciais - CERAC

O Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Fissura Lábiopalatina é a anomalia craniofacial predominante nos pacientes atendidos pelo CERAC, acomete as estruturas do sistema sensório-motor-oral, mais especificamente lábios, palato e estruturas musculares adjacentes.

Os pacientes em reabilitação neste serviço freqüentam sistematicamente o ambulatório com atendimentos interdisciplinares (Cirurgia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Ortodontia, Serviço Social, Otorrinolaringologia, Psicologia, Genética), bem como grupo de pais e cuidadores.

Desde 2008, o CERAC realiza atendimentos interdisciplinares através portaria nº 84/07 GHC. Os agendamentos são realizados através das Unidades básicas de Saúde dos municípios das regiões Metropolitana, Serra e Sul, via Central de Marcação de Consultas e Exames.

17.2.12 Grupo interdisciplinar de pacientes da oncologia e hematologia

O Serviço de Onco-hematologia pediátrica do Hospital da Criança Conceição dispõe de duas modalidades de atendimento: ambulatorial e hospitalar. São atendidas crianças nas especialidades de oncologia (tumores da infância, leucemias e linfomas) e hematologia (anemias, púrpuras, doença falciforme, entre outras). A equipe médica é composta por: hematologista, oncologista, pediatras e serviço de apoio como nutrição, fisioterapia, odontologia, psicologia, serviço social, pedagogia, técnico em educação, auxiliares administrativos, entre outros.

O serviço possui ainda espaço de convivência e acolhimento que oportuniza a formação de vínculo entre familiares e equipe, a troca de experiências, esclarecimentos e manejo durante o tratamento. Busca-se oportunizar momentos de relaxamento e diversão; alternativas para lidar com o estresse; promover atitudes positivas frente o tratamento; esclarecer dúvidas quanto à rotina hospitalar/ambulatorial; buscar estratégias para o fortalecimento do vínculo e interação familiar/paciente; oportunizar aprendizagens e convívio entre familiares.

17.2.13 Grupo de apoio aos pais da UTI neonatal

Na Uti-neonatal do HCC a equipe é capacitada para fornecer orientações e dar apoio às mães, para isso, conta com métodos mundialmente conhecidos como o Incentivo ao aleitamento materno e o Método Mãe Canguru.

Desde a primeira visita ao recém-nascido a mãe é informada sobre os benefícios do aleitamento materno e as formas para esgotar, armazenamento e transporte do leite materno. A mãe é incluída como participante na recuperação e no desenvolvimento saudável do bebê.

O Método Mãe Canguru é iniciado de forma precoce nos bebês que apresentam estabilidade clínica e se incluem nos critérios estabelecidos para, pois, o contato pele a pele entre a mãe e seu bebê permite maior participação dos pais no cuidado ao recém-nascido, promovendo o aleitamento materno e o ganho de peso, reduzindo o tempo de hospitalização e melhorando o desenvolvimento de forma global.

17.2.14 Instituto da criança com diabetes

Com o slogan “Aqui se aprende a vencer”, nasceu o Instituto da Criança com Diabetes, entidade privada, sem fins econômicos, para prestar atendimento aos pacientes, através do trinômio Educação em Diabetes, Tratamento (com acesso a novas tecnologias) e Assistência Social nas modalidades Hospital-Dia, Ambulatório e *Hot-Line*. Nossa luta diária junto aos pacientes e às famílias é para uma vida livre das complicações decorrentes do diabetes, através do melhor controle da doença e da redução de internações hospitalares.

Para isso, são fundamentais no tratamento a aplicação de insulina e também a educação em diabetes, promovendo mudança de atitude internamente, tornando os pacientes ativos no controle do

diabetes e preservando-os de hospitalizações por complicações agudas como hipoglicemia (queda de açúcar no sangue) e hiperglicemia (elevação de açúcar no sangue) e das complicações crônicas decorrentes da doença.

Para as crianças e adolescentes com diabetes e suas famílias, a educação é sinônimo de prevenção e, principalmente, de vida e de um futuro com saúde.

Referências

1. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações**. 2014. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informaçõesGerais.jsf;jsessionid=3276F094DD9034DAD6E35DE8BD4C8649.node1#2>>. Acesso em: 23 mar. 2014.
2. CECÍLIO, L. C. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 293-319.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
4. MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2003. p.197-210.
5. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.
6. BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 mar. 2014.
7. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.
8. WEBSTER, J.; RIZZOTTO, J. M. **Projeto de intervenção em serviço**: organização e sistematização do serviço de odontologia em ambiente hospitalar. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Hospitalar)-Grupo Hospitalar Conceição/ Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2010.

18. 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 viemos 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. Nascemos com competências de atrair os outros, mas os outros também precisam desfazer suas decepções em outro lugar que não seja o nosso nascimento. Facilitar tais processos também é promover saúde.

Há outros aspectos das interações. Sabemos que a angústia do outro sempre nos contamina, num contexto evocativo presente. Sabemos que temos dificuldades de tolerar o que não sabemos. E que é preciso acolher para espargir tudo isso e criar um clima favorável para o desenvolvimento. Temos outro grande desafio como pais ou como comunidade: viajar do imprescindível ao prescindível, da ilusão à desilusão. Também aqui não há regras, mas, outra vez, as qualidades da interação ajudam: poder olhar, tocar e... sobretudo, poder narrar, contar. E, sobretudo outra vez, poder brincar.

Brincar é encontrar sentidos, é reparar, ouçamos outro poeta

Andorinha lá fora está dizendo:

- "Passei o dia à toa à toa!"

Andorinha, andorinha, minha cantiga é mais triste!

Passei a vida à toa à toa...

(Manuel Bandeira, Andorinha)

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 outro 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

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 recriação do homem**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.



www.ghc.com.br