

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



33



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



Ministério da
Saúde



Brasília – DF
2012

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

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

SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Cadernos de Atenção Básica, nº 33

Brasília – DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

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

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium, bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-9090 / 3315-9044
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br

Editor geral

Hêider Aurélio Pinto

Coordenação técnica geral

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

Colaboradores

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

Letícia Wolff Garcez
Lisiane Devinar Perico
Lúcia Takimi
Marcos Antonio Trajano
Margaret Ivanir Schneider
Maria Amália Vidal
Maria de Lurdes Magalhães
Maristela C. Tamborindéguy França
Maria Lucia Medeiros Lenz
Michael Yari
Nina Tereza Brina
Paulo Vicente Bonilha Almeida
Paulyne Cavalcanti
Reinaldo Mota
Ricardo Ghelman
Rosmére Lasta
Rui Flores
Simone Bertoni
Sílvia Maria Franco Freire

Coordenação editorial

Antônio Sérgio de Freitas Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva

Revisão técnica geral

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

Normalização

Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Editora MS

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

Revisão: Paulo Henrique de Castro e Faria
Normalização: Cláudio Oliveira
Diagramação e arte-final: Kátia Barbosa de Oliveira
Supervisão técnica: Mara Soares Pamplona
Marcia Medrado Abrantes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

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

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

272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 33)

ISBN 978-85-334-1970-4

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

CDU 614-053.2

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

Títulos para indexação

Em inglês: Child health: growth and development

Em espanhol: Salud infantil: crecimiento y desarrollo

LISTA DE FIGURAS

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

LISTA DE DIAGRAMAS

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

LISTA DE QUADROS

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

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

LISTA DE TABELAS

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

Sumário

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

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

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

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

5 Solicitação de Exames Complementares em Crianças Assintomáticas 77

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

6 Imunizações..... 87

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

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

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

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

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

14 Rede de Cuidado e de Proteção Social 221

14.1 Rede de saúde	224
14.2 Rede intersetorial	226
Referências	228

15 Promoção, Narração, Brincadeira e Imaginação em Saúde 229

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

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

16.1 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)	239
16.2 Homeopatia	241
16.3 Medicina antroposófica	243
16.4 Plantas medicinais e fitoterapia	247
Referências	251

Anexos 253

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

Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Boa leitura.

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

Graus de Recomendação

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

- A:** ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados consistentes.
- B:** estudos de coorte, caso-controle e ecológicos e revisão sistemática de estudos de coorte ou caso-controle consistentes ou ensaios clínicos randomizados de menor qualidade.
- C:** séries de casos, estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade.
- D:** opiniões de especialistas sem maior evidência explícita ou baseadas em fisiologia (OXFORD..., 2008).

A Chegada da Criança à Família

1

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

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

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

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

1.1 A família de uma criança recém-nascida

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

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

1.2 A formação do vínculo/apego

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

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

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

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

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

1.3 O desenvolvimento da função parental

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

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

1.4 A participação paterna

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

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

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

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

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

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

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

1.5 Dificuldades comuns da fase

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

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

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

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

1.6 O nascimento de um segundo filho

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

1.7 Estímulo à formação de uma rede de apoio mais ampla

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

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

1.8 Conclusão sobre a atenção à família no dado momento

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

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

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Visita Domiciliar para a Família do Recém-Nascido

2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007.

Legenda:

* mrm = movimentos respiratórios por minuto.

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

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

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

Referências

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

A Primeira Consulta do Recém-Nascido

3

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

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

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

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

3.1 A época ideal para a primeira consulta

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

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

3.2 O conteúdo da consulta

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

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

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

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

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

3.2.1 Anamnese

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

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

3.2.2 Exame físico completo

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

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

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

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

continua

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

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

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

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

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

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

3.3 Avaliações e orientações

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

Situações de vulnerabilidade [D]:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.4 Orientações gerais sobre os cuidados com o recém-nascido

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

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

3.3.5 Prevenção de acidentes [A]

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

3.3.6 Realização do teste do pezinho [A]

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

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

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

3.3.7 Orientações para o calendário de imunizações [D]

55

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

3.3.8 Combine o calendário de consultas

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

Referências

56

AMARAL, J. J. F. **AIDPI para o ensino médico**: manual de apoio. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. 179 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/aidpi/home/manual.html>>. Acesso em: 7 maio 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Obstetric Practice. The apgar score. *Pediatrics*, Evanston, v. 117, n. 4, p. 1444-1447, apr. 2006. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0325>>. Acesso em: 7 maio 2012.

AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRICS. **Car safety seats: a guide for families**. 2008. Disponível em: <<http://www.aap.org/family/carseatguide.htm>>. Acesso em: 7 maio 2012.

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

BRANCO, A.; FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L. M. S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. *Rev. Paul.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 74, set. 2006. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/revista/RevPaul-Set06-Vol-24-3.pdf#page=74>>. Acesso em: 2 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 4 maio 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. 2. ed. Brasília, DF: 2004b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0808_M1.pdf>. Acesso em: 7 maio 2012.

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

CARTER, B.; MC GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA M. H.; FRANÇA, O. S. **Novos olhares sobre gestação e a criança até três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. São Paulo: L.G.E., 2002.

DEMOTT, K. et al. . **Clinical guidelines and evidence**. Review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center For Primary Care And Royal College of General Practitioners. 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>>. Acesso em: 4 maio 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anamnese, Exame Físico e Aconselhamento Antecipado nas Consultas Subsequentes

4

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

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

4.1 A frequência de consultas por faixa etária

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

4.2 Anamnese

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

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

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

4.3 Exame físico

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

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

4.3.1 Dados antropométricos

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

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

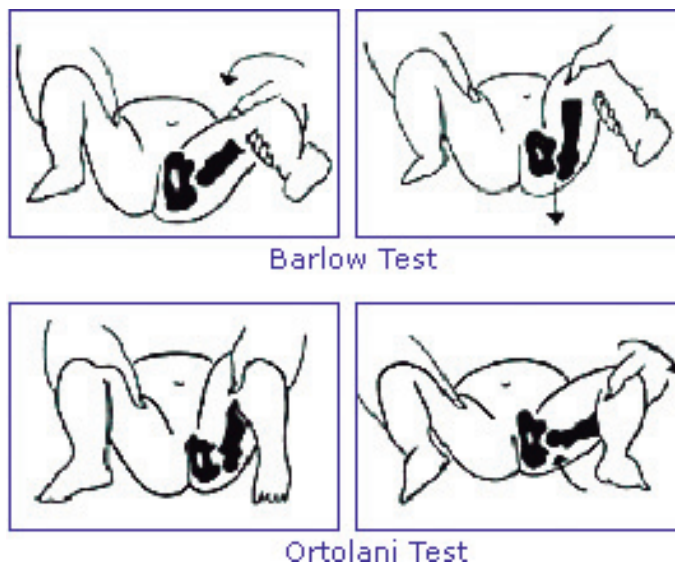
O índice de massa corporal (IMC) teve seu uso validado em crianças como bom marcador de adiposidade e sobrepeso, além do fato de que seu valor na infância pode ser preditivo do IMC da vida adulta (TANAKA et al., 2001). Recomenda-se a plotagem de peso, estatura/comprimento nas curvas de IMC por idade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

4.3.2 Rastreamento para displasia evolutiva do quadril

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

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

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

Figura 1 – Representação dos testes de Barlow e Ortolani

Fonte: CHILDREN SPECIALISTS, 2012.

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

Quadro 2 – Testes de Trendelenburg positivo e marcha anserina

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

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

Fonte: SCHOTT, 2000.

4.3.3 Ausculta cardíaca

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

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

Tabela 2 – Frequência cardíaca normal

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

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

Tabela 3 – Frequência respiratória normal, segundo a OMS

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

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

4.3.4 Avaliação da visão

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

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

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

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

4.3.5 Avaliação da audição

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.6 Aferição da pressão arterial

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

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

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

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

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

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006.

4.3.7 Rastreamento para criptorquidia

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

4.4 Aconselhamento antecipado

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

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

4.4.1 Posição para dormir

70

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

4.4.2 Prevenção de infecção viral respiratória

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

4.4.3 Aconselhamento para realizar atividade física

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

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

4.4.4 Aconselhamento para não haver ingestão de bebidas alcoólicas

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

71

4.4.5 Aconselhamento em relação aos hábitos alimentares

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

4.4.6 Aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais

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

Referências

72

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SPOTH, R.; 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. 311-336, Apr. 2008. Suplemento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Solicitação de Exames Complementares em Crianças Assintomáticas

5

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

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

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

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

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

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

5.1 Hemograma

80

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

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

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

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

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

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

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

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

Classificação	Condutas
Grupo 1 (com menos de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	A. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro.	B. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematuros sadios e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG).	C. 2mg/kg/dia após 1 mês de vida por 2 meses. Depois, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Solicite hemograma aos 15 meses.
D. Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferropenia materna grave durante a gestação (Hb < 8), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas).	D. 2 a 4mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se o resultado do exame for normal, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Se houver anemia, mantenha a dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses.
Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)	
• Dieta pobre em ferro: vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingestão de frutas e verduras. • Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos).	Solicite hemograma e aja conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Trate a anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhe os pais sobre dieta rica em ferro.

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

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

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

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

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

5.3 Perfil lipídico

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

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

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

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

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

Legenda:

* P = percentil.

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Imunizações

6

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

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

89

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

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

6.1 Calendário de vacinação no Brasil

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

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

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

continua

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

Fonte: BRASIL, 2012a.

Orientações importantes para a vacinação da criança:

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

continua

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

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

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

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

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

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

Agenda

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

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

Pentavalente

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

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

6.2 Indicações para uso dos imunobiológicos especiais

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

Quadro 6 – Vacinas complementares indicadas por doença ou condição especial

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

continua

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

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

Fonte: BRASIL, 2012b (com adaptações).

Legenda:

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

6.3 Vacinação de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV

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

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

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

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

Quadro 7 – Calendário de imunizações para crianças infectadas pelo HIV

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

continua

continuação

98

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

continua

continuação

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

Fonte: BRASIL, 2012d.

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

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

Comentários:

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

continua

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Pneumocócicas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Varicela: deve ser considerada sua aplicação em crianças maiores de um ano de idade e adolescentes suscetíveis, incluindo os expostos, nas categorias N, A e B com CD4 acima de 15%.

10.1 Deve ser aplicada em crianças nas categorias N1 (crianças sem alterações clínicas e sem comprometimento imunológico) e A1 (crianças com leves alterações clínicas e sem comprometimento imunológico). Recomenda-se, caso estiver disponível, uma segunda dose, com um intervalo mínimo de um mês e máximo de três meses.

10.2 Recomenda-se a vacinação dos expostos, mesmo que já esteja excluída a infecção pelo HIV. É importante para prevenir a transmissão da varicela para contatos domiciliares.

11. Hepatite A: indicada a partir dos 12 meses de idade, em duas doses, com intervalo entre 6 e 12 meses.

12. Difteria e tétano tipo adulto (dT): deve ser utilizada para completar ou iniciar esquema de crianças de 7 anos de idade ou mais não vacinadas previamente com DTP, com esquema incompleto ou dose de reforço indicada a cada 10 anos.

12.1 Se a vacinação básica da criança ou do adolescente estiver incompleta (inferior a três doses), deve-se completar as três doses necessárias. Devem ser aplicadas com intervalo de dois meses entre doses.

12.2 Em casos de gestantes ou pessoas com ferimentos graves, profundos, próximos às terminações nervosas (dedos, artelhos, planta dos pés), perto da cabeça e suspeitos de contaminação, deve-se considerar intervalo de cinco anos para o reforço.

Atenção: a eficácia e a segurança da vacina contra febre amarela para os pacientes portadores do HIV não são estabelecidas. Portanto, para ser recomendada, é necessário levar em consideração a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica local, conforme orientação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), do Ministério da Saúde.

Fonte: BRASIL, 2012d.

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

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

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

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

Fonte: BRASIL, 2007a (com adaptações).

Legenda:

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

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

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

Fonte: BRASIL, 2007a (com adaptações).

Legenda:

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

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

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

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

Referências

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

104

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitorização do Crescimento

7

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

7.1 O crescimento da criança e aspectos epidemiológicos da criança brasileira

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2 Monitorização e avaliação do crescimento

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

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

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

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

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

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

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

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

Fórmula para cálculo do IMC:

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

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

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

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

Fonte: BRASIL, 2008a.

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

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

Fonte: BRASIL, 2008a.

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

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

Fonte: BRASIL, 2008a.

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

7.3 Condutas recomendadas para algumas situações de desvio no crescimento

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

111

Sobrepeso ou obesidade

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

Magreza ou peso baixo para a idade

Para crianças menores de 2 anos:

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

Para crianças maiores de 2 anos:

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

Magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade

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

112

7.4 Particularidades da criança prematura ou com restrição do crescimento intrauterino

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

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

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

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

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

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

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

Referências

114

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

ARAÚJO, 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: 7 maio 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Acompanhamento do Desenvolvimento

8

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

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

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

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

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

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

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

8.1 Acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil

122

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

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

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

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

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

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

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Reflexos: • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
4 meses	Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de “permanência do objeto”.* A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
9 meses	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.

continua

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

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

Legenda:

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

8.2 Distúrbios no desenvolvimento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2011.

Legenda:

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

8.3 Orientações aos pais

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

127

8.3.1 O controle de esfíncteres

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

8.3.2 Padrão de sono e dificuldades para dormir

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

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

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

8.3.3 Comportamento

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

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **AAFP summary of recommendations for clinical preventive services tool**. 2008. Disponível em: <<http://www.aafp.org/online/en/home/membership/resources/aafp-pda-downloads/clinprev.html>>. Acesso em: 18 ago. 2008.
- BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.
- BARROS, K. M. F. T. et al. Influências do ambiente podem alterar a aquisição de habilidades motoras?: uma comparação entre pré-escolares de creches públicas e escolas privadas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2A, p. 170-175, jun. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Editora MS, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11; Série A: Normas e Manuais Técnicos).
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-22, 2003. Suplemento.
- BLANK, D. Consulta clínica na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e Educação: psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- COMISSION INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA INFANCIA. Documento marco: propuesta preliminar, octubre 1996. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda**, Buenos Aires, v. 17, n. 1, p. 39-43, 1998.
- DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C. Promoção e proteção do desenvolvimento da criança. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 190-199.
- FLAVELL, J. H. **A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget**. São Paulo: Pioneira, 1996.
- HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.
- HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr. 2004. Suplemento.

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alimentação Saudável

9

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

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

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

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

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

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

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

9.1 Aleitamento materno e aspectos epidemiológicos do aleitamento materno no Brasil

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

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

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

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

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

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

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

9.1.1 Aconselhamento em amamentação

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

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

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

Técnica de amamentação:

A técnica de amamentação está adequada quando:

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