

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

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

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

9.1.2 Benefícios do aleitamento materno

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

Benefícios para o bebê:

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

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

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

Benefícios para a mãe:

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

9.1.3 Contraindicações para a amamentação

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: HALE, 2005.

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

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

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

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

Manejo dos problemas com a amamentação:

No Caderno de Atenção Básica nº 23 (disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd23.pdf>), pode-se encontrar na página 37 o tópico “prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação” e, na página 50, o item “como manejar o aleitamento materno em situações especiais”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: BRASIL, 2010 (com adaptações).

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

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

Reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses

Leite em pó integral:

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

Leite integral fluído:

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

9.2 Alimentação da criança de 6 meses a 2 anos

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

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

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

Quadro 13 – Esquema alimentar para crianças amamentadas

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

Fonte: BRASIL, 2010.

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

Quadro 14 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas

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

Fonte: BRASIL, 2010.

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

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

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

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

Quadro 15 – Grupos de alimentos

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

Fonte: DAB/SAS/MS, 2010.

Quadro 16 – Dez passos para uma alimentação saudável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

continua

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: DAB/SAS/MS, 2010.

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

9.2.1 Prevenindo a anemia

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

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

Fatores que facilitam a absorção do ferro:

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

Fatores que prejudicam a absorção do ferro:

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

Recomendações [D]:

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

Fator facilitador:

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

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

9.3 Alimentação de crianças de 2 a 6 anos

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

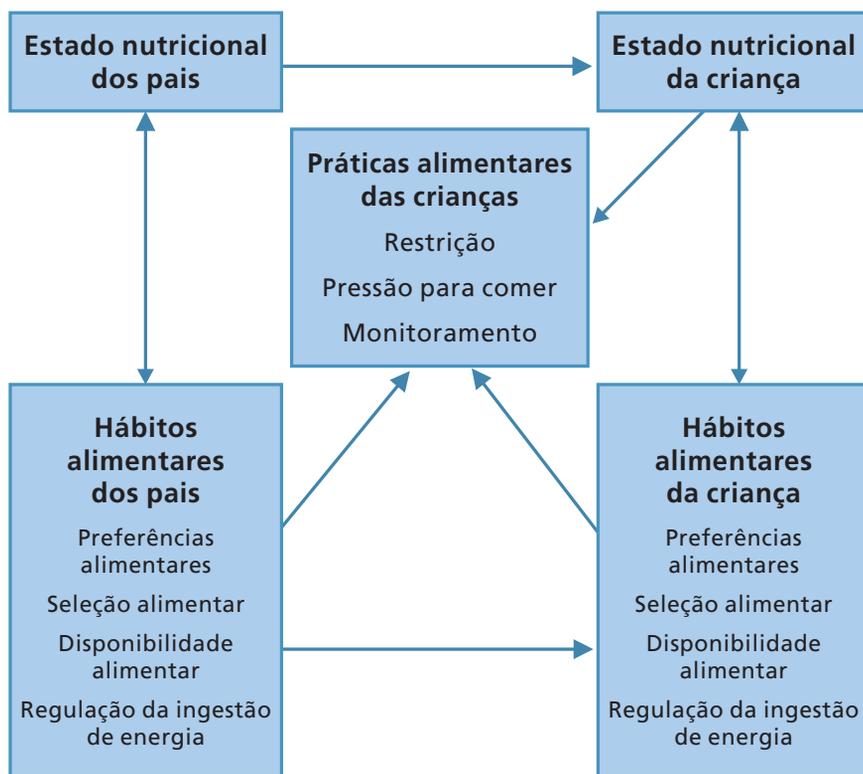
O comportamento alimentar da criança nesta fase é imprevisível, variável e transitório, mas, se não for conduzido adequadamente, poderá se transformar em distúrbio alimentar e perdurar em fases posteriores (SOCIEDADE..., 2006).

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

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

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

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



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

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

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

9.4 Alimentação de crianças de 7 a 10 anos

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

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

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

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

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

9.4.1 Recomendações gerais para crianças de 7 a 10 anos

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

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

9.5 Prevenção da obesidade em crianças

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

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

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

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

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

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



Estilo de vida saudável



Fonte: DANIELS et al., 2008.

Referências

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-166, jun. 2003.

ACCIOLY, E; SAUNDERS, C; LACERDA, E. M. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy Statement. **Organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children**. 2005. Disponível em: <<http://www.aap.org>>. Acesso em: 7 maio 2012.

ARMSTRONG, J.; REILLY, J. J. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. **Lancet**, London, v. 359, n. 9322, p. 2003-2004, jun 2002.

BIRCH, L. L. Childhood overweight: family environmental factors. In: CHEN, C.; DIETZ, W. H. (Eds.). **Obesity in childhood and adolescence**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 161-176.

BIRCH, L. L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. **Proceedings of the Nutrition Society**, London, v. 57, n. 4, p. 617-624, Nov. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10096125>>. Acesso em: 7 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Editora MS, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília: Editora MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Editora MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora MS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HAIRE-JOSHU, D.; NANNEY, M. S. Prevention of overweight and obesity in children: influences on the food environment. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 28, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://tde.sagepub.com/cgi/content/abstract/28/3/415>>. Acesso em: 7 maio 2012.

HALE, T. W. Drug therapy and breastfeeding. In: RIORDAN J. (Ed). **Breastfeeding and human lactation**. 3. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2005, p. 137-146.

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

JAMIL, K. M. et al. Micronutrients and anaemia. **J Health Popul Nutr**. [s.l.], v. 26, n. 3, p. 340-355, 2008.

JOHANSSNEN, D. L.; JOHANSSNEN, N. M.; SPECKER, B. L. Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. **Obesity**, Silver Spring, v. 14, n. 3, p. 431-439, mar. 2006.

KANUFRE, V. et al. O aleitamento materno no tratamento de crianças com fenilcetonúria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, p. 447-452, set./out. 2007.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, [s.l.], n. 1, 2002.

MAHAN, L. K. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1998.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

MODESTO, S. P.; URRESTARAZU DEVINCENZI, M.; SIGULEM D. M. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 405-415, jul./ago. 2007.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004. Suplemento.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/>>. Acesso em: 7 maio 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Codex Alimentarius**. 1962. Disponível em: <http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp>. Acesso em: 7 maio 2012.

PINTO, L. F. Apego y lactancia natural. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 78, n. 1, p. 96-102, out. 2007. Suplemento.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. **Manual de capacitação de multiplicadores**. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Suplementação com Vitaminas e Minerais

10

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

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

159

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

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

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

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

10.1 Suplementação de ferro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.2 Suplementação de vitamina A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.3 Suplementação de vitamina D

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

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

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

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

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

10.4 Suplementação de vitamina K ao nascer

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

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

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

10.5 Suplementação de zinco

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

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

Referências

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

166

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A Saúde Bucal da Criança

11

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1 Recomendações para crianças de zero a 3 anos

11.1.1 Amamentação

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

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

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

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

11.1.2 Alimentação

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

11.1.3 Higiene bucal

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

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

pode ser realizada com uma gaze ou fralda limpa – embebida em água potável ou solução com uma colher de água oxigenada (vol. 10) em ½ copo de água potável (fria) –, que deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda a mucosa oral do bebê pelo menos uma vez ao dia (KUHN, 2002) [A].

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

11.1.4 Uso de bicos e chupetas

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

11.1.5 Uso de fluoretos

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

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

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

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

11.2 Recomendações para crianças de 3 a 6 anos

11.2.1 Alimentação

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

11.2.2 Higiene bucal

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

11.2.3 Uso de fluoretos

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

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

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

11.3 Recomendações para crianças de 6 a 9 anos

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

O exame da cavidade bucal das crianças deve ser atividade de rotina para toda a equipe. Portanto, outros profissionais da equipe devem estar atentos à presença de lesões dentárias ou em tecidos moles, podendo efetuar o encaminhamento para a equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006) [D]. Orientações quanto à importância da higiene bucal e do controle de ingestão de açúcares devem fazer parte das consultas da criança com todos os profissionais da equipe de saúde.

11.3.1 Alimentação

É importante que os pais/cuidadores tenham informações sobre a pirâmide dos alimentos e que adquiram para si uma alimentação saudável, com diminuição de ingestão de açúcar, dando bons exemplos aos filhos (MAIA; SAMPAIO; SILVA, 2006) [D].

Algumas recomendações:

- Deve-se evitar referências a alimentos não saudáveis e enfatizar os saudáveis, que incluem carne, verduras, vegetais, frutas e alimentos naturais [D].
- Deve-se dar o exemplo de como combinar alimentos que possam estimular a mastigação, a produção de saliva e a consequente limpeza da cavidade oral [D].
- Deve-se sugerir que, juntamente com a ingestão de alimentos cariogênicos,* faça-se uso de alimentos cariostáticos** (MAIA; SAMPAIO; SILVA, 2006) (grifo nosso) [D].

* **Alimentos cariogênicos:** alimentos que contêm carboidratos fermentáveis, que podem causar a diminuição do pH salivar e a consequente desmineralização dos tecidos dentais. Quando em contato com os micro-organismos da boca, tais alimentos provocam o desenvolvimento da cárie dentária (por exemplo: alimentos que contêm açúcar).

**** Alimentos cariostáticos:** possuem a característica de não ser metabolizados pelos micro-organismos na placa, não provocando queda de pH salivar (por exemplo: queijos, nozes, peixes, carnes, ovos, óleos, margarina, manteiga e sementes).

11.3.2 Higiene bucal

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

Nesta faixa etária, inicia-se a troca da dentição decídua pela permanente, o que pode dificultar a higiene bucal, em função da mobilidade dentária do dente decíduo e da irregularidade do contorno gengival logo após ele ter caído, o que pode provocar dor e sangramento durante a escovação. É importante investigar se há dentes permanentes erupcionando sem ter havido a queda do decíduo. Neste caso, a criança deve ser encaminhada à equipe de saúde bucal.

Deve-se perguntar à criança e aos pais/cuidadores se as gengivas dela sangram durante a escovação, devendo ser explicado a eles que, se isso ocorre, há presença de inflamação, razão pela qual a higiene bucal deve ser intensificada (OPPERMANN; RÖSING, 2003) [D].

11.3.3 Uso de fluoretos

Para crianças sem atividade de cárie, é importante o uso diário de creme dental fluoretado. Estudos têm demonstrado que a escovação com dentifrício fluoretado é um método eficaz e simples de prevenção de cárie (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2002) [A], devendo ser incentivada. Para indivíduo com alta atividade de cárie, além do uso diário do creme dental fluoretado, recomenda-se bochecho com solução de flúor, conforme indicação do cirurgião-dentista, e aplicação de gel ou verniz de flúor, feita pela equipe de saúde bucal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2007) [D].

11.4 Recomendações para crianças de 9 a 10 anos

A equipe de saúde deve reforçar as atividades que já estavam sendo realizadas e consolidar, nesta faixa etária, a ideia do autocuidado e a importância da saúde bucal (BRASIL, 2006) [D].

Deve-se assegurar informações sobre os riscos com acidentes e traumatismos dentários em brincadeiras comuns da referida faixa etária, estimulando o uso de proteção (BRASIL, 2006) [D].

Ao se aproximar da adolescência, a criança começa a experimentar hábitos que são nocivos à sua saúde. Deve-se dar-lhe informações sobre os riscos do álcool e do fumo para a sua saúde geral, hábitos que, por sinal, podem lhe causar mau hálito, manchas nos dentes, doença de gengiva e câncer bucal (BRASIL, 2006) [D].

11.4.1 Alimentação

As orientações dadas aos pais/cuidadores sobre a ingestão combinada de alimentos para evitar cárie podem ser dadas às crianças desta faixa etária, que já têm autonomia de acesso aos alimentos (MAIA; SAMPAIO; SILVA, 2006) [D]. Deve-se orientar que as crianças levem frutas e alimentos salgados para o lanche na escola.

Referências

- ADEKOYA-SOFOWORA, C. A. Natal and neonatal teeth: a review. **The Nigerian Postgraduate Medical Journal**, Nigeria, v. 15, n. 1, p. 38-41, Mar. 2008.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Clinical guideline on baby bottle tooth decay/early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries: unique challenges and treatment options**. May 2001. Disponível em: <http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEEC.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents**. Chicago, 2007. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Periodicity.pdf>. Acesso em: 17 jul.2008.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Section of Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 5, p. 1113-1116, May 2003.
- ANTUNES, L. A. A.; ANTUNES, L. S.; COSTA, E. P. R. Fatores utilizados como preditores de cárie na primeira infância. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 117-124, maio/ago. 2006.
- BELTRÃO, E. M. et al. Prevalence of dental trauma children aged 1-3 years in João Pessoa (Brazil). **European Archives of Paediatric Dentistry**, Inglaterra, v. 8, n. 3, p. 141-143, Sep. 2007.
- BRANDÃO, I. M. G. et al. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 1247-1256, jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Editora MS, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/>>. Acesso em: 10 jul. 2008.
- CAMPAGNOLI, E. B. et al. Candidose, qual o melhor tratamento? **JBC: Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, Curitiba, v. 8, n. 43, p. 72-76, 2004.
- CANGUSSU, M. C. T. et al. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-15, jan./fev. 2002.
- CAPLAN, L. S. et al. The potential role of breast-feeding and other factors in helping to reduce early childhood caries. **Journal of the Public Health Dentistry**, Raleigh, Mar. 2008.
- CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 129-139, jan./fev. 2002.

CURITIBA. Secretaria da Saúde de Curitiba. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/bucal.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2008.

CURY, J. A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora**. São Paulo: Santos; 2001. p. 34-68.

DIAB, M.; ELBADRAWY, H. E. Intrusion injuries of primary incisors. Part II: Sequelae affecting the intruded primary incisors. **Quintessence International**, Berlin, v. 31, n. 5, p. 335-341, May 2000.

DO, L. G.; SPENCER, A. J. Risk-benefit balance in the use of fluoride among young children. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 86, n. 8, p. 723-728, Aug. 2007.

DURWARD, C.; THOU, T. Dental caries and sugar-containing liquid medicines for children in New Zealand. **New Zealand Dental Journal**, Dunedin, v. 93, n. 414, p.124-129, 1997.

FADEL, C. B. Cárie dental precoce: qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia? **Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3, p. 83-89, set./dez. 2003.

FARIA, T. R. S. **Ausência congênita de incisivos laterais permanentes**. 2008. Monografia. (Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial), 2008. Disponível em: <<http://www.ortotuliofaria.com.br/monogra.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2008.

FLORES, M. T. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 23, n. 3, p. 130-136, May 2007.

FLORES, M. T. et al. Guideline for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 23, n. 4, p. 196-202, Jul. 2007.

FLORES, M. T. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 18, n. 6, p. 287-298, Dec. 2002.

GUEDES-PINTO, A. C. (Ed). **Odontopediatria**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2006.

HOROWITZ, H. S. The 2001 CDC recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in United States. **Journal of the Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 63, n. 1, p. 3-10, 2003.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A. **Traumatismo na dentição decídua: prevenção, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos, 2005.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR**. 2002. 77 f. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

- LEITE-CAVALCANTI, A.; MEDEIROS-BEZERRA, P. K.; MOURA, C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in brazilian preschool children. **Revista de Salud Publica**, Bogota, v. 9, n. 2, p. 194-204, Apr./Jun. 2007.
- MAIA, M. C. G.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, C. A. B. Nutrição, dieta e cárie dentária. In: DIAS, A. A. et al. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006. p. 139-154.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A. Declínio da experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1/2, p. 25-29, 1999. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/departamentos/social/legal/arquivos/declinio_carie.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2008.
- OLIVEIRA, A. F. B.; CHAVES, A.; ROSENBLATT, A. The influence of enamel defects on the development of early childhood caries in a population with low socioeconomic status: a longitudinal study. **Caries Research**, Basel, v. 40, n. 4, p. 296-302, 2006.
- OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: KRIGER, L. **ABOPREV Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 265-286.
- PEREIRA, A. C. Dental caries and fluorosis prevalence study in a nonfluoridated Brazilian community: trend analysis and toothpaste association. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 67, n. 2, p.132-135, Mar./Apr. 2000.
- PROTOCOLO de atenção odontológica à criança de 0 a 3 anos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS, 5., 2004, Londrina. **Documento final**. Londrina: ENOB, 2004. Disponível em: <<http://www.bebeclinica.uel.br/DocumentoFinal.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2008.
- RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/24.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2008.
- SAMPAIO, F. C. Flúor: pesquisas atuais. In: DIAS, A. A. et al. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006. p. 175-186.
- SORIANO, E. P. et al. Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 23, n. 4, p. 232-240, Jul. 2007.
- TAVENER, J. A. et al. The prevalence and severity of fluorosis and other developmental defects of enamel in children who received free fluoride toothpaste containing either 440 or 1450 ppm F from the age of 12 months. **Community Dental Health**, London, v. 21, n. 3, p. 217-223, 2004.
- TINANOFF, N.; PALMER, C.A. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. **Journal of the Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 60, n. 3, p. 197-206, 2000.

VELLINI, F.F. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. São Paulo: Artmed, 1998.

WARREN, J. J. et al. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. **Journal of the Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 68, n. 2, p. 70-76, 2008.

YEUNG, C. A. A systematic review of the efficacy and safety of fluoridation. **Evidence-Based Dentistry**, London, v. 9, n. 2, p. 39-43, 2008.

YKEDA, F.; RAMALHO, L. T. O. **Atlas e texto interativo de histologia e embriologia bucal**. São Paulo: UNESP, 2002.

Prevenção de Acidentes

12

A palavra “acidente” é tradicionalmente usada para definir a ocorrência de eventos que resultem em uma lesão. Por ser mais abrangente, considera as categorias: “intencional” e “não intencional”, sendo que a categoria “intencional” pode ser subdividida em violência “interpessoal” e “autoprovocada”. Entretanto, tal distinção entre *acidente* e *lesão* em termos de causa e efeito é motivo de confusão, pois não é a lesão em si que é intencional ou não intencional, mas sim o ato decorrente da lesão. A OMS define um *acidente* como algo que resultou ou poderia ter resultado em uma lesão; contudo, a palavra “acidente” carrega uma conotação de imprevisibilidade ou casualidade, levando a crer que seja incontrolável ou não prevenível, como se fosse uma determinação do destino (WELANDER; SVANSTRÖM; EKMAN, 2000, p. 16).

O Ministério da Saúde adota o termo *acidente* na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) tendo em vista que a expressão está consagrada pelo uso, retirando-lhe, contudo, as conotações fortuita e causal que lhe podem ser atribuídas. O MS assume, portanto, que tais eventos são, em maior ou menor grau, previsíveis e preveníveis (BRASIL, 2001).

Por isso, é importante que os profissionais de saúde reflitam sobre essas categorias e suas repercussões ao abordar os casos de “acidentes” e a prevenção de situações que coloquem em risco a integridade física e mental da criança que sofreu algum tipo de “acidente”. São atitudes que podem contribuir para a desconstrução do caráter imprevisível de eventos cuja cadeia causal pode ser identificada e rompida (BRASIL, 2001).

Para efeitos de registro nas bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), os acidentes e as violências são incluídos na categoria denominada *causas externas*, definição atribuída no capítulo XX da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde (CID-10), que abarca tanto os eventos acidentais quanto as causas violentas. No ano de 2007, segundo dados do SIM, as causas externas representavam a primeira causa de óbitos de crianças na faixa etária entre 1 a 10 anos no País, sendo que as principais causas de óbitos em crianças de 0 a 10 anos foram os acidentes de transporte (29,3%), seguidas pelos afogamentos (21,0%) e outros riscos à respiração, como engasgamento com o próprio vômito e por corpo estranho (15,4%). No mesmo ano, as agressões (violências) foram responsáveis por 6,9% dos óbitos em crianças na referida faixa de idade (MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2009; BRASIL, 2009a).

Para conhecer a dimensão e o perfil dos acidentes que não acarretam o óbito e que nem sempre ocasionam a internação, o Ministério da Saúde estruturou o módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), em dois componentes: Viva-Contínuo e Viva-Sentinela. Este último, realizado em unidade de emergências hospitalares por meio de pesquisa/inquérito, permite conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no País, mediante a coleta de dados sobre atendimentos realizados em plantões de 12 horas e em turnos alternados em um único mês (BRASIL, 2009a).

Os atendimentos foram classificados em dois grupos: acidentes e violências. O acidente foi definido como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, ocorrido no ambiente doméstico (moradia/espço de convivência familiar) ou social (trabalho, escola, esporte e lazer). A violência é entendida como o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, de forma que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, que será tratada no capítulo 13 deste Caderno de Atenção Básica.

Os resultados do Viva-Sentinelas no ano de 2007 mostram que as principais causas de atendimento de crianças na rede de serviços de saúde foram as quedas (67%), seguidas dos acidentes de transporte (15%), do choque por objetos/pessoas (8%) e dos ferimentos por objetos cortantes (7%) (BRASIL, 2009a). Todas as referidas causas são preveníveis e evitáveis. Neste sentido, os profissionais de saúde exercem papel fundamental na mudança de hábitos e comportamentos saudáveis junto à comunidade, por meio de uma abordagem educativa e informativa sobre os meios de se fazer a prevenção (BRASIL, 2005).

12.1 Os diferentes momentos de se fazer prevenção

Os acidentes constituem o extremo de um processo cuja cadeia causal pode ser antecipada, razão pela qual é fundamental contextualizá-los para propor ações possíveis e viáveis de prevenção. O procedimento de atribuir uma multidimensionalidade (BRASIL, 2005) que contemple inclusive a tomada de decisão informada enriquece a análise e a variedade de opções de intervenção (ROCHA et al., 2001).

O quadro 19, idealizado por William Haddon Jr. e adaptado para a finalidade deste Caderno de Atenção Básica, caracteriza graficamente as possibilidades de identificação de risco e intervenção (RUNYAN, 1998) em relação à ocorrência de lesões. Já o quadro 20 exemplifica as possibilidades de identificação de risco e intervenção a partir de um exemplo como a queda de crianças de uma janela.

Quadro 17 – Dimensão epidemiológica dos acidentes

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

Fonte: RUNYAN, 1998.

Quadro 18 – Dimensão epidemiológica no contexto de um exemplo de acidente

Fases	Criança	Aberturas e vãos desprotegidos	Residência	Comunidade
Antes da queda	Orientar a criança para não se pendurar em janelas	Manter as janelas protegidas com redes ou grades	Impedir o acesso da criança à janela	Orientar a família para não instalar móveis junto às janelas e providenciar a instalação de barreiras de acesso a janelas, escadas e sacadas.
Durante a queda ou imediatamente depois	Prestar os primeiros socorros	Diminuir o risco de nova queda pela retirada de móveis de perto das janelas e pela instalação de barreiras	Instalar barreiras de proteção	Ensinar normas de primeiros socorros à comunidade. Elaborar normas que regulamentem a instalação mandatória de barreiras de acesso a aberturas e vãos.
Depois da queda	Providenciar o atendimento necessário	Avaliar a qualidade da instalação do equipamento de proteção	Construir moradias com proteção incluída	Facilitar o acesso ao atendimento pós-queda e o acompanhamento da família envolvida.

Fonte: RUNYAN, 1998.

12.2 Fatores de risco e de vulnerabilidade para acidentes

Os fatores de risco e de vulnerabilidade para a ocorrência de acidentes (lesões acidentais não intencionais), segundo estudos, são divididos em: (i) intrapessoais, que são relacionados à idade, ao sexo e ao comportamento de risco, este último atribuído a adolescentes; (ii) interpessoais, que são relacionados aos cuidados exercidos pela família e ao ambiente doméstico; (iii) institucionais, que são relacionados à comunidade, ao bairro, à escola e à urbanização; e (iv) fatores culturais, que são aqueles relacionados à sociedade (BAKER; RUNYAN, 2012).

Levando-se em consideração os fatores intrapessoais, observa-se que a criança, em seu processo natural de crescimento e desenvolvimento e com seu comportamento exploratório, enfrenta situações que podem colocar em risco a sua integridade. Tais situações ocorrem conforme a fase do desenvolvimento da criança, o sexo e a faixa etária (HADDON, 1980).

- Menores de 2 anos estão sujeitos a riscos impostos por terceiros, como queimaduras, intoxicações, colisão de automóvel e quedas.
- Meninos estão mais propensos a sofrer acidentes do que as meninas (BLANK, 2005; WAKSMAN, 2007).

- Pré-escolares (de 2 a 6 anos) sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão, quedas de lugares altos, ferimentos, lacerações e queimaduras.
- Crianças na idade escolar (de 6 a 10 anos) podem ser vítimas de atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, traumatismos dentários, ferimentos com armas de fogo e lacerações.

Neste contexto, o conceito de vulnerabilidade permite que sejam repensadas as práticas de saúde, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir para a mudança de hábitos e incentivar comportamentos saudáveis que resultem em impactos significativos no perfil epidemiológico, a partir da compreensão de que é no contexto da vida social e familiar que aumentam as chances de exposição das crianças aos acidentes e às violências, resultantes de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos (BRASIL, 2010).

12.3 Atitudes promotoras de segurança em determinados contextos e espaços sociais

As ações de prevenção podem incidir nas comunidades para facilitar a reflexão sobre as questões socioeconômicas, culturais e ambientais relevantes, além de propiciar ações que estimulem a modificação dos determinantes de risco a lesões (acidentes) nos âmbitos da moradia, do transporte, do lazer e da educação, entre outros. De igual forma, podem proporcionar uma boa qualidade de vida para todos. Por exemplo: o uso de fogos de artifício para comemorações é mais intenso nas regiões Norte e Nordeste no período das festas de São João, que acontecem nos meses de junho e julho, no fim do ano em grande parte do País e na passagem do ano, mas pode haver uma grande incidência de lesões (acidentes) após a partida final de um campeonato esportivo em qualquer época do ano. Tal análise favoreceria a intensificação de atitudes promotoras de segurança em determinados contextos. Outra situação, infelizmente comum, é o afogamento de crianças pequenas em recipientes que contêm um pouco d'água (MATTOS, 2001).

A partir da reflexão do profissional sobre os atendimentos realizados nos serviços de saúde relacionados a eventos como os citados, tais ocorrências servem como sinais de alerta para a adoção de medidas preventivas, o que requer a intensificação do trabalho educativo com as famílias e as comunidades que apresentam maior risco para os referidos tipos de eventos.

12.4 Orientações aos familiares e às crianças para evitar e prevenir acidentes

Os profissionais da Atenção Básica, por manterem um contato mais próximo com as comunidades nas quais trabalham, especialmente com as crianças e suas famílias, têm oportunidades únicas durante as visitas domiciliares para realizar ações educativas de como evitar e prevenir acidentes. É recomendado que cada profissional aproveite os momentos das visitas para avaliar aspectos relevantes de segurança no ambiente doméstico e de todos os membros da família [A]. Além disso, também fazem parte do rol de ações dos profissionais e de toda equipe de saúde as orientações sobre a promoção, a proteção e a defesa dos direitos das crianças ao acesso a equipamentos públicos e insumos necessários à recuperação e à manutenção da sua saúde e da sua qualidade de vida.

Outro aspecto importante que merece atenção e cuidados é a possibilidade de que remédios estejam ao alcance de crianças. Neste caso, recomenda-se o uso de tampas “à prova de criança”. São mais efetivas na prevenção de acidentes (GASPAR et al., 2004), embora as intervenções de aconselhamento comportamental que incluam um componente educativo tenham maior efetividade quando acompanhadas de uma demonstração de uso de determinado equipamento ou de sua distribuição (MARTINS; ANDRADE, 2005).

Entretanto, ressalta-se que a situação de cada criança deve ser analisada conforme seu contexto socioeconômico e cultural (PAES; GASPAR, 2005), além do estágio de desenvolvimento próprio de cada uma (USPSTF, 2007). As orientações não devem ser “recitadas”, mas sim apresentadas e discutidas com pais e responsáveis durante as consultas de rotina ou as visitas domiciliares, com uma linguagem acessível e sem julgamentos sobre a culpabilidade de alguém (CUBBIN; SMITH, 2002):

As informações a seguir, relacionadas aos cuidados para a segurança das crianças, no sentido de evitar e prevenir acidentes, objetivam auxiliar o profissional de saúde na orientação aos pais, responsáveis e/ou cuidadores de crianças entre 0 e 10 anos, sobre os hábitos e as atitudes do cotidiano promotoras de um ambiente seguro e saudável para a criança, conforme as atividades prováveis, por faixa etária e/ou ambiente onde as crianças vivem e transitam. Tais recomendações encontram-se também na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2009b), que é distribuída gratuitamente pelo Ministério da Saúde para todas as crianças nascidas no território nacional, o que permite o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento aos 10 anos de idade incompletos. Após tal idade, o acompanhamento deve ser feito na Caderneta de Saúde do Adolescente ou da Adolescente.

Quadro 19 – Cuidados para garantir a segurança das crianças, a fim de evitar acidentes

190

De 0 a 6 meses	
Quedas	Proteja o berço e o cercado com grades altas com no máximo 6cm entre elas. Nunca deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem por um segundo. Jamais deixe a criança sob os cuidados de outra criança.
Queimaduras	No banho, verifique a temperatura da água (o ideal é 37°C). Enquanto estiver com a criança no colo, não tome líquidos quentes. Evite fumar dentro de casa, principalmente com a criança no colo.
Sufocação	Nunca use talco próximo ao rosto da criança. Ajuste o lençol do berço, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis.
Afogamentos	Nunca deixe a criança sozinha na banheira.
Medicamentos	Nunca dê à criança um remédio que não tenha sido receitado pelo médico.
Acidentes no trânsito	O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

De 6 meses a 1 ano (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)	
<i>Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa.</i>	
Choques	Coloque protetores nas tomadas e nos fios elétricos, deixando-os longe do alcance de crianças.
Quedas	Coloque, nas janelas, redes de proteção ou grades que possam ser abertas em casos de incêndio. Instale barreiras de proteção nas escadas. Certifique-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar acidentes.
Queimaduras	Use as bocas de trás do fogão e mantenha os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão. Mantenha as crianças longe do fogo, de aquecedores e ferros elétricos.
Sufocação	Afaste sacos plásticos, cordões e fios.
Afogamentos	Não deixe as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas.
Intoxicação	Mantenha produtos de limpeza e medicamentos fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados.
Acidentes no trânsito	O Código de Trânsito Brasileiro determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

continua

De 1 a 2 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>A criança já anda sozinha e gosta de mexer em tudo.</i>	
Quedas	Coloque proteções nas escadas e janelas. Proteja os cantos dos móveis.
Segurança em casa	Coloque obstáculo na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro.
Outros cuidados	Não deixe ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos. Coloque longe do alcance das crianças objetos que se quebrem, detergentes, medicamentos e outros produtos com substâncias corrosivas, pois as crianças gostam de explorar o ambiente onde vivem.
Acidentes no trânsito	O CTB determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e rua) e escolha lugares seguros para as crianças brincarem (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

De 2 a 4 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>A criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo.</i>	
Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque ou corra em locais com fluxo de veículos (garagem e locais próximos a rodovias), escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).
Outros cuidados	Não deixe a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando.

De 4 a 6 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>Embora mais confiante e capaz de fazer muitas coisas, a criança ainda precisa de supervisão. Converse com ela e explique sempre as situações de perigo.</i>	
Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Queimaduras	As crianças não devem brincar com fogo. Evite que usem fósforo e álcool. Mantenha-as longe de armas de fogo.
Afogamentos	A criança não deve nadar sozinha. Ensine-a a nadar. Não é seguro deixar crianças sozinhas em piscinas, lagos, rios ou no mar, mesmo que elas saibam nadar.
Segurança em casa e na rua	Mantenha a criança sob supervisão constante quando estiver com ela em lugares públicos como parques, supermercados e lojas. Produtos inflamáveis (álcool e fósforos), facas, armas de fogo, remédios e venenos devem estar totalmente fora do alcance das crianças.
Acidentes no trânsito	As crianças devem usar os equipamentos chamados de <i>assentos de elevação (boosters)</i> , com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro, até os 7 anos e meio.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Escolha lugares seguros para as crianças andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

De 6 a 10 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>Com a criança quase independente, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão nas atividades fora de casa. Explique sempre para a criança os riscos que ela pode correr no dia a dia.</i>	
Quedas	Nunca deixe que a criança brinque em lajes que não tenham grades de proteção. Ao andar de bicicleta, <i>skate</i> ou patins, a criança deve usar capacete de proteção e não deve circular em ruas por onde transitam veículos.
Queimaduras	Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifício.
Choque elétrico	Não deixe a criança soltar pipa (papagaio, arraia) em locais onde há fios elétricos, devido ao risco de choque de alta tensão.
Acidentes no trânsito	Evite acidentes. Utilize corretamente para a criança o assento de elevação até ela completar 7 anos e meio de idade. A partir desta idade, as crianças deverão usar o cinto de segurança de três pontos no banco de trás. Sentar-se no banco da frente só é permitido pela lei a partir dos 10 anos de idade e com o uso do cinto de segurança.

De 6 a 10 anos**(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)**

Com a criança quase independente, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão nas atividades fora de casa. Explique sempre para a criança os riscos que ela pode correr no dia a dia.

Acidentes com armas de fogo	Armas de fogo não são brinquedos. Evite-as dentro de casa.
Atropelamentos	Nesta fase, ainda é preocupante este tipo de acidente. Por isso, oriente seu filho sobre as normas de trânsito.

193

Atenção: em casos de acidentes com materiais de limpeza, medicamentos e outros produtos tóxicos, ligue para o centro de informação toxicológica ou o centro de controle de intoxicações mais próximo.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2012.

Referências

BAKER, S. P.; RUNYAN, C. W. **William Haddon, Jr., his legacy**. Disponível em: <<http://www.iprc.unc.edu/pages/training/p1.ppt>>. Acesso em: 8 maio 2012.

194

BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. **J Pediatría** v. 81, n. 5, p. 123-136, 2005. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania**. Brasília: 6. ed. Editora MS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1E, n. 96, 18 maio, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Editora MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA – Vigilância de Violência e Acidente**. 2006 – 2007. Brasília: Editora MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade, 2005**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 out. 2008.

CUBBIN, C.; SMITH, G. S. Socioeconomic inequalities in injury: critical issues in design and analysis. **Annu Rev Public Health**, [s.l.], v. 23, p. 349-375, 2002.

GASPAR VLV, LAMOUNIER JA, CUNHA FM, GASPAR JC. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. **J Pediatría**, [s.l.], v. 80, n. 6, p. 447-452, 2004.

HADDON, W. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. **Public Health Reports**, [s.l.], v. 95, n. 5, p. 411-421, 1980.

MAGALHÃES, M. L.; FRANCO NETTO, T.L. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal**. Brasília: 2009.

MARTINS, C. B. de G.; ANDRADE, S. M. de A. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MATTOS, I. E. Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 12 anos: uma análise dos registros de atendimento de um hospital do Rio de Janeiro. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 10, n. 4, p.189-198, dez. 2001.

PAES CEN, GASPAR VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar. **J Pediatría**, [s.l.], v. 81, n. 5, p. 146-154. Suplemento.

ROCHA, F. et al. Mortalidade em crianças de cinco a nove anos, Porto Alegre, 1988 a 2000. **Bol. da Saúde**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 159, 2001.

RUNYAN, C. W. Using the Haddon Matrix: introducing the third dimension. **Injury Prevention**, n. 4, p. 302-307, 1998.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Counseling about proper use of motor vehicle occupant restraints and avoidance of alcohol use while driving**. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/mvoi/mvoirs.htm#clinicalClinical%20Considerations>> Acesso em: 8 maio 2012.

WAKSMAN, R. D. (Coord.). Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência Contra Crianças e Adolescentes, 2., **Anais...** São Paulo, 21 de agosto de 2007. Disponível em: <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p1.pdf>; <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p2.pdf>; <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p3.pdf>http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p2.pdf>. Acesso em 7 jul. 2008.

WELANDER, G.; SVANSTRÖM, L.; EKMAN, R. **Safety promotion**: an introduction. Stockholm: Karolinska Institutet, 2000, p. 16.

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

13

A violência interpõe-se como uma poderosa ameaça ao direito à vida e à saúde da criança e de sua família. Mais do que qualquer outro tipo de violência, a cometida contra a criança não se justifica, pois as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade. A exposição da criança a qualquer forma de violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como a negligência e o abandono, principalmente na fase inicial da sua vida, podem comprometer seu crescimento e seu desenvolvimento físico e mental, além de gerar problemas de ordem social, emocional, psicológica e cognitiva ao longo de sua existência (PINHEIRO, 2006; MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2008; BRASIL, 2010).

Neste sentido, desde 1996, há uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que as violências devem ser encaradas como importantes problemas de saúde pública.

No Brasil, as agressões (violências) no ano de 2007 ocupavam a quinta causa de óbitos de crianças menores de um ano de idade (SIM/SVS/MS). No entanto, são os atendimentos e as internações de crianças vítimas desses eventos que exigem maior atenção dos profissionais de saúde, tanto da atenção especializada quanto da atenção básica, para o acompanhamento das crianças e das famílias após a alta hospitalar. Os resultados do componente da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva-Contínuo), realizado no período de 1º de agosto de 2006 a 31 de julho de 2007, em 27 municípios brasileiros, mostraram que a violência sexual foi a principal causa de atendimentos de crianças nos serviços de saúde. Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 (44%) foram por violência sexual, seguida da violência psicológica (36%), da negligência (33%) e da violência física (29%). A residência foi o local de maior ocorrência dos casos de violência contra crianças (MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2008; BRASIL, 2009).

As crianças mais novas estão mais expostas à agressão física. Quanto ao recorte de gênero, principalmente os meninos sofrem mais agressões físicas. Já as meninas estão mais expostas aos seguintes tipos de agravos: violência sexual, negligência nutricional e educacional, exploração sexual comercial e no turismo. Por sua vez, as crianças maiores estão mais expostas à violência escolar e à violência urbana (SOUZA, 2007).

As situações de violência se apresentam para a Atenção Básica à Saúde num leque de novos desafios epidemiológicos para a saúde da criança, caracterizados por um forte componente psicossocial. Para um enfrentamento eficaz deste novo perfil de morbidade, a unidade básica de saúde precisa desenvolver uma atenção baseada em trabalho de equipe multiprofissional, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade e forte parceria intersetorial, sob pena de se tornar “gradativamente irrelevante para a saúde infantil!” (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Assim, o profissional da Atenção Básica deve estar preparado para:

- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violências;

- Conhecer as diversas formas de manifestação da violência;
- Identificar os casos suspeitos de violência na comunidade;
- Cuidar de crianças em situação de violência, procurando ampliar a rede de cuidados e de proteção social para a tomada de decisões;
- Buscar apoio da rede de cuidados e de proteção social no território, para interromper a violência, especialmente a de repetição, encaminhando as crianças para os serviços especializados identificados como referências no território;
- Realizar o acompanhamento da criança e da família, enquanto não houver a alta do serviço de saúde;
- Realizar o seguimento da criança e de sua família em situação de violência para a continuidade do cuidado na rede de proteção social;
- Fazer intenso trabalho de articulação em todo este processo, não apenas com os serviços da rede de saúde e das demais políticas públicas (escola, Cras etc.), mas também com as forças vivas da comunidade, como associações de moradores, organizações não governamentais, sindicatos, igrejas, etc. (SOUZA, 2007; FERNANDES; CURRA, 2007).

13.1 Tipos e natureza das violências

Os tipos de violências, segundo Relatório da Organização Mundial da Saúde, estão divididos em três grandes categorias:

1. **violência dirigida a si mesmo ou autoinfligida:** inclui a tentativa de suicídio (comportamento suicida), o suicídio e a automutilação;
2. **violência interpessoal:** pode ser intrafamiliar (cometida por quaisquer membros da família) ou comunitária (cometida por pessoas conhecidas ou não);
3. **violência coletiva:** pode ser social, política ou econômica (envolve organizações maiores, tais como grupos armados, o poder do Estado ou de governos sobre os cidadãos, entre outros) (KRUG et al., 2002).

A natureza dos atos violentos poderá ser física, sexual, psicológica ou poderá envolver a negligência, a privação e o abandono.

O termo “maus-tratos” é utilizado como sinônimo do termo “violência” em muitos artigos e publicações e também pelos profissionais que lidam com crianças e adolescentes. Mas para efeitos de intervenção faz-se necessário reconhecer os tipos e a natureza de tais violências. A “Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”, lançada pelo Ministério da Saúde, possibilita a notificação da violência de natureza física, sexual e psicológica, além da negligência, da privação e do abandono e de suas várias formas de manifestação (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

13.1.1 Natureza da violência

- **Física:** violência empregada com o uso da força ou de ações, em geral, praticadas por pais ou responsáveis, pessoas conhecidas ou desconhecidas, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes.
- **Psicológica:** toda forma de rejeição, depreciação e desrespeito cometidos contra a criança com o intuito de atender às necessidades psíquicas dos adultos. Cobranças e punições exageradas são formas de violência psicológica que podem trazer graves danos ao desenvolvimento da criança.
- **Negligência:** omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, mental e social. São exemplos: privação de medicamentos e cuidados com a saúde da criança, descuido com a higiene, ausência de proteção contra o frio, o calor, privação de alimentos, falta de estímulos e condições para frequentar a escola. O *abandono* é a forma extrema de negligência.
- **Sexual:** abuso de poder, quando a criança é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais de que ela não tem entendimento, com ou sem violência física associada (ASSOCIAÇÃO..., 2003; SOCIEDADE..., 2001; ASSOCIAÇÃO..., 2008a; ASSOCIAÇÃO..., 2008b; ASSIS, 2007).

13.2 Formas e manifestações da violência sexual

- *Violência sexual doméstica ou intrafamiliar ou incestuosa:* quando existe laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor.
- *Violência sexual comunitária ou extrafamiliar:* quando geralmente o agressor é alguém em quem a vítima confia (educadores, profissionais de saúde, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos etc.). Há também casos de violência por desconhecidos.
- *Violência sexual ou assédio sexual:* se expressa por meio de ameaças e chantagens, conversas abertas, exibicionismo, *voyeurismo*, pornografia.
- *Violência sexual com contato físico:* carícias nos órgãos genitais, tentativas de relação sexual, sexo oral, penetração vaginal e anal.
- *Pedofilia:* atração erótica por crianças, podendo o pedófilo se satisfazer com fotos, fantasias ou com o ato sexual.
- *Exploração sexual:* caracteriza-se pela utilização de crianças e adolescentes com intenção de lucro ou em troca de favores e dinheiro. Ocorre em redes de prostituição, de pornografia, de tráfico para fins sexuais, em viagens e no turismo.

- *Pornografia*: uso e exposição de imagens eróticas, de partes do corpo ou de práticas sexuais entre adultos e crianças, outros adultos, animais, por intermédio de livros, fotos, filmes, *internet*. Este crime diz respeito a quem fotografa, filma, guarda e veicula as imagens.
- *Turismo para fins sexuais*: caracterizado por excursões com fins velados ou explícitos de proporcionar prazer e sexo aos turistas.
- *Tráfico para fins de exploração sexual*: envolve sedução, aliciamento, rapto, intercâmbio, transferência e hospedagem para posterior atuação das vítimas (BRASIL, 2012; ASSIS, 2007).

13.3 Outras formas de violência contra crianças

Síndrome do bebê sacudido: caracteriza-se por lesões de gravidade variável que ocorrem quando um adulto provoca fortes sacudidas num bebê (em geral, menor de 6 meses), frequentemente pela irritação com o seu choro ou quando a criança realiza algum ato sobre o qual não tem domínio, o que desagrade o cuidador. São sequelas frequentes deste tipo de violência: cegueira ou lesões oftalmológicas, hemorragia de retina, atraso no desenvolvimento, convulsões, fraturas de costelas, lesões na coluna, lesões ou hemorragias cerebrais (hematoma subdural). Dependendo da gravidade da violência, o quadro pode evoluir para o óbito da criança (ASSOCIAÇÃO..., 2003; ASSOCIAÇÃO..., 2008b; BRASIL, 2002).

Síndrome de Münchhausen por procuração: é a condição em que doenças ou sintomas são forjados na criança, em geral por suas mães. É um transtorno psiquiátrico da mãe, que assume a doença indiretamente, por intermédio da criança, exacerbando, falsificando ou produzindo histórias clínicas e evidências laboratoriais, causando lesões físicas e induzindo a criança à hospitalização com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos para ela.

Trabalho infantil: é o conjunto de tarefas de natureza econômica que inibem as crianças de viver sua condição de infância e pré-adolescência. Consiste em tarefas efetuadas de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições desqualificadas e que põem em risco o bem-estar físico, psíquico, social ou moral da criança, limitando seu crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.

“É proibido qualquer trabalho a menores de 16 anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos. O trabalho do menor não poderá ser realizado em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários que não permitam a frequência à escola” (BRASIL, 1943).

Tráfico de seres humanos: ato de promover e/ou facilitar a entrada, no território nacional, de pessoa que nele venha a exercer a prostituição ou a saída de pessoa que vá exercê-la no estrangeiro, incluindo o trabalho sem remuneração, forçado ou escravo, de forma que submeta a pessoa à situação em que se utilize ou não o emprego da violência, de grave ameaça ou fraude, com fim de lucro, segundo o Artigo nº 231 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Violência no ambiente escolar contra estudantes (“bullying”): como não existe um só termo na língua portuguesa que seja capaz de agregar, em seu sentido, todas as situações em que são praticados atos de violência física, emocional ou psicológica possíveis de ocorrer, adotamos no Brasil a terminologia *bullying* (vocábulo de origem inglesa), assim como a maioria dos países. Porém, os termos *acossamento*, *ameaça*, *assédio*, *intimidação*, além dos mais informais (como *implicar*), além de diversos outros termos utilizados pelos próprios estudantes em diversas regiões, podem ser utilizados com o mesmo sentido. Este tipo de violência pode se expressar de várias maneiras: com implicância, colocação de apelidos, exclusão do grupo, intimidação, assédio, humilhação, difamação, agressão física etc. É um problema mundial que perpassa todas as classes sociais. Os meninos têm mais chances de se envolver com esta forma de violência do que as meninas. Os alvos são, em geral, pessoas inseguras, com baixa autoestima e com pouca habilidade de fazer cessar a violência. Tais crianças têm maiores chances de apresentar sentimentos de angústia, tristeza e solidão, depressão e ideias suicidas (ASSIS, 2007).

13.4 Alerta para os sinais e sintomas da violência

Todos os profissionais que atendem crianças devem estar atentos aos sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência ou à negligência, mesmo que até o momento não se tenha evidências fortes que subsidiem as recomendações deste rastreamento (AMERICAN..., 2008) [D]. A suspeita de violência, também conhecida como maus-tratos, surge, em geral, no momento em que se procede à anamnese ou ao exame físico da criança. Muitos sinais e sintomas são inespecíficos. Portanto, é necessário contextualizar a situação em que os sintomas se apresentam, conhecer os sentimentos e o comportamento da criança e a forma como ela se relaciona dentro e fora do grupo familiar (SOCIEDADE..., 2001) [D].

A criança pode ser levada para o atendimento ao evidenciar uma história de falhas no seu desenvolvimento (desnutrição, obesidade, sintomas depressivos, dificuldades no aprendizado, distúrbios de conduta ou comportamento, distúrbios do sono, fobias e outros sinais de negligência psicológica ou física). Com frequência, quando a criança é vítima de violência, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato ou para os sinais e sintomas de sofrimento geralmente associados (ASSOCIAÇÃO..., 2003).

Sempre se deve associar sinais e sintomas aos indícios que ocasionaram a suspeita de violência, haja vista não haver sintomas específicos que caracterizem o sofrimento ou o adoecimento por violências. A identificação das vítimas pode ocorrer durante o atendimento da criança em um serviço de saúde, em sua estada na creche, na pré-escola ou na escola. Por isso, é de primordial importância a participação ativa dos profissionais de saúde na estratégia de atuação coletiva contra a violência, além de constituir uma rede de apoio à família (FERNANDES; CURRA, 2007; SOCIEDADE..., 2001).

Segundo a Abrapia (2003), é preciso que se tenha atenção às mudanças de comportamento e aos sinais físicos na criança. Muitas vezes, eles sinalizam que algo está ocorrendo, para o qual não há possibilidade de formulação verbal do discurso.

Ao atender um caso suspeito de violência, o profissional de saúde deve formular as seguintes questões:

- A lesão está de acordo com o que está sendo relatado? Há discrepância entre a história e o exame físico? As informações fornecidas pelos responsáveis são contraditórias, duvidosas ou confusas?
- Ela realmente pode ter ocorrido desta forma?
- A relação temporal está correta?
- As lesões são compatíveis com algum tipo de violência?
- A postura da família está adequada à gravidade do ocorrido?
- Houve retardo na busca de auxílio? É inexplicável o atraso entre o “acidente” e a procura de tratamento médico?
- Existem dados contraditórios na história da lesão? Existe história anterior semelhante?
- Os “acidentes” são recidivantes e os irmãos frequentemente apresentam achados semelhantes ou são responsabilizados pelo ocorrido?

É importante que todas estas questões sejam avaliadas sempre em equipe. Após prestar o acolhimento, o atendimento e fazer a notificação do caso suspeito ou confirmado, a equipe deve acionar a rede para a adoção de medidas de proteção à criança e à sua família, especialmente perante o conselho tutelar (CADERNO..., 2012).

13.4.1 Sinais de violência física

As lesões físicas intencionais mais frequentes são equimoses, hematomas e escoriações, em geral encontradas em locais normalmente protegidos, como costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés. Mordidas e queimaduras em locais bizarros e a marca do objeto utilizado na agressão são de fundamental importância (CADERNO..., 2012).

Devem ser observadas:

- Lesões não compatíveis com a idade ou o desenvolvimento psicomotor da criança:
 - Fraturas em crianças menores de 18 meses (BANASZKIEWICZ; SCOTLAND; MYERSCOUGH, 2002) [C].
- Lesões não justificáveis pelo acidente relatado:
 - Fraturas de fêmur em crianças menores de dezoito meses (REX et al., 2000) [B];
 - Fraturas de crânio em relato de quedas de berço (SOCIEDADE..., 2004);

- Fraturas de perna em quedas de bicicleta em crianças com menos de 4 anos (SOCIEDADE..., 2004).
- Lesões bilaterais:
 - Hemorragia bilateral de retina (BECHTEL et al., 2004) [A].
- Lesões em várias partes do corpo:
 - Lacerações, equimoses, hematomas, cortes, perfurações ou queimaduras que lembrem objetos (como fios, cintos, fivelas, solado de sapato etc.) ou partes do corpo do(a) agressor(a) (mãos, dedos etc.);
 - Lesões circulares no pescoço, nos punhos ou nos tornozelos são indícios de tentativa de enforcamento ou de que a criança estivesse sendo mantida amarrada (REX et al., 2000);
 - Ausência de cabelo e presença hemorrágica no couro cabeludo indicam puxões vigorosos dos cabelos e encobrem lesões internas mais comprometedoras, como fraturas (RUBIN et al., 2003) [B];
 - Edema subdural (NATIONAL..., 2006) [C];
 - Lesões que envolvem regiões do corpo usualmente cobertas (como em grandes extensões de dorso, na região interna da coxa, na genitália), dentes amolecidos ou fraturados (SOCIEDADE..., 2004);
 - Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura são características de maus-tratos, o que indica injúrias repetidas, que podem culminar com a morte da criança (CADERNO..., 2012);
 - Queimaduras por imersão ou escaldadura em luva, em meia, com limites bem definidos, envolvendo todo o membro ou parte dele, em região genital e na área das nádegas, ou ainda com forma do objeto, como ponta de cigarro (SOCIEDADE..., 2004);
 - Lesões abdominais em crianças maiores e adolescentes, decorrentes de espancamentos, socos ou pontapés, podem acarretar a ruptura ou o sangramento de vísceras ou síndromes obstrutivas de intestino delgado, por formação de hematomas de parede (idem).

13.4.2 Sinais de violência sexual

O quadro 22 apresenta os sinais físicos e comportamentais e os sentimentos frequentes das crianças e dos adolescentes que são vítimas de violência sexual.

Quadro 20 – Sinais físicos e comportamentais e os sentimentos decorrentes da violência sexual*

Sinais físicos	Sinais comportamentais**	Sentimentos frequentes
<p>Traumatismos e lesões diversas na genitália e/ou no ânus (vermelhidão, inchaço, mordida).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatação himenal. • Sangramentos (na vagina, no ânus etc.). • Secreções vaginais (“corrimentos”). • Infecções urinárias. • Doenças sexualmente transmissíveis (DST). • Gravidez. • Infecções crônicas de garganta. Nestes casos, deve-se fazer o diagnóstico diferencial. O agravo pode ter se dado pela prática do sexo oral. Deve-se pensar em gonorreia. • Doenças psicossomáticas (dor de barriga, dor de cabeça, dor nas pernas, nos braços, na vagina, no ânus). • Dores abdominais. • Enurese. • Encoprese. • Distúrbios na alimentação (perda ou ganho excessivo de peso). 	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios do sono (sonolência, pesadelos, cansaço, recusa em ir para a cama, insônia) ou do apetite (bulimia, anorexia). • Sintomas obsessivos compulsivos, como preocupação exagerada com limpeza. • Ansiedade extrema. • Comportamento muito agressivo ou apático. • Imagem corporal distorcida. • Baixa autoestima, insegurança. • Dificuldade de concentração e aprendizagem. • Relutância em voltar para casa. • Faltas frequentes à escola. • Dificuldades para participar de atividades físicas. • Afastamento, isolamento social, existência de poucos amigos da mesma faixa etária. • Choro sem motivo aparente. • Medos constantes (medo de adultos, medo de ser atraente, repulsa ao contato físico). • Comportamento tenso, hipervigilância (“estado de alerta”). • Desconfiança. • Tristeza, abatimento profundo, depressão (em razão de sentimento de culpa, de sentir-se “mau”). • Conduta regressiva com comportamento muito infantilizado. • Comportamento sexualmente explícito (quando a criança brinca, demonstra conhecimento detalhado sobre sexo, inapropriado para a idade). • Masturbação excessiva, brincadeiras sexuais agressivas. • Comportamento sedutor. • Fugas. • Automutilação. • Comportamentos antissociais. • Uso de álcool e drogas. • Agressões sexuais. • Promiscuidade, “prostituição”. • Tentativas ou fantasias suicidas, suicídio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa. • Vergonha. • Impotência. • Confusão. • Ambivalência. • Tristeza. • Medo. • Insegurança. • Desamparo.

Fonte: ABRAPIA, 2003.

Legenda:

* Estes indicadores podem estar presentes em outras formas de violência.

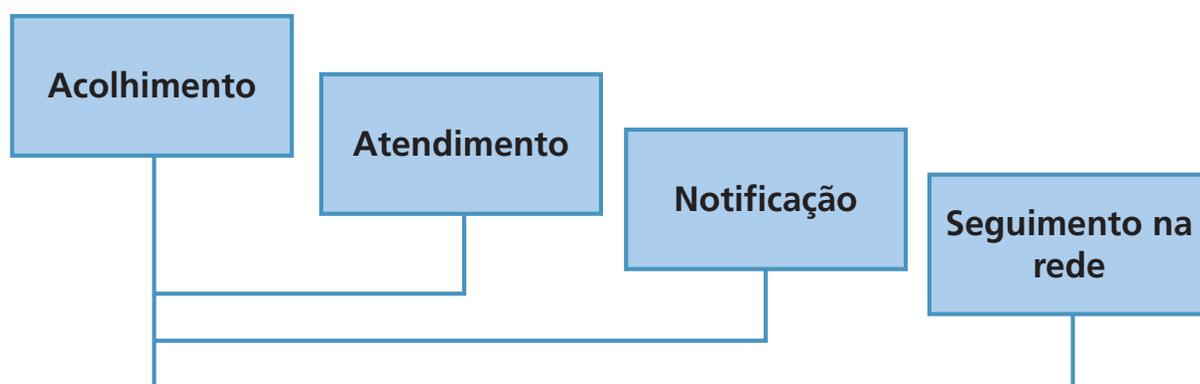
** Não se deve considerar nenhum indicador isoladamente, pois cada um deles pode caracterizar diferentes etapas do desenvolvimento normal ou outros fatores desencadeantes de problemas físicos e/ou psicológicos. Deve-se observar a ocorrência concomitante de vários sintomas e sinais ou seu surgimento inapropriado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

13.5 Cuidados com a criança em situações de violência

A Atenção Básica assume um papel importante para a atenção integral à saúde das crianças e de suas famílias em situações de violência, por ser o serviço responsável pela coordenação das ações de cuidado no território.

Os cuidados relativos às crianças em situações de violência encontram-se detalhados no documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde”. No seu conteúdo são abordados os seguintes temas: (a) promoção da saúde e da cultura da paz; (b) prevenção de violência; (c) vulnerabilidade para violências; (d) situações de risco e de proteção; (e) alerta para sinais e sintomas de violências; (f) definição das quatro dimensões em linha de cuidado; e (g) rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2010). A seguir, serão apresentadas, de forma resumida, as quatro dimensões do cuidado *como prática de saúde*, conforme mostra a figura 4.

Figura 4 – Linha de cuidado: dimensões do cuidado como prática de saúde



Fonte: BRASIL, 2010.

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho a ser percorrido para o alcance da atenção integral, uma vez que cria a sinergia entre os profissionais envolvidos e fortalece a responsabilização dos serviços numa cadeia de produção do cuidado em todos os espaços da atenção e de proteção (BRASIL, 2010).

13.5.1 O acolhimento e vínculo

O acolhimento da criança e da família em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção de saúde, como uma ação contínua em todo o percurso da atenção na rede de cuidado e de proteção social, diferenciando-se da tradicional triagem.

A atenção básica exerce um papel fundamental na dimensão da garantia do acesso e do acolhimento por ser o primeiro contato da criança e da família com o serviço. Neste sentido, os profissionais de saúde que compõem a equipe de Saúde da Família são os atores principais na referida abordagem (BRASIL, 2010; FERREIRA, 2005).

Como fazer o acolhimento?

- Todo e qualquer membro da equipe deve receber as crianças e suas famílias de forma empática e respeitosa;
- Deve-se acolher a criança e a família em lugar específico para este tipo de atendimento;
- Acompanhe o caso e proceda aos encaminhamentos desde a entrada da criança e de sua família no setor de saúde até o seguimento deles para a rede de cuidado e de proteção social;
- Adote atitudes positivas e de proteção à criança e à sua família;
- Atue de forma conjunta com toda a equipe (BRASIL, 2010).

13.5.2 O atendimento, o diagnóstico, o tratamento e o cuidado

De forma muito frequente, o profissional de saúde depara-se com situações de difícil diagnóstico e desconhece qual encaminhamento deve ser dado aos casos de violência. Sempre que possível, é importante que a avaliação seja feita por uma equipe multiprofissional, que pode compartilhar da decisão diante de cada caso (FERNANDES, C. L. C.; CURRA, 2007; ASSOCIAÇÃO..., 2003; SOCIEDADE..., 2001) [D].

Como o profissional de saúde pode contribuir para a interrupção do ciclo de violência?

Situações de violência precisam ser interrompidas.

eticamente, é necessário conversar com a família, explicar que, mesmo que não tenha havido a intenção de ferir ou negligenciar, a criança está em situação de risco e o profissional de saúde tem a obrigação legal de comunicar o que está acontecendo às instituições de proteção. Além disso, deverá salientar que a família se beneficiará da ajuda dos órgãos competentes. Desta forma, mantém-se uma atitude de solidariedade e cooperação, pois a família precisará de amparo e de reorganização de vínculos durante o processo de atendimento.

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

A proteção da criança deve nortear todo o atendimento prestado, objetivando seu bem-estar e o de seus familiares, além de sua segurança. Tal visão auxilia o profissional de saúde a acolher a família e a adotar uma atitude empática para com os pais e cuidadores (FERNANDES; CURRA, 2007; ASSOCIAÇÃO..., 2003; BRASIL, 2002; SOCIEDADE..., 2001; NATIONAL..., 2006; FERREIRA, 2005; LIVI, 2007).

O que fazer?

- Realize a consulta clínica: anamnese, exame físico;
- Avalie o caso (quando necessário, requirite a presença de outros profissionais, para a complementação do diagnóstico);
- Trate e oriente a família sobre os cuidados;
- Ofereça à família e às crianças os serviços especializados de psicologia e assistência social da sua equipe Nasf de referência;
- Discuta o caso com toda a equipe da área – médico(a), enfermeiro(a), odontólogos, técnicos e agentes comunitários de saúde –, para que todos se envolvam no plano de cuidado da família exposta à violência;
- Garanta-lhes a assistência continuada e interdisciplinar.

13.5.3 Notificação como instrumento de proteção e garantia de direitos

A notificação dos casos de violência deve ser entendida como um importante instrumento de proteção à criança e de apoio às suas famílias. Além do mais, permite que o profissional de saúde, após o registro e o conhecimento do caso, atue na perspectiva de prevenção da violência, especialmente as de repetição, mediante a orientação e o acompanhamento das famílias quando o evento ocorre no âmbito familiar (BRASIL, 2010).

A comunicação dos casos suspeitos e confirmados à autoridade competente (Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude) é obrigatória e de responsabilidade do profissional de saúde, conforme o previsto nos Artigos nº 13 e nº 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, regulamentada pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria MS/GM nº 1.968/2001, que dispõe sobre a notificação de casos suspeitos e confirmados de maus-tratos (violências) contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Os registros claros e compreensíveis sobre o tipo e a natureza da violência e sobre os dados do local de ocorrência e do possível agressor são variáveis que podem subsidiar as autoridades de saúde e do sistema de defesa e proteção para a adoção de medidas adequadas de cuidados e de proteção integral da criança. Nesta mesma linha, recomenda-se que sejam registrados em prontuário os dados de anamnese e dos exames físico e complementar, pois o sistema judiciário poderá solicitá-los à unidade de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2002).

Ao registrar a violência, o profissional reconhece as demandas especiais da vítima e aciona os mecanismos de proteção de responsabilidade do poder público. O trabalho do Conselho Tutelar visa à garantia dos direitos da criança, mediante a adoção de procedimentos necessários para a proteção integral da criança (BRASIL, 2002).

Como notificar?

- Preencha a “Ficha de Notificação/Investigação Individual: Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais”. É muito importante que a ficha seja preenchida no seu inteiro teor. Isso exige que os profissionais de atenção básica sejam capacitados para garantir a confiabilidade dos dados.
- Comunique o fato ao conselho tutelar que atende a comunidade ou ao conselho tutelar de sua respectiva área de atuação, mediante o envio de uma via da ficha. Se, porventura, não existir um conselho tutelar na região, encaminhe o caso para a Vara da Infância e da Juventude ou para o Ministério Público ou, ainda, para o órgão ou a autoridade competente.
- Arquive uma via da ficha no serviço ou na unidade de saúde que realizou a notificação ou que seja responsável pelo registro do caso.
- Qualquer pessoa vítima ou testemunha que necessite de orientação anônima pode utilizar o serviço de “disque-denúncia” no âmbito local ou discar 100 (Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes), que é um serviço válido para todo o território nacional e pode ser feito como uma simples ligação local, sem a necessidade de interurbano. O Disque-100 recebe denúncias de violação de direitos humanos de crianças e adolescentes, além de prestar orientações sobre os serviços e as redes de atendimento, defesa e proteção existentes nos estados e municípios brasileiros.

13.5.4 Seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social

A criança deve ser encaminhada e acompanhada para um serviço especializado que seja identificado com a referência, no território nacional, independentemente do nível de atenção, mesmo depois da notificação, pois as funções dos conselhos não substituem as da equipe de saúde no acompanhamento terapêutico de cada caso.

É fundamental que a equipe de saúde que identificou o caso mantenha o vínculo e o acompanhamento da criança e de sua família, monitorando o atendimento pelo serviço especializado, quando for o caso, acolhendo e oportunizando espaço para que tanto a criança quanto a família possam expressar seus sentimentos frequentes (culpa, vergonha, impotência, confusão, ambivalência, tristeza, medo, insegurança e desamparo). É importante também que a equipe esteja alerta para novas situações de risco e novos episódios de violência e garanta à criança e à família o acompanhamento de saúde e a oferta de ações de promoção e proteção. O acompanhamento da criança e da família pela equipe de saúde e pelo serviço de atenção básica ou especializado pode ser determinante para a sua adesão ao tratamento (FERREIRA, 2005).

A discussão dos casos atendidos, a supervisão continuada, as capacitações e a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial possibilitam que as equipes de saúde desenvolvam habilidades que permitem: (a) o reconhecimento de situações de vulnerabilidade e risco para a violência; (b) a atuação de forma preventiva junto às famílias e à comunidade; e (c) o aprimoramento de ações de promoção da saúde (SOUZA, 2007).

Além disso, o atendimento às vítimas da violência e às suas famílias pelas equipes de saúde deve estar vinculado a redes de proteção e apoio que articulem ações intersetoriais (BRASIL, 2010).

211

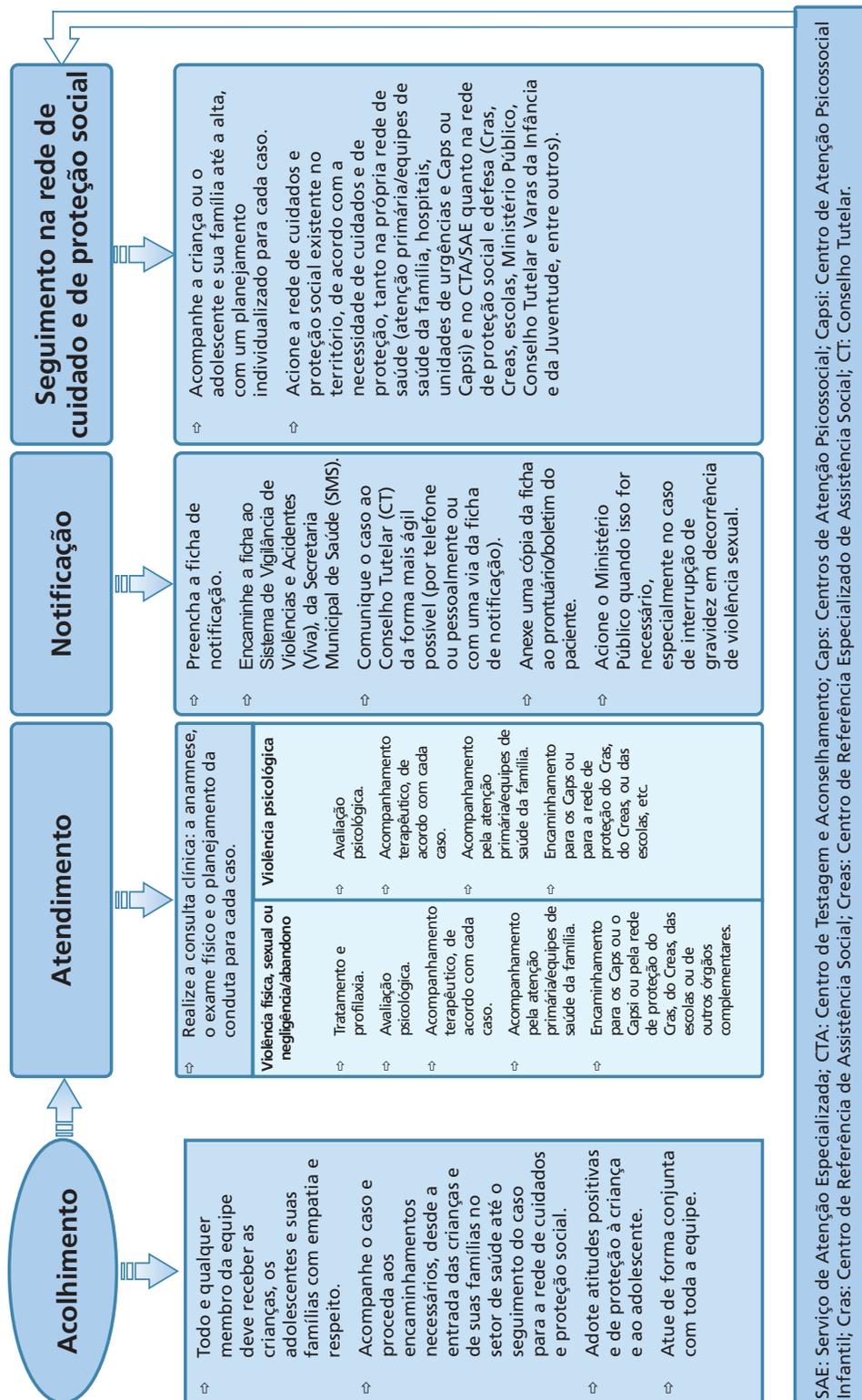
Como acionar a rede de cuidados e de proteção social?

De acordo com cada caso e as possibilidades terapêuticas, deve-se:

- Acionar a rede de saúde: unidades básicas, equipes de saúde da família, unidades e serviços especializados para a atenção a crianças e adolescentes em situações de violência, hospitais, unidades de pronto-atendimento (Upa 24h), unidades de urgências, Caps e Capsi.
- Acionar a rede de defesa e proteção social: o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Adolescência, o Ministério Público, o Cras, o Creas e as escolas, entre outros órgãos e estabelecimentos.⁷

⁷ Aspectos sobre a organização da referida rede encontram-se no capítulo 14 deste Caderno de Atenção Básica.

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



13.6 Prevenção de violências e promoção da cultura da paz

Prevenir violência significa antecipar, intervir precocemente, evitar ou tornar impossível que o fenômeno aconteça ou se repita. Para lidar com a prevenção de violências e a promoção da saúde é preciso acreditar que prevenir é possível e crer no potencial de transformação. É necessário ter uma abordagem de empatia ao lidar com o problema, respeitando a cultura familiar e comunitária. De igual forma, é necessário desenvolver habilidades de resolução de problemas e utilizar as situações de violência como ponto de partida para mudanças (SOUZA, 2007) [D].

Embora não tenham sido encontradas evidências que justifiquem o rastreamento de pais ou cuidadores para a prevenção da violência, sabe-se que o profissional de saúde tem um papel fundamental na prevenção da violência física contra crianças, discutindo e aconselhando-os a evitar atitudes potencialmente agressivas no relacionamento familiar (USPSTF, 2004) [D]. Deve-se informar aos pais e aos cuidadores que vivenciar a raiva e sentimentos ambivalentes é normal e que atitudes violentas também podem ser “desaprendidas”. De igual forma, é necessário reforçar a importância de formas não violentas de disciplina e de resolução de conflitos. Algumas orientações, como questionar se a família possui armas de fogo em casa e orientar seu armazenamento em local seguro, têm sido consideradas (idem) [D]. É importante ainda que o profissional saiba identificar fatores individuais, familiares, institucionais e sociais de risco e de proteção. Ações de promoção da saúde, a identificação e o reforço de fatores de proteção podem contrabalançar ou minimizar os fatores de risco, além de estimular capacidades e o exercício do autocuidado e de ajuda mútua (SOUZA, 2007) [D].

O desenvolvimento de capacidades e habilidades encontra-se em destaque como estratégia a ser utilizada para reduzir as vulnerabilidades das pessoas em relação a todas as formas de violência (ONU, 2005) [D]. Neste sentido, a visita domiciliar é de fundamental importância, pois o profissional de saúde interage horizontalmente com a família, facilitando o entendimento de diversas situações e com a possibilidade de contextualizar melhor o problema (MACMILLAN, 2000) [A].

13.6.1 Situações protetoras para o bebê e a criança

O afeto fortalecido e protegido (como forma de apoio e suporte), o acompanhamento do bebê já no pré-natal e o acompanhamento da saúde materno-infantil pelos profissionais de saúde são recursos protetores importantes (CYRULNIK, 2004) [D].

Na infância, a maior parte dos fatores de proteção está na família, responsável pelo desenvolvimento inicial das capacidades da criança. A consciência, a autoestima, a autoconfiança, a autonomia, o aprendizado de limites e o potencial de resiliência começam a ser estruturados nesta fase. O cuidado caloroso, afetuoso e respeitoso dado à criança é um privilegiado fator de proteção que desenvolve características primárias do ser humano (BRASIL, 2010; SOUZA, 2007).

Neste sentido, são indicados programas de fortalecimento das famílias, para que proporcionem ambiente seguro e acolhedor e desenvolvam capacidades em seus filhos (MACMILLAN, 2000) [C]. O apoio às mães influencia uma resposta mais positiva às solicitações da criança e propicia maior afetividade (SOUZA, 2007).

No primeiro ano de vida da criança, é fundamental que, a cada consulta ou visita, seja feito um reforço do vínculo afetivo da criança com os pais e os cuidadores (FALCETO, 2002) [D]. É importante orientar a família para que o pai se envolva diretamente com os cuidados ao bebê, já que tal cuidado geralmente está centrado na figura materna, especialmente nos primeiros meses de vida da criança (NATIONAL..., 2006) [D]. Em relação às situações de negligência, as orientações profissionais são importantes no sentido da conscientização da importância dos cuidados, a exemplo das orientações quanto aos hábitos de higiene e de vacinação e no tocante às visitas regulares ao serviço de saúde (SOUZA, 2007) [D].

Grupos de amigos que promovam um sentimento de pertencimento representam ainda um fator de proteção para crianças um pouco mais velhas (SOUZA, 2007; FERNANDES; CURRA, 2007).

A escola também pode proteger as crianças, estimulando sua autoconfiança e a percepção de suas próprias possibilidades, promovendo-lhes o pensamento crítico e a sua confiança na tomada de decisões. O estabelecimento escolar ainda pode encorajá-los a elaborar maneiras de lidar com sentimentos de raiva e inferioridade, a reduzir seus preconceitos, a antecipar consequências de comportamentos agressivos e a elaborar formas não violentas de resolução de conflitos, além de incentivar-lhes o julgamento moral (SOUZA, 2007; ADI et al., 2007) [B].

Em relação às situações de violência escolar, é importante reconhecer os sinais de violência, de forma a intervir precocemente no sentido de minimizar futuros danos. A primeira providência é valorizar a queixa e o sofrimento. O atendimento, sempre que possível, deve envolver a criança e o adolescente, suas famílias e a comunidade escolar (ASSOCIAÇÃO..., 2008b) [D].

Ações com foco nos núcleos familiares, treinamento parental e intervenções na gravidez e na infância precoces, para famílias em risco, por meio de visitas domiciliares desde o nascimento da criança até a escola, reduzem problemas como: violência física, sexual e psicológica durante a infância e problemas de comportamento (SOUZA, 2007) [D].

O visitador cuida do desenvolvimento da criança por meio de informações às famílias, suporte emocional, ensino ativo ou apenas pelo acompanhamento familiar e pela escuta de suas dificuldades, trabalhando essencialmente com o vínculo entre os pais, os cuidadores e a criança (DARO; DONNELLY, 2002).

Há diversos estudos que procuram associar a realização de visitas domiciliares por profissionais de saúde (técnicos ou não) à prevenção de violências ou à negligência às crianças. O único estudo que mostra um desfecho positivo, ou seja, a redução de violência e de negligência com crianças é um estudo realizado nos Estados Unidos (EUA), onde ocorreram visitas domiciliares realizadas por enfermeiras para mães adolescentes, primíparas, solteiras com baixo nível socioeconômico (MACMILLAN, 2000; BRITO et al., 2005; OLDS et al., 1997) [A].

De forma ideal, são recomendadas visitas regulares da equipe de saúde a todas as famílias da área de responsabilidade de cada serviço, como um instrumento que aproxima a equipe de saúde do contexto de vida das famílias e possibilita a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas (veja o capítulo 2: “Visita Domiciliar para a Família do Recém-Nascido”). Tais visitas são preconizadas principalmente para mães de primeiro filho, de nível socioeconômico baixo, mães ou pais solteiros e mães ou pais adolescentes, como um instrumento de prevenção de violências.

13.6.2 Fatores de vulnerabilidade para a violência contra crianças

- Pais muito jovens, solteiros, de baixo nível socioeconômico e um dos parceiros com menos tempo de estudo do que o outro [B].
- Ambientes familiares instáveis (em decorrência de violência intrafamiliar), uso abusivo de álcool e/ou drogas.
- Pais com baixa autoestima, controle deficiente de impulsos, problemas de saúde mental, comportamentos antissociais.
- Pais que foram maltratados na infância [C].
- Violência aprendida como forma de resolução de conflitos.
- Uso da punição física (palmada) como prática normal de disciplina.
- Abuso de substâncias, estresse e isolamento social [C].
- Fatores que aumentam o nível de conflito e a capacidade de lidar com ele e encontrar apoio (perda de emprego, doenças etc.) [C].
- Elevados níveis de pobreza, desemprego e rotatividade populacional que impactam o comportamento parental, deteriorando as estruturas físicas e sociais da comunidade [C].
- Normas culturais com definições rígidas de papéis do casal, relação com os filhos, famílias isoladas do convívio social (SOUZA, 2007).
- Rede de proteção social frágil e ausência de políticas públicas de proteção para crianças e famílias, além da facilidade de ingresso e da receptividade das organizações criminosas que utilizam crianças e adolescentes [C].
- Crianças com distúrbios psíquicos ou mentais (RUBIN et al., 2003; BORDIN et al., 2006; HABIGZANG et al., 2005) [C].

13.6.3 Fatores de vulnerabilidade para a violência na gestação e no puerpério

216

Na gestação, alguns dos fatores de vulnerabilidade são os seguintes: gravidez indesejada, ocultação da gravidez, tentativa de aborto, desejo de “doar” o filho, mãe solteira sem suporte emocional, desajustes sérios entre os genitores, história de doença mental ou distúrbios emocionais, drogadição, alcoolismo, história de comportamentos violentos, história pessoal de vitimização perinatal, depressão, raiva, apatia, comentários depreciativos sobre o bebê (CARDOSO et al., 2006) [D].

Já no puerpério, algumas atitudes atípicas da mãe para com seu bebê são consideradas fatores de vulnerabilidade, tais como: (a) não desejar segurá-lo; (b) não alimentá-lo e não acariciá-lo; (c) repulsa pelas secreções e pelos excrementos; (d) amamentar com indiferença; (e) desinteresse pelas orientações; (f) falta de visitas à criança hospitalizada; (g) não realizar o acompanhamento médico da criança; (h) rudeza no trato com a criança; (i) negligência na higiene; (j) agressividade; (k) extrema exigência em relação à criança; (l) criança de baixo peso e/ou com desenvolvimento prejudicado (CARDOSO et al., 2006) [D].

Referências

- ADI, Y. et al. **Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education**. Warwick: Warwick Medical School, 2007.
- ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF-Paideia de Campinas (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Summary of recommendations for clinical preventive services: revision 6.5**. Leewood, Mar. 2008.
- ASSIS, S. G. (Org.). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco**. Rio de Janeiro, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Didaticamente, quais e como são as formas mais comuns de maus-tratos?** Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2008a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Reconhecendo os diferentes tipos de violência**. Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2008b.
- BANASZKIEWICZ, P. A.; SCOTLAND, T. R.; MYERSCOUGH, E. J. Fractures in children younger than age 1 year: importance of collaboration with child protection services. **Journal of Pediatric Orthopaedics**, New York, v. 22, n. 6, p. 740-744, Nov./Dec. 2002.
- BECHTEL, K. et al. Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized young children with head trauma. **Pediatrics**, Evanston, v. 114, n. 1, p. 165-168, Jul. 2004.
- BORDIN, I. A. S. et al. Severe physical punishment and mental health problems in a economically disadvantaged population of children and adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 290-296, 2006.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, 31 dez. 1940.
- _____. Justiça do Trabalho. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, 9 ago. 1943. Brasília, DF, 09 ago. 1943.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais em cidadania em saúde**. Brasília: Editora MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Editora MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007.** Brasília: Editora MS, 2009. 154 p.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.143-149, jan./mar. 2005.

CADERNO de maus-tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de saúde. 27 p. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/cij/programas/apomt/textos_parceiros/ses_caderno_maustratos.doc>. Acesso em: 8 maio 2012.

CARDOSO, A. C. A. et al. Violência contra crianças e adolescentes. In: FÓRUM PAULISTA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 1, 2006, São Paulo. [Anais ...]. São Paulo: Sociedade de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br/upload/441/Apostila%20parte%201.pdf>>. Acesso em: 22 ago 2008.

CYRULNIK, B. **Os patinhos feios.** São Paulo: M. Fontes, 2004.

DARO, D.; DONNELLY, A. C. Charting the waves of prevention: two steps forward, one step back. **Child Abuse and Neglect**, Oxford, v. 26, n. 6/7, p. 731-742, 2002.

FALCETO, O. G. **A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento.** Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS, 2002.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. **Violência intrafamiliar e atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005. Suplemento.

HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: OMS, 2002.

LIVI, L. K. **Ficha de notificação de violências: manual de preenchimento.** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

MACMILLAN, H. L. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. **CMAJ**, Ottawa, v. 163, n. 11, Nov. 2000. Disponível em: <<http://ecmaj.com/cgi/content/full/163/11/1451>>. Acesso em: 8 maio 2012.

MAGALHÃES, M. L.; FRANCO NETTO, T. L. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz.** Brasília: Editora MS, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. **NICE: Clinical Guideline**, London, n. 37, Jul. 2006.

OLDS, D. L. et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. **JAMA**, Chicago, v. 278, n. 8, p. 637-643, Aug. 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potenciais do Brasil: avaliação conjunta do país, UNTC no Brasil**. 2005. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/CCABrasil2005_por.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2008.

PINHEIRO, P. S. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html>>. Acesso em: 10 out. 2009.

REX, C. M. S. et al. Features of femoral fractures in nonaccidental injury. **Journal of Pediatric Orthopaedics**, New York, v. 20, n. 3, p. 411-413, May/Jun. 2000.

RUBIN, D. et al. Occult head injury in high-risk abused children. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 6, pt. 1, p. 1382-1386, Jun. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA. Maus-tratos na infância e adolescência. In: _____. **Proato – Programa de Atualização em Traumatologia e Ortopedia**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 125-162.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, E. R. (Org.). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Screening for family and intimate partner violence, topic page**, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfamv.htm>>. Acesso em: 8 maio 2012.

Rede de Cuidado e de Proteção Social

14

É dever da família, da sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos da criança. O texto constitucional e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) marcam o início de uma nova fase em relação às políticas para a infância, resultado do movimento nacional e internacional de defesa dos direitos do referido público.

O ECA está fundamentado na doutrina da proteção integral, que reconhece as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento, cuja proteção e cujos direitos devem ser efetivados pelas políticas sociais. As crianças e os adolescentes têm prioridade no acesso aos serviços públicos e primazia na proteção e nos cuidados em quaisquer circunstâncias, com precedência no atendimento. Além disso, têm preferência como sujeitos que devem ser considerados na formulação e na execução de políticas públicas e na destinação privilegiada de recursos.

A constituição de redes de proteção integral para a criança está prevista no ECA, que dispõe sobre as atribuições de cada ente público na promoção, na proteção e na defesa dos direitos humanos do referido grupo. Trata-se de uma divisão de trabalho entre o Estado (nas esferas estaduais e municipais e na federal) – que envolve os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário –, com a participação fundamental do Ministério Público, da sociedade e da família.

No entanto, para a organização de uma rede de cuidados e de proteção efetiva, é necessária a articulação dos sujeitos por meio do diálogo, do respeito, do compromisso e da solidariedade. Não é suficiente o acesso a uma lista de recursos sociais disponíveis, mas sim a busca de uma ação conjunta, de forma coparticipativa, com o objetivo comum da solução de situações que emergem em uma determinada comunidade. A viabilização da lei implica a construção de redes sociais a partir de uma responsabilidade coletiva da sociedade e das instituições, de forma a viabilizar a proteção integral mediante a constituição de uma metodologia interdisciplinar e interinstitucional de trabalho social.

Em cada situação, é importante um trabalho que busque a identificação de alternativas de ações e de estratégias de proteção e defesa dos direitos da criança que sejam compatíveis com os recursos disponíveis (na família, nas instituições, na comunidade etc.).

É necessário buscar sempre o contato prévio com as instituições e as pessoas que formarão a rede que estamos propondo, aumentando a possibilidade de resolutividade das situações complexas que são colocadas no cotidiano de trabalho. O procedimento de documentar o contato, esclarecendo o motivo e o objetivo comum, também poderá contribuir para instrumentalizar as pessoas envolvidas e estabelecer o planejamento da ação conjunta.

Nas questões relativas aos casos de suspeita ou confirmação de violência ou negligência contra a criança, o profissional de atenção básica, em visita domiciliar, inicia a sua ação mediante a comunicação do fato aos serviços integrantes da rede de cuidados e de proteção social, responsabilizando-se pelo relato da suspeita trazida e acompanhando a continuidade das ações desenvolvidas.

Considerando-se a relevância deste tema, recomenda-se a consulta ao capítulo 6 da publicação “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, editada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes/SAS/MS), que trata sobre a Rede de Cuidado e de Proteção Social e traz diretrizes e orientações para os gestores e profissionais de saúde para a organização de serviços e ações no território nacional (Cf. BRASIL, 2010). A seguir, destacamos apenas alguns serviços para o início do trabalho de articulação diante de uma situação de risco e de vulnerabilidade para violências identificada pelos profissionais da Atenção Básica.

14.1 Rede de saúde

A rede de saúde no território é composta por um conjunto de equipamentos públicos que prestam serviços à população e são complementados com serviços privados. Os serviços são organizados de maneira hierarquizada e regionalizada em três níveis de atenção: básica, de média e alta complexidade.

Serviços da Atenção Básica

São compostos por unidades básicas de saúde e por equipes de saúde da família (ESF). A Atenção Básica responde pela coordenação do cuidado no território, organizando suas ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Para a Atenção Básica ser bem-sucedida no enfrentamento dos novos desafios epidemiológicos da saúde da criança (como a questão da violência), desafios estes caracterizados por um forte componente psicossocial, a referida área precisa desenvolver uma atenção baseada em trabalho de equipe multiprofissional, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade, além de intensa parceria intersetorial (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Atribuições das equipes de atenção básica em situações de violência:

- Realizar o acolhimento de crianças, adolescentes e suas famílias;
- Oferecer os cuidados e a proteção para crianças, adolescentes e suas famílias;
- Realizar o acompanhamento de crianças e adolescentes desde a sua entrada no serviço, o registro da ocorrência policial e a preparação para a perícia médica, a depender do tipo de violência sofrida;
- Notificar o caso de suspeita ou confirmação de violência (o registro em ficha própria em três vias), caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Comunicar o caso ao conselho tutelar, caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Realizar a avaliação clínica até o encaminhamento das vítimas para tratamento terapêutico na rede de cuidado e de proteção social do município de origem da criança e de sua família.

Saúde mental na Atenção Básica

O trabalho entre as ESF e as equipes de saúde mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades. Além disso, propicia o uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

Atenção especializada e de apoio à gestão

Compreende os equipamentos de média e alta complexidade formados por hospitais, maternidades, unidades de pronto atendimento (UPA 24h), serviços de urgência e emergência e serviços/unidades especializadas no atendimento de crianças e adolescentes em situações de violência e que também são prestados por organizações não governamentais.

Serviço especializado para a atenção e os cuidados a crianças e adolescentes em situações de violência

Trata-se de um serviço especializado vinculado a um hospital ou a uma unidade básica de saúde do município e que tenha sido definido pelo gestor local para este tipo de atendimento. A equipe do referido serviço deve ser formada por assistentes sociais, psicólogos, pediatras, ginecologistas, psiquiatras, pedagogos, advogados e policiais civis, entre outros profissionais que atuam na garantia de direitos de crianças e adolescentes.

Atribuições do serviço especializado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situações de violência

- Realizar o acolhimento da criança e de sua família;
- Oferecer os cuidados e a proteção à criança e à sua família;
- Discutir com a equipe multiprofissional o diagnóstico, o tratamento e os cuidados;
- Realizar o acompanhamento de crianças, adolescentes e famílias desde a sua entrada no serviço, o registro da ocorrência policial e a preparação para a perícia médica, a depender do tipo de violência;
- Notificar o caso de suspeita ou confirmação de violência (o registro em ficha própria em três vias), caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Comunicar o caso ao conselho tutelar, caso seja a porta de entrada ou o primeiro contato;
- Realizar a avaliação clínica até o seguimento do caso, que deve ser feito na rede de cuidado e de proteção social, para o tratamento terapêutico da vítima, a ser realizado no município de origem da criança ou no serviço regional referenciado;
- Agendar o retorno para o acompanhamento e a avaliação do caso.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

Criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção básica, mediante a assessoria e o apoio às equipes de saúde da família (ESF) na rede de serviços e nos processos de territorialização e regionalização.

Atribuições dos Nasf:

- Promover capacitações de profissionais de saúde, de assistência social, de educação e de demais profissionais da rede, bem como das famílias, em relação aos cuidados diferenciados para crianças e adolescentes em situações de violência;
- Prestar apoio técnico às equipes de saúde da família de forma matricial, garantindo suporte aos profissionais de saúde (cuidado do cuidador);
- Dispor de psicólogos(as) e de assistentes sociais nas equipes dos Nasf para o cuidado integral às crianças em situações de violência.

226

14.2 Rede intersetorial

A rede intersetorial é composta de todos os serviços e equipamentos que atendem crianças e adolescentes no território nacional. É no referido ambiente que a Saúde dialoga com os sistemas de proteção social, justiça, segurança pública, direitos humanos e com o Ministério Público. A seguir, destacam-se alguns serviços e equipamentos que compõem a citada rede.

Rede da Assistência Social

Centros de Referência da Assistência Social (Cras) – Consistem de unidades públicas da política de assistência social, de base municipal, integrantes do Sistema Único da Assistência Social (Suas), localizados em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social.

Atribuições dos Cras:

- Prestar serviços e oferecer programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e aos indivíduos; e
- Articular os serviços no seu território de abrangência e apresentar uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social.

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) – É uma unidade de referência e contrarreferência de proteção social básica, especial e articulada com as políticas públicas setoriais e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

Atribuições do Creas:

- Ofertar serviços especializados e continuados às famílias brasileiras e aos indivíduos nas diversas situações de violação de direitos com o intuito de promover a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar ações para os(as) usuários(as).

Rede de ensino/educação

Tal rede desempenha papel importante como agente formador e indutor de transformação no território quando está envolvida na rede de cuidados e de proteção social, por meio do seu conjunto de estabelecimentos de ensino em âmbito local.

Atribuições da rede de ensino:

- Ofertar serviços para famílias em situações de vulnerabilidade para violências;
- Integrar-se ao sistema de notificação compulsória de casos de violência contra a criança com a rede de cuidados e proteção social no território, especialmente com a saúde e a assistência social;
- Participar do planejamento das ações de elaboração dos fluxos e protocolos de atenção integral à criança e de organização da rede de cuidados e de proteção social no território.

Rede de defesa e proteção de crianças e famílias

O ECA garante o acesso de toda criança ou adolescente à Defensoria Pública, ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, por qualquer de seus órgãos. Os conselhos tutelares também fazem parte da rede.

Conselhos tutelares

São órgãos permanentes e autônomos, não jurisdicionais, encarregados pela sociedade brasileira de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Os conselhos tutelares encontram-se em funcionamento na maioria dos municípios brasileiros e no Distrito Federal.

Atribuições dos conselhos tutelares:

- Zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes (art. 131 do ECA);
- Atender as crianças e os adolescentes sempre que seus direitos reconhecidos forem ameaçados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis e em razão de sua conduta (arts. 136 e 98 do ECA);
- Atender e aconselhar os pais ou responsáveis, aplicando medidas previstas no art. 129 do ECA, incisos I a V;
- Requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
- Articular ações e procedimentos perante as instâncias do poder público, tais como o Ministério Público, a Vara da Infância e da Juventude e a Defensoria Pública, entre outros órgãos.

Referências

ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF – Paideia de Campinas (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Editora MS, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República, 2008.

Promoção, Narração,
Brincadeira e Imaginação
em Saúde

15

Autor convidado: Celso Gutfreind
(psiquiatra, psicanalista infantil e escritor)

Todos os que são do ramo sabem que a promoção da saúde é um assunto muito sério. Não é nosso interesse minimizar esta máxima ou bagunçar um coreto tão difícil quanto frágil. Mas vamos sacudir a lógica, sim, com a proposta de que a imaginação e a brincadeira podem ser fundamentais para que esta seriedade dê certo.

Para isso, somarei esforços. Primeiramente, ao me lembrar de meu aprendizado no tempo em que fiz a residência em Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre (RS). Depois, ao acrescentar minhas experiências recentes e atuais de pesquisador na área da Psicanálise. Em todos estes aprendizados, um leitor de poesia estará sempre presente. Até pode ser que se faça isso ao juntar *alhos com bugalhos*, mas, em saúde, é o que tentamos fazer, sob a capa de um nome mais pomposo: integração.

Se integrar é preciso, nosso texto defende a hipótese de que, na promoção de saúde na infância, as práticas de brincar, imaginar e contar também o são.

Brincando e integrando, o primeiro desafio com que nos deparamos, na primeira infância, é o encontro com os pais, que são os primeiros e maiores promotores de saúde mental. Pouco pensamos nisso em nossas cartilhas, mas a saúde de cada bebê que nasce depende das qualidades destes seus primeiros (e, ainda que indiretamente, eternos) cuidadores.

Neste sentido, a psicanálise também anda juntando *bugalhos e alhos*. No terreno da infância, por exemplo, já se sabe que não se pode atuar (pensar, sentir) longe da parentalidade. Promover saúde em crianças, enfim, é promover a saúde de seus pais.

Bastaria, então, pensar: é só pegar nossos conhecimentos científicos, nossos dados e nossas evidências e reparti-los com os maiores em busca de que os repartam com os menores.

Ora, ora... Não esqueci que evoquei, há pouco, a experiência em Medicina de Família. Trabalhar em uma comunidade é, antes de qualquer outra coisa, aprender com ela, negociar sentidos com ela, encontrar dentro dela seus próprios recursos, seus interesses e suas possibilidades de parceria. Vale o mesmo para os pais, o que representa uma amostra mínima do que é uma comunidade à prova de qualquer conselho ou mostra de sabedoria. Para eles, vale a epifania do escritor Oscar Wilde: "pior do que um conselho é um conselho bom".

Não há conselhos nem certezas, e agora estamos perdidos. Não há uma promoção de saúde: há tantas quantas forem as comunidades a que se destina. "Descobri que é preciso aprender a nascer todo dia", cantou o poeta Chacal. Poetas são excelentes promotores de saúde, embora mal remunerados, como todo bom promotor de saúde.

Vivemos em uma sociedade também doente. Mas há salvação, basta tentar encontrá-la. Ou seja, encontrar os pais em busca de reforçar suas funções (mas não inventá-las) e, neste sentido,

talvez a nossa principal função seja a de promover um encontro de qualidade com os cuidadores, a mãe, o pai, a comunidade. A qualidade aqui evocada é a de reforçar positivamente o narcisismo desses protagonistas, sugerindo que perder tempo e brincar é ganhar imaginação e recursos em saúde mental.

232

Estamos no terreno da saúde coletiva, mas a velha equação de Sigmund Freud, lapidada por Bernard Golse, pode nos ajudar. Somos também o resultado de uma equação na qual entram a nossa saúde orgânica (nossos genes, nossas condições de parto etc.) e a qualidade de nossas interações ou nossos encontros. Enfim, crescemos no cruzamento do biológico e do relacional, num misto bem dosado de presença e ausência. Presença demais nos sufoca. Ausência em demasia não nos deflagra.

A psicanálise que abra espaço, e a saúde coletiva que aguarde. Neste ponto, a psicologia do apego de John Bowlby é fundamental. Aqui nos deparamos com outro cruzamento, no caso o do intrapsíquico e do contexto.

O que seremos, no final da partida, começaria, portanto, a se decidir nos primeiros minutos: seguros? Inseguros? Desorganizados?

Hoje em dia, não pode haver promoção de saúde que não se detenha na primeira infância, na gestação, nos primeiros segundos de explosão da vida.

É preciso começar de mãos dadas para seguir se sentindo de mãos dadas quando mãos não houver mais. E, como sempre, mais do que o cientista J. Bowlby, quem cantou melhor este processo foi o poeta: “Já não há mãos dadas no mundo. / Elas agora viajarão sozinhas (...)” (DRUMMOND, 1984).

Desconfiamos de que viemos ao mundo prontinhos para nos apegar. Não há saúde física nem mental sem um vínculo de qualidade entre o bebê e sua mãe. O meio precisa garanti-lo, e o destino saudável disso tudo é abrir mão de tudo isso: o desapego. “Foi meu destino amar e despedir-me”, cantou o poeta Neruda, talvez pensando em crianças que vão bem.

Quase tudo, enfim, se decide nos encontros e na qualidade das interações. Haveria, portanto, um encontro original com o pai e a mãe ou os cuidadores. Eles garantiriam a filiação que, em seguida, nos conduziria para a comunidade ou a afiliação. Neste ponto, a psicanálise pode nos ajudar outra vez, com a pista de que todos os encontros subsequentes (escola, posto de saúde, consultório) são derivados (transferidos) do primeiro. Promover saúde é trabalhar pelo menos com duas chances.

Encontro, enfim, é tudo. Pleno de interações, que são, em primeiro lugar, concretas. Afinal, é preciso estar presente, e resta pouca saúde nas guerras, nas catástrofes, nas carências afetivas graves. Sobrevivemos, pois somos seres de resiliência, mas levaremos com a gente sequelas na vida abstrata e nas possibilidades de vínculo. Saúde é poder inventar, imaginar, fazer laços.

Mas a presença pode não bastar, pois as interações também são afetivas e dependem da nossa capacidade de olhar, desejar, tocar, se importar. “Olhei no teu olhar e me apaixonei”, cantou Martinho da Vila, este excelente promotor de saúde mental.

O ser humano é mesmo enigmático, e os cuidadores podem estar presentes e afetivos sem que a saúde ocupe a cena. Porque somos seres fantasmáticos, expressivos, e aquilo que não podemos dizer torna-se barreira para o desenvolvimento de nossos filhos.

Também por isso, promover saúde pode ser bastante simples e barato. É abrir – no pré-natal, no puerpério, em qualquer canto de consulta ou visita domiciliar – um espaço para que as pessoas falem, contem, digam, justamente para que não precisem jogar à força tais afetos represados nas gerações seguintes. É preciso, sim, saber o nível da glicemia e o valor da pressão sistólica. Mas também da dor que uma perda indelével pode ter causado. Outro poema aqui nos resume:

*Os olhos do bebê
São brilhantes.
A boca do bebê
É sorridente,
Os braços do bebê
Abraçam o mundo.
O bebê rejeita o engano,
Não aceita mentira,
Renega a ilusão.
Ele resiste, sorri,
Chora, supera, contente.
O bebê tem sua missão.
Destruir a decepção
Que lhe deram
De presente.*

Chama-se “O Parto”, e seu autor é Fausto Wolff. Suas metáforas sintetizam o que viemos pensando. Nascermos com competências de atrair os outros, mas os outros também precisam desfazer suas decepções em outro lugar que não seja o nosso nascimento. Facilitar tais processos também é promover saúde.

Há outros aspectos das interações. Sabemos que a angústia do outro sempre nos contamina, num contexto evocativo presente. Sabemos que temos dificuldades de tolerar o que não sabemos e que é preciso acolher para espargir tudo isso e criar um clima favorável para o desenvolvimento. Temos outro grande desafio como pais ou como comunidade: viajar do imprescindível ao prescindível, da ilusão à desilusão. Também aqui não há regras, mas, outra vez, as qualidades da interação ajudam: poder olhar, tocar e... sobretudo poder narrar, contar. E, sobretudo outra vez, poder brincar.

Brincar é encontrar sentidos, é reparar. Ouçamos outro poeta:

*Andorinha lá fora está dizendo:
– “Passei o dia à toa, à toa!”*

Andorinha, andorinha, minha cantiga é mais triste!

Passei a vida à toa, à toa...

(Manuel Bandeira: "Andorinha")

O poeta nos ensina que promover saúde mental é abrir espaços familiares e comunitários de perda de tempo, de estar à toa. É o que gera poesia ou saúde. Promover saúde também é esquecer-se dela no bom sentido, brincar com ela em todos os sentidos.

Não há saúde física nem mental que não seja acompanhada pelo crescimento da vida imaginária, do sonho, da fantasia. O estado ideal de uma agente de saúde (mãe, pai, cuidadora em creche ou agente mesmo) que cuida de uma criança foi bem sintetizado por outra poeta:

Eu queria pentear o menino

Como os anjinhos de caracóis.

Mas ele quer cortar o cabelo,

Porque é pescador e precisa de anzóis.

Eu queria calçar o menino

Com umas botinhas de cetim.

Mas ele diz que agora é sapinho

E mora nas águas do jardim.

Eu queria dar ao menino

Umas asinhas de arame e algodão.

Mas ele diz que não pode ser anjo,

Pois todos já sabem que ele é índio e leão.

(Este menino está sempre brincando,

Dizendo-me coisas assim.

Mas eu bem sei que ele é um anjo escondido,

Um anjo que troça de mim).

(Cecília Meireles: "Cantiga da Babá")

Em uma de nossas pesquisas, juntando psicanálise e saúde comunitária, oferecemos um tratamento em grupo para crianças maltratadas e separadas de seus pais. Na comunidade dos abrigos, ouvindo seus anseios, aproveitando suas possibilidades, abrimos um espaço de promoção de contação de histórias, seguida de teatro, desenhos, expressões. Um menino, por exemplo, sonhou com seu pai e sua mãe (ausentes) e, por intermédio deste sonho, falou de suas dores, ou seja, melhorou. Outro grupo de crianças colocou em cena, por meio dos *Três Porquinhos*, o desejo de não se separar da mãe. Na história verdadeira (?), os porquinhos despedem-se da mãe e vão ao mundo. Na reinventada, as crianças colocam em cena o seu desejo maior: reencontrar a mãe. Também melhoraram.

Pois é sempre nisto que dá – e que delícia – quando se abrem espaços lúdicos para uma criança: o incremento da possibilidade de que contem mais e melhor. Imaginem mais e melhor. Sejam mais saudáveis, enfim. E alcancem aquela que é talvez a maior evidência – raramente evidenciada – da saúde de uma criança ou de um adulto: a possibilidade de imaginar uma outra história.

Em todas estas histórias, observamos um aumento da capacidade de atenção e da resiliência (apego seguro). A capacidade de falar e ouvir. Promovemos muita saúde se podemos contar e ouvir o que os outros contam.

Já está na hora de concluirmos, mas o que fazer se já não temos certeza?... Vamos retomar nossas desconfianças! Saúde também é imaginação e capacidade simbólica, e tudo isso vem da qualidade de um encontro. Empatia gera metáforas, capacidade de criar, especialmente se os encontros foram suficientemente perto e longe, num equilíbrio de presença e ausência.

Ao poeta a palavra novamente:

A realidade é coisa delicada,

De se pegar com as pontas dos dedos.

Um gesto mais brutal, e pronto: o nada.

A qualquer hora pode advir o fim,

O mais terrível de todos os medos.

Mas, felizmente, não é bem assim.

Há uma saída – falar, falar muito.

São as palavras que suportam o mundo,

Não os ombros. Sem o “por que”, o “sim”,

Todos os ombros afundavam juntos.

Basta uma boca aberta (ou um rabisco

Num papel) para salvar o universo.

Portanto, meus amigos, eu insisto:

Falem sem parar. Mesmo sem assunto.

(Paulo Henriques Brito: “De Vulgari Eloquentia”)

Promover saúde é uma coisa muito séria e complexa. Mas pode ter seus atalhos e seus momentos simples, baratos. Como estes subjetivos e aqui evidenciados ao se fomentar espaços para que se brinque, se fale, se conte.

Referências

ANDRADE, C. D. **Corpo**. Rio de Janeiro: Record, 1984.

BANDEIRA, M. **Estrela da vida inteira**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1983.

BOWLBY, J. **Attachement et perte: a separation, angoisse et colère**. Paris: Puf, 1978. v. 2.

BOWLBY, J. **Soins maternelles et santé mentale**. Genève: OMS, 1951.

BRITTO, P. H. **Macau**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

CHACAL. **Belvedere**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2007.

GOLSE, B. O que nós aprendemos com os bebês?: observações sobre as novas configurações familiares. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). **Ser pai, ser mãe - parentalidade: um desafio para o próximo milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GOLSE, B. **Du corps à la pensée**. Paris: Puf, 1999.

GUTFREIND, C. **O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LEBOVICI, S. **Le bébé, le psychanalyste et la métaphore**. Paris: Odile Jacob, 2002.

MEIRELES, C. **Ou isto ou aquilo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

STERN, D. **La constellation maternelle**. Mesnil-sur-L'Estreée: Calmann-Lévy, 1997.

WINNICOTT, D. W. **Jeu et réalité: l'espace potentiel**. Paris: Gallimard, 1975.

WOLFF, F. **O pacto de Wolffenbüttel e a recriação do homem**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

Práticas Integrativas e Complementares na Saúde da Criança

16

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria MS nº 971, de 3 de maio de 2006), elaborada por demanda da OMS e da população brasileira, assim como pela necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde, traz diretrizes e ações para a inserção de ações, serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, à Homeopatia e aos saberes relativos às plantas medicinais/Fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do Termalismo Social/Crenoterapia e da Medicina Antroposófica. A política contempla, ainda, responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais para sua efetivação e tem, entre outros, o objetivo de “contribuir ao aumento da resolubilidade do sistema e à ampliação do acesso às práticas integrativas e complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso” (BRASIL, 2009).

16.1 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) se caracteriza por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, a divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares.

O objetivo deste conhecimento é obter meios de equilibrar tal dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos, que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais) (BRASIL, 2006).

Para a tradição chinesa, entre os conceitos dinâmicos fundamentais, existem dois que são a base para o raciocínio clínico:

1. *A teoria da polaridade entre os opostos complementares Yin e Yang*, que está presente em tudo. Exemplo: a agressão à pele em uma queda de bicicleta (Yang) e a reação do organismo para curá-la (Yin). Outra possibilidade: os pulmões enquanto tecidos (Yin) e o espasmo muscular característico da asma (Yang).

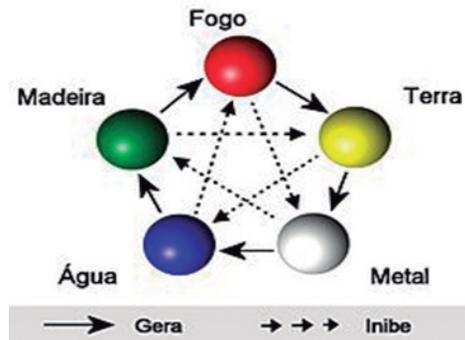
Figura 5 – Tao – Yin / Yang



Fonte: Maciocia, Giovanni. Os Fundamentos da Medicina Chinesa, 1996.

2. A *teoria dos cinco movimentos*, que explica os processos a partir da sucessão entre os elementos (ou estações) madeira (primavera), fogo (verão), terra (estação intermediária), metal (outono) e água (inverno). Exemplo: uma agressão à pele (madeira), surgimento dos sinais inflamatórios (fogo), recrutamento de leucócitos (terra), cicatrização inicial (metal) e reabsorção com fibrose (água).

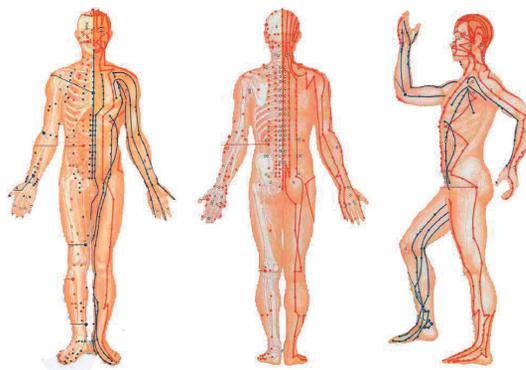
Figura 6 – Teoria dos 5 elementos / ciclos



Fonte: Maciocia, Giovanni. Os Fundamentos da Medicina Chinesa, 1996.

Aliada a tais conceitos está a compreensão da existência dos meridianos, que, espalhados por toda a pele, ligam todas as regiões do corpo entre si, o que permite modular o funcionamento destes canais de transporte.

Figura 7 – Os meridianos (visão anterior, posterior e lateral do campo)



Fonte: Hong Jin Pai. Acupuntura: de terapia alternativa a especialidade médica, 2005.

O processo saúde-doença para a MTC

Há dezenas de séculos, a MTC compreende o adoecer como a existência de desequilíbrio em quaisquer das dimensões do ser. Isto pode acontecer em qualquer estágio do ciclo vital, bem como em ambos os gêneros. Portanto, a gênese das doenças compreende um processo que envolve a predisposição do indivíduo e as modalidades de interações socioculturais e com o ambiente.

Sob a mesma compreensão tradicional, o restabelecimento da saúde é considerado a partir de um conceito ampliado de saúde. Para além dos tratamentos clínicos, o cuidado inclui os procedimentos de meditar, orar e contemplar, sorrir e chorar, movimentar o corpo, alimentar-se bem, nutrir a afetividade, entre outros aspectos.

Desta maneira, a MTC e seus recursos terapêuticos podem ser utilizados na atenção à saúde de crianças e de adolescentes para se compreender os diferentes processos vitais, não se limitando apenas aos procedimentos. Ao se indicar os diversos recursos terapêuticos (acupuntura, massagem, fitoterapia, práticas corporais etc.), deve-se considerar a idade do indivíduo e as especificidades de cada caso.

O uso da MTC na saúde da criança

Em se tratando de crianças muito jovens (até 7 anos de idade), as agulhas de acupuntura são substituídas por sementes minúsculas que, ao serem massageadas sobre o ponto correto, têm a capacidade de estimular ou dispersar o meridiano, favorecendo o restabelecimento do equilíbrio no organismo. Contemporaneamente, o uso de equipamentos emissores de laser de baixa potência tem sido popularizado, agregando eficiência e segurança na estimulação de pontos de acupuntura.

Outro importante recurso é o uso das propriedades energéticas inatas de cada tipo de alimento como possibilidade terapêutica, em se tratando de crianças.

Em ambiente pediátrico, é fundamental que o profissional de saúde exercite a criatividade, a fim de estimular o caráter lúdico, favorecendo a relação de confiança entre o profissional de saúde e a criança ou o adolescente. O aporte de conceitos da MTC em pediatria busca auxiliar a integração do cuidado com as diversas dimensões do indivíduo em contrapartida com a medicalização no processo saúde-doença.

16.2 Homeopatia

A homeopatia (*homeo*: “semelhante”; *pathos*: “doença”) é um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII e está ancorada em três princípios fundamentais: lei dos semelhantes, experimentação no homem são e no uso de doses infinitesimais. Utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e como recurso terapêutico o medicamento homeopático.

Fundamentos da Homeopatia

A. Lei dos semelhantes

A *lei dos semelhantes* (“*similia similibus curantur*”) diz: o que é causado por uma determinada substância, ou seja, os sintomas que aparecem a partir do seu uso também podem ser curados pela mesma substância.

B. Experimentação no homem são

A *experimentação no homem são* é, para a homeopatia, a administração repetida de uma determinada diluição homeopática de uma única substância e o registro criterioso e preciso de todos os sintomas provenientes da experimentação. Os sintomas cuidadosamente registrados constituem a *matéria médica* do medicamento e o *repertório homeopático*. Entende-se como “*matéria médica homeopática*” a organização e a reunião dos dados resultantes da observação da ação dos medicamentos, visando à aplicação da lei da semelhança, bem como o instrumento utilizado pelo homeopata para o estudo dos medicamentos e complementar ao uso do repertório. Já *repertório homeopático* é o índice de sintomas coletados a partir de registros toxicológicos, experimentações em indivíduos são e curas na prática clínica, bem como o instrumento utilizado pelo homeopata, complementar ao uso da matéria médica homeopática, para a escolha do melhor medicamento indicado a cada caso.

C. Uso de doses infinitesimais

Trata-se aqui de diluições sucessivas de uma dada substância-base até que, ao final, não deve haver mais matéria (informação química), mas sim apenas a informação de base física, energética. O *medicamento homeopático*, segundo a *farmacopeia homeopática brasileira* (FHB), é toda apresentação farmacêutica destinada a ser ministrada segundo o princípio da similitude, com finalidade preventiva e terapêutica, obtida pelo método de diluições seguidas de succussões e/ou triturações sucessivas.

É importante ressaltar que, para a homeopatia, a enfermidade é entendida como o desequilíbrio da energia vital ou força vital, que se manifesta em *sensações e funções alteradas* (os sintomas). Neste sentido, as lesões nos órgãos são efeitos deste desequilíbrio anterior. A doença é uma só e, se não for curada, ao se desenvolver, pode se manifestar de diferentes maneiras, em diferentes épocas. As alterações laboratoriais são complementares na avaliação do caso e não definem isoladamente o tratamento ou o prognóstico da enfermidade. Já a *cura* é o restabelecimento da saúde, que se inicia pela melhoria da sensação de doença (quando o paciente se sente bem ou melhor) e que se completa de acordo com cada indivíduo, o que ocorre como um processo de “*restauração do organismo*”. O medicamento homeopático estimula a vitalidade para que esta restabeleça a harmonia das sensações e funções do organismo, favorecendo que o ser, com sua saúde restaurada ou melhorada, atinja o mais elevado fim de sua existência.

Na *anamnese homeopática* (ou *entrevista vitalista*), pesquisam-se os sintomas e as doenças atuais e as do passado, bem como as funções gerais do organismo, os hábitos de vida e, de modo especial, o psiquismo do paciente, o seu humor, sua sensibilidade, suas reações emocionais, sua memória, como ele se relaciona consigo mesmo e com os outros, seu sono, seus sonhos, seus desejos, fatos marcantes de sua vida e como ele os vivenciou. É uma anamnese que busca

avaliar cada caso, observando o que há de mais característico no indivíduo, ou seja, aquilo que o particulariza.

Homeopatia na saúde da criança

As contribuições da homeopatia para a criança podem começar já na gestação, quando a mãe, mediante a abordagem homeopática, encontra bem-estar e equilíbrio pela melhoria dos sintomas mais comuns da gravidez, sem medicalização excessiva.

As crianças tendem a responder ao tratamento homeopático mais prontamente e completamente, dada a sua excelente vitalidade, o que é característico dos seus primeiros anos de vida. Conforme relatado anteriormente, não é necessário o paciente apresentar um adoecimento físico para se indicar uma abordagem com a homeopatia. Cada criança tem uma constituição característica, uma sensibilidade em relação ao clima, à alimentação, ao ambiente afetivo que a rodeia.

Assim, ao longo da infância, conforme sua sensibilidade individual, alguns momentos podem trazer para a criança um desequilíbrio da sua vitalidade, desarmonizando-a e gerando sintomas mórbidos. São exemplos disso os períodos do desmame, do nascimento dos dentes, da retirada de fraldas, de mudança na casa e na família, de separação de uma pessoa querida ou mesmo da chegada de um irmãozinho. Algumas crianças, então, podem se mostrar retraídas, desanimadas, inapetentes, com o sono alterado. Outras reagem com um quadro de irritabilidade, nervosismo, dificuldade de aprendizado, alteração do comportamento social etc., estando mais susceptíveis ao aparecimento de doenças. Este é um momento em que a medicação homeopática pode estimular a energia vital a restabelecer o equilíbrio do organismo, fazendo a criança retornar a uma boa disposição física e de humor. Se o reequilíbrio não for buscado, o que poderia ser apenas uma desvitalização se transforma em adoecimento físico.

O objetivo não é apenas tratar esta ou aquela doença, mas principalmente manter o bem-estar, a vitalidade, o pleno fluxo desimpedido da vida. O homeopata, também como educador, auxilia na prevenção de doenças e na promoção da saúde, orientando cada família sobre os hábitos de vida adequados para cada indivíduo ou criança, além de estimular e conservar, por meio das virtudes curativas dos medicamentos, a vitalidade, de modo a evitar e curar doenças.

16.3 Medicina Antroposófica

A Medicina Antroposófica apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, que organiza a sua prática de maneira transdisciplinar, com vistas ao alcance da integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2006). Seu surgimento remonta aos anos 1920, na Europa central, como um dos efeitos práticos da Antroposofia, ciência espiritual fundada pelo filósofo austríaco Rudolf Steiner.

Segundo a Antroposofia, o ser humano está intimamente ligado à natureza e aos seus elementos, de maneira que constituem, juntos, um organismo complexo e harmônico. Este universo possui um aspecto visível, concreto, palpável e mensurável e outro não perceptível

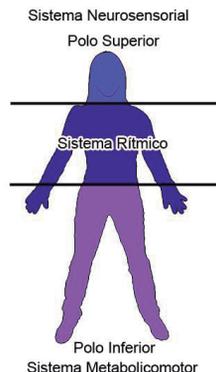
aos sentidos, que constitui um conjunto de forças dinâmicas, sutis. Os minerais, as plantas, os animais, as estrelas, os planetas e o ser humano formam este organismo único, simultaneamente material e “espiritual”. O ser humano também pode ser considerado uma imagem condensada deste universo, do macrocosmo, trazendo em si cada um de seus elementos, o microcosmo. É com base nesta relação com o mundo ao redor que podemos encontrar a cura para os desequilíbrios de saúde, na natureza e em seus processos (BELO HORIZONTE, 2004).

Alguns conceitos da Medicina Antroposófica são considerados fundamentais para a compreensão dessa abordagem nos diferentes ciclos da vida humana, especialmente na infância. Entre eles cabe destacar as polaridades, a trimembração, a quadrimembração e os primeiros setênios (BOTT, 1982; HUSEMAN; WOLFF, 1982; GOEBEL; GLÖCKER, 2002).

- A. Polaridades:** De acordo com a cosmovisão antroposófica, o ser humano desenvolve-se e vive permanentemente entre duas polaridades: as forças de expansão, relacionadas aos processos de dissolução, que se manifestam patologicamente como distúrbios inflamatórios; e as forças de contração, relacionadas aos processos de desvitalização e ressecamento, que se manifestam patologicamente como distúrbios de esclerose e morte.
- B. Trimembração:** Na anatomia e na fisiologia, tais polaridades assumem uma configuração tríplice: cabeça, tronco e membros. Para a Medicina Antroposófica, essas regiões são as sedes de três sistemas: neurosensorial, rítmico e metabólico.

Ao se observar a cabeça, vê-se que nela predominam os processos neurosensoriais, com baixa vitalidade e alta especialização. A região cefálica é um polo de captação do mundo externo: som, luz, ar e alimentos. No polo oposto encontram-se o abdome e os membros, com predomínio de intensa atividade metabólica, que é o polo metabólico. Os processos de regeneração celular são muito ricos, mas inconscientes, e há um “ir para o mundo”, por intermédio das secreções produzidas, das eliminações, da ação de nossas mãos e nossos pés. Entre essas duas regiões de características bem distintas encontra-se o sistema rítmico, representado pelo tórax, que abriga o coração e pulmão, a inspiração e a expiração, a sístole e a diástole, ou seja, a concentração e a eliminação. Tais movimentos promovem o equilíbrio entre as duas polaridades e a inter-relação saudável entre o polo neurosensorial e o polo metabólico.

Na abordagem das crianças, o conceito de trimembração pode ser usado de diferentes formas. De uma maneira geral, a infância é considerada uma fase de vitalidade muito intensa, na qual predominam os processos metabólicos e inflamatórios. Por outro lado, cada criança possui uma constituição física particular, apresentando uma tendência a ser mais neurosensorial, metabólica ou rítmica. Tal constituição influencia a forma como as crianças comportam-se nos processos de adoecimento e recuperação. É essencial que o médico antroposófico reconheça a constituição da criança e a apoie para que se mantenha equilibrada tanto na saúde quanto na doença (GOEBEL; GLÖCKER, 2002).

Figura 8 – Conceito de Trimembração

Fonte: DAB/SAS/MS.

- C. **Quadrímembração:** Em uma perspectiva complementar, o homem é visto como um ser que compartilha semelhanças com os reinos mineral, vegetal e animal, mas que também distingue-se deles pela presença da autoconsciência e da individualidade. Neste sentido, o homem é portador de quatro estruturas essenciais, também chamadas de “corpos” no vocabulário antroposófico: **corpo físico** (elemento mineral, sólido e inerte); **corpo vital ou etérico** (que é formado pelas forças que possibilitam o desenvolvimento de todos os processos vitais: crescimento celular, regeneração e reprodução, entre outros); **corpo anímico, alma ou corpo astral** (que é formado pelas forças da consciência que estão presentes no reino animal e no ser humano como fundamento para uma vida sensitiva); e a **organização do eu** (que é o elemento característico do ser humano que o distingue dos demais reinos e seres da natureza; é o responsável pela atuação saudável dos demais corpos e pelo aparecimento do andar ereto, da fala, do pensar e da individualidade).

Uma das manifestações importantes da quadrímembração é o conhecimento sobre os *quatro temperamentos*, conhecimento que remonta à Medicina greco-galênica, muito importante para a abordagem das crianças pela Antroposofia, tanto na Medicina quanto na Pedagogia (MUTARELLI, 2006).

1. O *temperamento melancólico* está relacionado ao elemento terra e caracteriza-se por crianças mais introspectivas, quietas e de comportamento por vezes tristonho.
2. O *temperamento fleumático* está relacionado ao elemento água e manifesta-se em crianças mais sonhadoras, plácidas, que tendem a apreciar bem os alimentos, chegando a ser comilonas.
3. O *temperamento sanguíneo* está relacionado ao elemento ar e caracteriza-se por crianças que são muito ativas, extrovertidas e que estão sempre em movimento.
4. O *temperamento colérico* está relacionado ao elemento fogo e manifesta-se em crianças que assumem precocemente a liderança nos jogos e em outras atividades, que são muito perseverantes e competitivas, não lidando bem com derrotas.

Uma das tarefas do médico escolar, prevista pela Pedagogia Waldorf, é contribuir com os professores nas intervenções terapêuticas, por meio de exercícios e orientações aos pais, buscando o equilíbrio dos temperamentos nessa faixa etária (BOTT, 1982; GOEBEL; GLÖECKER, 2002).

D. Os primeiros três setênios. O processo de desenvolvimento do ser humano, segundo a Antroposofia, se dá em ciclos de sete anos, marcados por acontecimentos significativos no campo biológico ou psicológico. Distinguem-se três grandes ciclos biográficos compostos de três setênios cada um: do nascimento aos 21 anos, dos 21 aos 42, dos 42 aos 63 anos/ final da vida. Na infância, os temperamentos manifestam-se mais ativamente no segundo setênio, entre 7 e 14 anos. As transformações que acontecem nos primeiros três setênios são as seguintes:

- **Primeiro setênio:** Do nascimento aos 7 anos, há profundas transformações relacionadas com o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O bebê absorve o mundo pelos sentidos do polo neurosensorial e vai, gradualmente, aprendendo a interagir com o mundo externo. Predominam a imaginação e a fantasia. A troca dos dentes e o início da alfabetização, em torno dos sete anos, marcam a mudança de ciclo.
- **Segundo setênio:** Caracteriza-se pelo desenvolvimento principalmente do sistema rítmico e por uma relação com o mundo por intermédio dos sentimentos (pela admiração ou pela rejeição, pela simpatia ou pela antipatia) pelas pessoas ou por vivências. Nesta fase, os temperamentos ficam mais evidentes.
- **Terceiro setênio:** A puberdade, por volta dos 14 anos, marca a entrada numa nova fase de amadurecimento biológico, com pleno desenvolvimento das forças metabólicas. Aos 21 anos, com a individualidade já formada, a pessoa geralmente busca a sua independência em relação ao ambiente familiar.

Salutogênese

Conforme exposto anteriormente, o profissional antroposófico procura, em primeiro lugar, apoiar os processos naturais de cura e recuperação da saúde presentes na própria criança. Algumas vezes, vai necessitar atuar com medicamentos (quando a criança desenvolve alguma doença aguda ou crônica) ou com terapias não medicamentosas. Porém, na maioria das vezes, vai atuar como um conselheiro de pais, familiares e professores, orientando-os sobre a melhor forma de garantir a saúde das crianças de uma maneira mais global.

Pedagogia Waldorf: É uma abordagem do campo da educação de crianças desenvolvida a partir da Antroposofia. Nas escolas de orientação Waldorf, o aprendizado é considerado como um fenômeno que mobiliza o corpo todo, em seus níveis físico, vital e emocional.

Atitude pedagógica: No ambiente familiar, a principal orientação é feita no tocante à atitude pedagógica dos pais e educadores.

- No *primeiro setênio*, o estímulo deve ser dado às atividades lúdicas, reforçando a importância do *brincar livre* e do “dar asas à imaginação”. A criança aprende e apreende o mundo pela imitação dos gestos, pelo fazer, pela alimentação e pela relação com o outro. Por tal razão, é importante o adulto ter uma atitude coerente com o que fala e ensina. As crianças

devem viver o mundo como algo *bom*. Recomenda-se fortemente que as crianças sejam preservadas dos conflitos e da exposição aos conteúdos adultos.

- No *segundo setênio*, a criança constrói seu mundo interno, seu equilíbrio e sua saúde por intermédio da admiração e do respeito pela natureza, assim como pelo educador. Deve ser estimulada a vivência do *belo*.
- No *terceiro setênio*, suas vivências e sua relação com o outro devem se basear na percepção do *verdadeiro*. Pais e educadores são referências não mais com relação às práticas de saber responder e corresponder às dúvidas e perguntas dos jovens, mas sim no tocante à necessidade de manter uma atitude de sinceridade e clareza em relação aos seus valores e às suas crenças. Todos estes elementos, aliados a outros estímulos físicos, emocionais e espirituais, criam o suporte para que a criança e o jovem mantenham-se saudáveis e desenvolvam sua individualidade plenamente.

Ritmos e rotinas: Tendo-se como base a noção de que a criança é ainda muito ligada às forças da natureza, que representam uma fonte de vitalidade, equilíbrio e saúde, deve-se incentivar a manutenção de um ritmo diário de atividades, acompanhando os ritmos da natureza (do dia e das estações do ano). A rotina na vida da criança, a repetição de atividades nos mesmos horários a cada dia (na alimentação, no banho, na hora do sono, de ir dormir com o anoitecer e de acordar com o nascer do sol), o brincar livre e solto em ambientes abertos, alternando tais atividades com o brincar mais recolhido e tranquilo, num ambiente acolhedor, fortalecem o organismo e dão segurança para a criança.

Alimentação: Os conceitos descritos de trimembração e de quadrimembração são uma forma de “leitura” dos fenômenos da natureza e podem ser aplicados em várias situações. Os alimentos, por exemplo, além de seu conteúdo nutricional, quantitativo, trazem em si as forças da natureza, que podem atuar na saúde da criança, por exemplo, estimulando o polo neurossensorial numa criança com características mais metabólicas, abrandando o temperamento colérico em outra ou despertando uma criança muito sonhadora e desligada.

Cuidados gerais: Considerando-se também o tipo constitucional da criança – mais desperta (às vezes chegando à irritabilidade) ou mais sonhadora (chegando à desatenção e à dificuldade de aprendizagem) –, seu temperamento e suas tendências de adoecimento, podem ser indicados banhos, compressas, massagens com óleos, pomadas ou chás.

16.4 Plantas medicinais e fitoterapia

As *plantas medicinais*, ou seja, aquelas plantas que, administradas ao homem ou ao animal, por qualquer via ou forma, exercem alguma *ação terapêutica*, têm sido fonte de produtos importantes para a saúde desde a Antiguidade. Sua forma de utilização tem evoluído desde aquelas de preparo e uso mais simples (infusos, decoctos, lambedores, cataplasmas e outros) até aquelas que exigem técnicas farmacêuticas mais elaboradas (xaropes, cápsulas, comprimidos, pomadas etc.). A *fitoterapia* é a “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em

suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". Já o *fitoterápico* é o produto obtido dessas plantas ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa.

No Brasil, em função da sua rica biodiversidade e do conhecimento tradicional sobre o uso medicinal das plantas, elas vêm há muito tempo sendo utilizadas pela população nos seus cuidados com a saúde. As plantas medicinais, em suas diferentes preparações, são utilizadas na *Medicina Tradicional Indígena*, *Quilombola* (entre outros povos e comunidades tradicionais), na *Medicina Popular*, cujo conhecimento é transmitido de geração para geração (dos mais velhos para os mais novos), e nos *sistemas públicos de saúde* como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e pelas diretrizes do SUS. Elas também são utilizadas como recursos terapêuticos para a *Medicina Tradicional Chinesa*, a *Homeopatia* e a *Medicina Antroposófica*, entre outras.

As ações com plantas medicinais e fitoterapia acontecem prioritariamente na atenção básica, pelos fundamentos e princípios deste nível de atenção e pela característica da prática da fitoterapia, que envolve interação entre saberes, parcerias nos cuidados com a saúde, ações de promoção e prevenção, entre outras. As relações entre a Fitoterapia e a Saúde da Família (SF) proporcionam o fortalecimento mútuo. A expansão da SF facilita a implementação dos programas de fitoterapia, principalmente pela inserção das equipes de saúde nas comunidades, por meio de práticas de aproximação da população, como, por exemplo, a visita domiciliar e as atividades de educação em saúde, facilitadoras da troca entre os saberes. De forma complementar, as ações dos programas de fitoterapia promovem o fortalecimento do vínculo dos usuários e da comunidade com as equipes, a participação popular, a autonomia dos usuários e o cuidado integral em saúde. Além disso, a presença da fitoterapia entre as práticas da SF expressa e reforça a valorização do saber popular e da participação comunitária nas ações de saúde (SOUZA, 2008 apud RODRIGUES, SANTOS; DE SIMONI, 2011).

Além disso, o uso de plantas medicinais e da fitoterapia como prática integrativa e complementar na atenção básica à saúde traz como benefícios:

- Empoderamento da população e dos profissionais de saúde em relação a esta forma de cuidado, o que favorece maior envolvimento do usuário em seu tratamento, estimulando sua autonomia e a corresponsabilização;
- Por sentir-se mais familiarizada com a proposta terapêutica da equipe de saúde, a comunidade estreita laços com as equipes do seu território, reforçando a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada do sistema de saúde;
- Facilidade de acesso às plantas pela população e possibilidade de preparo caseiro;
- Menor risco de efeitos colaterais, se as plantas forem usadas corretamente;
- A construção do conhecimento sobre plantas medicinais, em parceria com a comunidade nos encontros e nas reuniões de educação em saúde, permite a identificação de líderes locais com conhecimento em plantas medicinais. Com isso, alianças são formadas e o controle social é fortalecido.

As ações com esta prática estão presentes em mais de 300 municípios brasileiros, que oferecem as plantas medicinais na forma de planta fresca (*in natura*), planta seca, fitoterápicos manipulados (preparados a partir da prescrição de profissionais habilitados, em farmácias de manipulação autorizadas pela vigilância sanitária) e/ou fitoterápicos industrializados (produzidos e comercializados mediante registro na Anvisa/Ministério da Saúde). Com relação à planta medicinal *in natura*, os hortos são importantes fontes de matéria-prima para o processamento e a prescrição/dispensação nas unidades básicas de saúde (UBS), para uso dos profissionais de saúde e da população, assim como fonte de mudas para plantio nos jardins e quintais da comunidade ou do bairro. Outra função importante para os hortos de plantas medicinais é servir como locais de ações de educação popular e educação permanente para os profissionais de saúde e a população, onde podem ocorrer oficinas, com orientações sobre o uso correto de plantas medicinais, aulas práticas para as escolas primárias e outras ações de promoção da saúde.

Os programas estaduais e municipais de fitoterapia contam com um elenco de plantas medicinais e de fitoterápicos com o objetivo de *orientar gestores e profissionais de saúde em relação às espécies de plantas medicinais e fitoterápicos que devem ser disponibilizados pelo sistema*, de forma a garantir produtos seguros e eficazes. O elenco deve estar acompanhado de memento terapêutico e monografias, que irão orientar os profissionais de saúde na formulação e prescrição das plantas medicinais e dos fitoterápicos.

Quanto à oferta de medicamentos fitoterápicos, o Ministério da Saúde publicou em março de 2012, a Portaria MS/GM nº 533, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Rename, onde estão contemplados os seguintes fitoterápicos: alcachofra (*Cynara scolymus*), aroeira (*Schinus terebinthifolius*), babosa (*Aloe vera*), cáscara sagrada (*Rhamnus purshiana*), espinheira santa (*Maytenus ilicifolia*), garra do diabo (*Harpagophitum procumbens*), guaco (*Mikania glomerata*), hortelã (*Mentha x piperita*), isoflavona de soja (*Glycine max*), plantago (*Plantago ovata*), salgueiro (*Salix alba*) e unha de gato (*Uncaria tomentosa*).

Assim como o uso irracional de medicamentos sintéticos causam grandes prejuízos à saúde da população (intoxicações e até a morte), as plantas medicinais e seus derivados – se utilizados de forma incorreta e indiscriminada – podem também colocar em risco a saúde da população. Os fitoterápicos, assim como todos os medicamentos, devem oferecer garantia de qualidade, ter efeitos terapêuticos comprovados e segurança de uso. Eles só podem ser comercializados mediante autorização e registro na Anvisa/MS. Com relação às plantas medicinais, para utilizá-las de forma segura, é preciso conhecer a espécie correta, as técnicas de cultivo, a forma e o local de coleta/colheita, bem como a forma de preparo e uso. Para facilitar o reconhecimento da planta, é necessário aprender a identificar as características de suas folhas, suas flores, seus frutos, seu caule e sua raiz etc.

Observações sobre a utilização das plantas medicinais

A maioria das plantas medicinais usadas na medicina popular não foi ainda suficientemente pesquisada e algumas delas podem apresentar interações com medicamentos ou mesmo com outras plantas, contraindicações e efeitos colaterais.

Por isso, deve-se observar os seguintes critérios:

- Gestantes, lactantes e crianças com menos de 2 (dois) anos não devem fazer uso de chás sem a orientação de um profissional de saúde;
- Evite fazer uso de uma mesma espécie por tempo prolongado;
- Não ultrapasse as doses indicadas;
- Quando não se conhece a interação entre as plantas, evite preparados com várias espécies.

Principais riscos na utilização das plantas medicinais:

- *Automedicação*: sempre que possível, use plantas medicinais com orientação de profissional de saúde qualificado. Use somente plantas conhecidas e que tenham tradição de uso;
- *Uso de associações de várias plantas*: a mistura de diferentes espécies de plantas (como nas preparações chamadas de “garrafadas”) pode originar produtos tóxicos que, além de não resolverem o problema de saúde, podem agravá-lo;
- *Uso de associação de plantas medicinais e outros medicamentos*: algumas misturas podem anular ou potencializar efeitos terapêuticos, podendo ser perigosas;
- *Uso de plantas tóxicas ou que contenham substâncias tóxicas de ação cumulativa no organismo*: como espirradeira, cabacinha, confrei etc.;
- *Uso de plantas murchas, mofadas ou velhas*, que podem estar contaminadas por fungos e bactérias;
- *Uso de plantas cultivadas ou coletadas em locais inadequados*, sujeitos à circulação de animais ou próximos de locais contaminados, tais como fossas, depósitos de lixo e margens de estradas, bem como o uso de plantas regadas com água poluída;
- *Uso contínuo ou excessivo de chás ou outras preparações com plantas*;
- *Hábito de tomar chá durante a gravidez sem a orientação de médico*, pois algumas plantas podem causar malformações no feto ou mesmo o aborto.⁸

⁸ Informações obtidas de cartilhas da Rede Fitocerrado/Universidade Federal de Uberlândia (UFU) (MG); Anvisa; Projeto Hora do Chá, de Maringá (PR); Programa Farmácia Viva, de Fortaleza (CE); e Programa de Fitoterapia de Vitória (ES).

Referências

- BALDI, V. M. **Enfermagem e antroposofia: uma possibilidade de diálogo**. 2003. 153 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Brasília, v. 23, n. 12, p. 3066-3067, 2007.
- BARROS, N. L. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **PROHAMA – Programa de Homeopatia Acupuntura e Medicina Antroposófica: documento técnico**. Belo Horizonte: 2004. SMS-BH, 2004.
- BOTT, V. **Medicina antroposófica: uma ampliação da arte de curar**. São Paulo: Ed. Associação Beneficente Tobias, 1982. (2 volumes)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso. **Informe de atenção Básica**, Brasília, n. 53, ano 9, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo53.pdf>>. Acesso em: maio 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 9, Edição especial, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Editora MS, 2006. 92p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- COOK, T. M. **Samuel Hahnemann the Founder of Homoeopathic Medicine**. Great Britain: Thorsons Publishers Limited, 1981.
- DULCETTI, O. Jr. **Pequeno tratado de acupuntura tradicional chinesa**. São Paulo: Ed. Andrei, 2001.
- GARDIN, N. E.; SCHLEIER, R. **Medicamentos antroposóficos: vademecum**. São Paulo: João de Barro Editora, 2009.
- GOEBEL, W.; GLÖCKER, M. **Consultório pediátrico**. São Paulo: Editora Antroposófica, 2002.
- HAHNEMANN, S. **Organon da arte de curar**. 6. ed. Ribeirão Preto: Robe Editorial, 1996.
- HUSEMAN, F.; WOLFF, O. **A imagem do homem como base da arte médica**. São Paulo: Associação Beneficente Tobias; Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 1982. V. 1; V. 2.
- JÚNIOR, P. N. Distribuição dos médicos antroposóficos associados à ABMA no território brasileiro. **Revista Ampliação da Arte Médica**. ABMA [s.l.; s.n.], São Paulo, outono de 1997.

KENT, J. T. **Filosofia homeopática**. Tradução de Ruth Kelson. São Paulo: Robe Editorial, 1996.

LUZ, M. T. VI SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 140, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1996.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, 2005. Suplemento.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: FAPESP, 2000.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Editora CAMPUS, 1988.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, n. 7, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Sociologia, 1995.

MORAES, W. A. **Medicina antroposófica**: um paradigma para o século XXI. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 2005.

MUTARELLI, S. R. K. **Os quatro temperamentos na antroposofia de Rudolf Steiner**. Dissertação de Mestrado em História da Ciência. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of Evidence**. Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 4 maio 2012.

PEIXOTO, S. P. A Homeopatia no auxílio à saúde das crianças e adolescentes usuários de drogas. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2003. In: **Seminário de Atenção Básica**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 24 set. 2004.

PEIXOTO, S. P. Homeopatia na saúde pública: as inúmeras vantagens e os resultados conquistados. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2003. In: **Seminário de Atenção Básica**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 24 set. 2004.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade** (Promef). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011, p. 131-65.

TESSER, C. D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde**: um ensaio sobre a desmedicalização. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1999.

Anexos

Anexo A – Atribuições dos profissionais da atenção básica em relação à saúde da criança

255

1. Atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:

- Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros da referida equipe;
- Participar do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas;
- Participar do processo de educação permanente em saúde;
- Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe;
- Orientar as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas conforme o estabelecido neste Caderno de Atenção Básica, quando indicadas;
- Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis e que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas e ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, bem como o incentivo à adoção de medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora;
- Colaborar com a implementação de políticas locais que permitam o acesso adequado de crianças deficientes aos estabelecimentos escolares e os amparem em seus direitos, além de garantir a sua segurança;
- Identificar as famílias de crianças que estejam inseridas no Programa Bolsa Família, bem como acompanhar suas condicionalidades de forma articulada com os setores de Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social.

2. Atribuições do agente comunitário de saúde:

- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde da família nas atividades e nas ações direcionadas às crianças;
- Ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, para sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população infantil;
- Contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares, quando isso for necessário;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

3. Atribuições do auxiliar e do técnico de enfermagem:

- Realizar a aferição da pressão arterial das crianças conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Realizar a aplicação da dose vacinal conforme o esquema estabelecido neste Caderno de Atenção Básica;
- Aferir os dados antropométricos de peso e altura das crianças e repassar tais informações para o profissional que realiza a puericultura na equipe;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.

4. Atribuições do enfermeiro:

- Realizar consultas de puericultura conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica;
- Realizar a aferição da pressão arterial dos escolares conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos;
- Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

5. Atribuições do médico:

- Realizar a puericultura conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e indicar exames complementares quando forem necessários;
- Encaminhar para o médico oftalmologista as crianças com alterações da acuidade visual detectadas em avaliação médica pessoal ou nas realizadas pelos demais profissionais da equipe e pelos professores. Neste último caso, conforme o preconizado no Projeto Olhar Brasil;
- Realizar a aferição da pressão arterial das crianças conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica, iniciar a investigação de hipertensão arterial secundária e encaminhar os pacientes para o serviço de referência, quando isso for necessário;
- Monitorar a saúde de crianças e orientar pais e cuidadores diante de efeitos vacinais adversos;
- Indicar para pais e cuidadores os imunobiológicos especiais para situações específicas;
- Realizar a avaliação da acuidade auditiva das crianças e, quando necessário, solicitar exames complementares;
- Encaminhar as crianças com alterações na acuidade auditiva para o serviço de referência, para a continuidade da investigação diagnóstica e/ou do serviço de reabilitação;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

6. Atribuições do auxiliar de consultório dentário e do técnico em higiene dental:
 - Realizar ações de apoio conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
 - Identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, sob a supervisão do cirurgião-dentista;
 - Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.
7. Atribuições do cirurgião-dentista:
 - Realizar a avaliação clínica conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
 - Identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
 - Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.
8. Atribuições dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família:
 - Apoiar os profissionais das equipes de saúde da família a exercer a coordenação do cuidado da criança em todas as ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE);
 - Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de saúde da família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes;
 - Realizar com as equipes de saúde da família discussões e condutas terapêuticas integrativas e complementares;
 - Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde;
 - Identificar e articular juntamente com as equipes de saúde da família e professores uma rede de proteção social com foco nas crianças;
 - Discutir e refletir permanentemente com as equipes de saúde da família sobre a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades;
 - Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Observações quanto às atribuições dos médicos de família e comunidade e do pediatra na atenção às crianças nas Unidades Básicas de Saúde (UBS):

- Em boa parte das Unidades Básicas de Saúde do Brasil que funcionam sob a Estratégia da Saúde da Família, o médico que atende crianças é o médico de família e comunidade (MFC), que, por vezes, conta com o auxílio de pediatra por intermédio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).
- Mas há também UBS que contam com pediatra na própria equipe, matriciando uma ou mais equipes de saúde da família e atendendo crianças juntamente com o MFC.
- Finalmente, também existem aquelas unidades básicas tradicionais (sem ESF), em que o atendimento às crianças é feito com exclusividade pelo pediatra ou mesmo por um clínico geral.

Seja qual for a forma de organização da atenção básica em questão, caso haja a presença de pediatra juntamente com o MFC, é preferível que o primeiro atue de forma mais matricial, à semelhança do trabalho de um pediatra de Nasf, discutindo e atendendo casos que exigem conhecimentos mais específicos da pediatria (como casos de asma grave, problemas de crescimento e desenvolvimento menos comuns etc.), selecionados pela equipe responsável pelo caso.

Entretanto, o que se observa em parte destes serviços é que, havendo uma situação especial de maior disponibilidade de pediatra, este, além de atuar matricialmente, também acaba dividindo com o médico de família e comunidade a demanda de atendimento de consultas de crianças e adolescentes. Neste caso específico, em linhas gerais, espera-se que o pediatra, como já falado, se concentre naqueles casos de maior complexidade. Além disso, espera-se que o detalhamento desta organização interna de processo de trabalho da equipe, no que tange à saúde da criança, se dê levando-se em conta os aspectos demográficos e epidemiológicos locais.

Anexo B – Técnica para aferição da pressão arterial

Instrumentos: manômetro e manguitos

Há dois tipos de manômetros disponíveis no Serviço de Saúde Comunitária: os de mercúrio e os aneroides. Os de mercúrio são os mais confiáveis, porque são mais acurados. Eles não necessitam de calibragem. Os aneroides são os mais usados. São menores e necessitam de calibragem (são aferidos pelo Inmetro pelo menos uma vez por ano, tendo como padrão um manômetro de mercúrio).

Há três larguras de manguitos pediátricos padronizados: de 5, 7 e 9cm. O manguito adulto tem 12cm. Manguitos padronizados têm sempre comprimento proporcional à sua largura. As referências à largura do manguito aplicam-se somente à borracha inflável.

Seleção do manguito apropriado

O manguito de tamanho apropriado deve obrigatoriamente:

- Cobrir de 80% a 100% da circunferência do braço;
- Ter largura correspondente a 40% da circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano;
- Cobrir aproximadamente 75% da altura do braço entre o acrômio (ombro) e o olécrano (cotovelo), deixando espaço livre tanto na fossa cubital, para se colocar o estetoscópio, como na parte superior ao manguito, para se prevenir a obstrução da axila.

Exemplo de como definir o manguito apropriado:

- Medida da distância entre o acrômio e o olécrano: 18cm;
- Divida o valor por 2: 9cm;
- Marque este ponto (9cm) no braço da criança;
- Meça a circunferência do braço neste ponto: 20cm;
- Calcule 40% deste valor: 8cm;
- Largura do manguito a ser escolhido: 9cm (como não há manguitos com 8cm de largura, deve ser escolhido o de 9cm).

Um manguito de tamanho apropriado é essencial para a medida correta da pressão arterial (PA).

Se o manguito de tamanho ideal para o paciente não estiver disponível, deve-se escolher sempre o imediatamente maior: um manguito pequeno pode resultar em uma PA artificialmente elevada e acarretar uma conduta inadequada.

A PA deve ser medida e registrada pelo menos duas vezes em cada ocasião.

Aferição da PA:

A preparação apropriada da criança é essencial para a determinação acurada da PA e inclui os seguintes procedimentos:

- A escolha do local do exame: deve ser calmo e com temperatura agradável, o que contribui para o relaxamento do paciente;
- Descanso prévio: de 5 a 10 minutos;
- Explique o procedimento para o paciente e para o seu responsável;
- Pergunte ao paciente ou ao responsável se a criança está com a bexiga cheia (em caso afirmativo, o paciente deverá urinar antes da medida), se praticou exercícios físicos intensos ou se ingeriu bebida com cafeína ou alimentos até 30 minutos antes da medida da PA;
- Posição para a medida da PA: a partir da idade pré-escolar, a criança deverá estar sentada. Lactentes podem estar deitados na posição supina;
- O braço direito deverá estar totalmente exposto, sem qualquer vestimenta;
- Localize a artéria radial por palpação;
- Coloque o manguito adequado, deixando espaço na fossa cubital para o estetoscópio e não obstruindo a axila, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- Posicione o braço do paciente na altura do átrio direito;
- Os olhos do observador devem estar no nível do mostrador do manômetro aneroide;
- Palpe o pulso radial e infle o manguito até 20mmHg acima do desaparecimento do pulso;
- Coloque a campânula do estetoscópio sobre a fossa cubital sem realizar pressão excessiva;
- Desinsufle o manguito a uma velocidade de 2 a 4mmHg/segundo. A cada medida, o esfigmomanômetro deverá ser completamente esvaziado até o zero;
- Determine a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff);
- Determine a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);
- Registre os valores da PA sistólica e da diastólica, a posição da criança (sentada ou deitada), seu estado (se está agitada, calma, etc.), o tamanho do manguito, o braço em que foi feita a medida e a frequência cardíaca;
- Espere cerca de 5 minutos antes de realizar nova medida em outra posição (em decúbito ou ortostatismo).

Tabelas pediátricas padronizadas

As tabelas apresentadas a seguir são as usadas atualmente para classificar os valores da PA sistólica e da diastólica. Baseiam-se no sexo, na idade e no percentil de altura da criança e são adotadas universalmente. Todos os dados de PA usados para compor as tabelas foram obtidos de medidas da PA no braço direito, com o paciente em posição sentada ou, no caso de lactentes, na posição supina, tal como descrito.

Como utilizá-las:

- Meça a altura da criança e determine o percentil de altura de acordo com o sexo e a idade do paciente, usando as tabelas de referência;
- Na tabela de PA, verifique quais são os valores da PA sistólica e da diastólica que correspondem aos percentis 90 e 95 para a idade, o sexo e o percentil de altura da criança;
- Compare tais valores com os medidos no paciente, indicando se os valores estão abaixo do percentil 90, entre 90 e 95 e acima do percentil 95.

Anexo C – Valores de pressão arterial para meninas ou meninos de 1 a 17 anos, de acordo com o percentil de estatura

MENINAS

Valores de pressão arterial (PA) referentes aos percentis 90 e 95 de pressão arterial para meninas de 1 a 17 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de altura							PA diastólica (mmHg) por percentil de altura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	98	98	99	101	102	103	104	52	52	53	53	54	55	55
	95	101	102	103	104	106	107	108	56	56	57	58	58	59	60
2	90	99	99	101	102	103	104	105	57	57	58	58	59	60	60
	95	103	103	104	106	107	108	109	61	61	62	62	63	64	64
3	90	100	101	102	103	104	105	106	61	61	61	62	63	64	64
	95	104	104	106	107	108	109	110	65	65	66	66	67	68	68
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	65	66	67	67
	95	105	106	107	108	109	111	111	68	68	69	69	70	71	71
5	90	103	103	105	106	107	108	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	71	71	71	72	73	74	74
6	90	104	105	106	107	109	110	111	69	69	69	70	71	72	72
	95	108	109	110	111	113	114	114	73	73	74	74	75	76	76
7	90	106	107	108	109	110	112	112	71	71	71	72	73	74	74
	95	110	111	112	113	114	115	116	75	75	75	76	77	78	78
8	90	108	109	110	111	112	114	114	72	72	73	74	74	75	76
	95	112	113	114	115	116	117	118	76	77	77	78	79	79	80
9	90	110	111	112	113	114	116	116	74	74	74	75	76	77	77
	95	114	115	116	117	118	119	120	78	78	79	79	80	81	81
10	90	112	113	114	115	116	118	118	75	75	76	77	77	78	78
	95	116	117	118	119	120	122	122	79	79	80	81	81	82	83
11	90	114	115	116	117	119	120	120	76	77	77	78	79	79	80
	95	118	119	120	121	122	124	124	81	81	81	82	83	83	84
12	90	116	117	118	119	121	122	123	78	78	78	79	80	81	81
	95	120	121	122	123	125	126	126	82	82	82	83	84	85	85
13	90	118	119	120	121	123	124	124	79	79	79	80	81	82	82
	95	122	123	124	125	126	128	128	83	83	84	84	85	86	86
14	90	120	121	122	123	124	125	126	80	80	80	81	82	83	83
	95	124	125	126	127	128	129	130	84	84	85	85	86	87	87
15	90	121	122	123	124	126	127	128	80	81	81	82	83	83	84
	95	125	126	127	128	130	131	131	85	85	85	86	87	88	88
16	90	122	123	124	125	127	128	129	81	81	82	82	83	84	84
	95	126	127	128	129	130	132	132	85	85	86	87	87	88	88
17	90	123	123	124	126	127	128	129	81	81	82	83	83	84	85
	95	127	127	128	130	131	132	133	85	86	86	87	88	88	89

Fonte: V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 28/07/2008

MENINOS

Valores de pressão arterial (PA) referentes aos percentis 90 e 95 de pressão arterial para meninos de 1 a 17 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de altura							PA diastólica (mmHg) por percentil de altura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	99	101	102	103	49	49	50	51	52	53	54
	95	98	99	101	103	105	106	107	54	54	55	56	57	58	58
2	90	98	99	101	103	104	106	107	54	54	55	56	57	58	58
	95	102	103	105	107	108	110	110	58	59	60	61	62	63	63
3	90	101	102	103	105	107	109	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	105	106	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	68
4	90	103	104	105	107	109	110	111	63	63	64	65	66	67	67
	95	107	108	109	111	113	114	115	67	68	68	69	70	71	72
5	90	104	105	107	109	111	112	113	66	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	111	113	114	116	117	71	71	72	73	74	75	76
6	90	105	106	108	111	112	113	114	70	70	71	72	73	74	74
	95	109	110	112	114	116	117	118	74	75	75	76	77	78	79
7	90	106	107	109	111	113	114	115	72	73	73	74	75	76	77
	95	110	111	113	115	117	118	119	77	77	78	79	80	81	81
8	90	108	109	110	112	114	116	116	74	75	75	76	77	78	79
	95	112	113	114	116	118	119	120	79	79	80	81	82	83	83
9	90	109	110	112	114	116	117	118	76	76	77	78	79	80	80
	95	113	114	116	118	119	121	122	80	81	81	82	83	84	85
10	90	111	112	113	115	117	119	119	77	77	78	79	80	81	81
	95	115	116	117	119	121	123	123	81	82	83	83	84	85	86
11	90	113	114	115	117	119	121	121	77	78	79	80	81	81	82
	95	117	118	119	121	123	125	125	82	82	83	84	85	86	87
12	90	115	116	118	120	121	123	124	78	78	79	80	81	82	83
	95	119	120	122	124	125	127	128	83	83	84	85	86	87	87
13	90	118	119	120	122	124	125	126	78	79	80	81	81	82	83
	95	121	122	124	126	128	129	130	83	83	84	85	86	87	88
14	90	120	121	123	125	127	128	139	79	79	80	81	82	83	83
	95	124	125	127	129	131	132	133	83	84	85	86	87	87	88
15	90	123	124	126	128	130	131	132	80	80	81	82	83	84	84
	95	127	128	130	132	133	135	136	84	85	86	86	87	88	89
16	90	126	127	129	131	132	134	134	81	82	82	83	84	85	86
	95	130	131	133	134	136	138	138	86	86	87	88	89	90	90
17	90	128	129	131	133	135	136	137	83	84	85	86	87	87	88
	95	132	133	135	137	139	140	141	88	88	89	90	91	92	93

Fonte: V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 26/07/2008

Anexo D – Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos

1. Manifestações locais:

264

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite A; • Hepatite B; • BCG; • DPT; • Hib; • Varicela; • Pneumococo; • Influenza; • Tríplice viral; • Meningococo.
Descrição	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperestesia; • Eritema; • Prurido e pápulas urticariformes; • Enfartamento ganglionar; • Abscessos; • Dor.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Pode ocorrer logo após a aplicação de vacinas ou alguns dias depois.
Notificação e investigação	Notifique e investigue os casos com abscessos ou outras reações locais muito intensas (edema e/ou vermelhidão extensos, limitação acentuada e duradoura de movimentos) e também o aumento exagerado de determinada(s) reação(ões) local(is) associada(s) eventualmente a erros de técnica ou a lote vacinal.
Conduta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico, se necessário. 2. Compressas frias nas primeiras 24 a 48 horas após a aplicação, nos casos de forte dor e reação local intensa. 3. Os abscessos devem ser submetidos à avaliação médica, para a escolha da conduta apropriada.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Não há.

2. Febre:

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite B; • DPT; • Hib; • Pneumococo; • Influenza; • Tríplice viral.
Descrição	Elevação da temperatura axilar acima de 37,8°C.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Pode ocorrer logo após a aplicação de vacinas não vivas (como a vacina tetravalente, a vacina meningocócica B/C, etc.) ou alguns dias depois de vacinas vivas (como a vacina tríplice viral).
Notificação e investigação	Notifique e investigue se for detectada febre com intensidade maior ou igual a 39,0°C e frequência acima do esperado ("surtos") ou associada eventualmente a lotes de vacina.
Conduta	<p>A criança deve ser examinada quando a febre for alta ou fugir do padrão esperado para o tipo de vacina aplicada. Quando a febre se deve à vacinação, o quadro geralmente é benigno e autolimitado.</p> <p>Mantenha a criança em repouso, em ambiente bem ventilado, administre água e outros líquidos apropriados para ela (tais como o leite materno e a terapia de reidratação oral) e considere o uso de antitérmico.</p> <p>Antitérmicos: paracetamol (para crianças e adultos), de preferência na dosagem de 10 a 15mg/kg/dose (dose máxima: 750mg), de 6hs/6hs.</p> <p>Nos casos de febre muito alta sem resposta ao paracetamol, pode-se usar dipirona, 15mg/kg/dose, por via oral.</p> <p>Antitérmico profilático: utilize-o quando na dose anterior houve febre elevada ou história prévia de convulsão febril. Administre no momento da vacinação e depois repita de 6/6 horas durante 24 a 48 horas. Use de preferência o paracetamol na dose já indicada. Fique atento para a possibilidade de infecção intercorrente, que pode necessitar de tratamento apropriado.</p>
Há contraindicação para doses subsequentes?	Não há. Considere a conveniência de antitérmico profilático.

3. Convulsão:

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • DPT; • Meningococo C.
Descrição	<p>A crise convulsiva febril é, em geral, do tipo clônico, tônico-clônico generalizada e com manifestações neurológicas pós-convulsivas discretas. São geralmente de curta duração, podendo, entretanto, ocorrer crises múltiplas e prolongadas, circunstâncias em que a pesquisa de doença neurológica, especialmente meningite, é obrigatória. O fator preditivo mais importante para a ocorrência da primeira crise é a história familiar de crises convulsivas agudas febris. O diagnóstico é essencialmente clínico.</p> <p>A crise convulsiva afebril é rara em associação com vacina e necessita de avaliação e acompanhamento neurológico.</p>
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Pode ocorrer após a vacinação, principalmente contra a coqueluche e o sarampo, devido à febre que eventualmente sucede a aplicação dos imunobiológicos.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloque o paciente em decúbito lateral, com o corpo inclinado, de modo que a cabeça fique abaixo do nível do restante do corpo (Trendelenburg). 2. Aspire as secreções. 3. Afrouxe as roupas. 4. Proteja a língua com gaze dobrada entre os dentes. 5. Caso a convulsão febril não cesse espontaneamente em 10min, aplique anticonvulsivante. O medicamento de escolha para a terapêutica inicial é o diazepam, administrado por via intravenosa, lentamente, na dose de 0,04 a 0,2mg/kg, velocidade de 1mg por minuto. Pode também ser utilizada a via retal, na dose de 0,5mg/kg. Dose máxima: 10mg/dose. É droga de meia vida curta, com duração pequena de ação terapêutica. O fenobarbital pode ser utilizado como alternativa inicial quando não houver diazepínico disponível. Sua atividade é duradoura, por ter meia vida prolongada. Dose de ataque: 10mg/kg, por via intramuscular. 6. Oxigênio úmido, se necessário (no caso de cianose, mesmo após a aspiração). 7. É comum a criança dormir após a crise, mesmo sem medicação. Não se deve acordá-la. 8. Encaminhe a criança para avaliação se for o primeiro episódio de crise convulsiva. <p>O tratamento da fase aguda da convulsão afebril é semelhante ao da convulsão febril, com exceção do uso do antitérmico.</p>
Há contraindicação para doses subsequentes?	Quando a convulsão for associada à vacina tríplice DTP/tetravalente, complete o esquema vacinal com a vacina tríplice acelular (DTaP), com administração de antitérmico profilático e das demais precauções indicadas.

4. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo I (imediate)

4.1 Manifestações alérgicas graves: choque anafilático

Vacinas	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite B; • Influenza; • Meningococo C; • Tríplice viral.
Descrição	<p>O choque anafilático caracteriza-se por instalação súbita de sinais de colapso circulatório com diminuição ou abolição do tônus muscular, palidez, cianose, resposta diminuída ou ausente aos estímulos, depressão ou perda do estado de consciência, hipotensão ou choque e, algumas vezes, parada cardíaca associada ou não a alterações respiratórias.</p> <p>Diagnóstico diferencial importante deve ser feito com a reação vaso-vagal, caracterizada por náusea, palidez, sudorese, bradicardia, hipotensão, fraqueza e, às vezes, desmaio, mas sem prurido, urticária, angioedema, taquicardia e broncoespasmo, mais frequente em adolescentes. Deve ser feito também diagnóstico diferencial com episódio hipotônico-hiporresponsivo.</p>
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	Ocorrem geralmente em menos de 2 horas após a aplicação de vacinas e soros (ou medicamento), principalmente na primeira meia hora, sendo extremamente raras em associação com as vacinações.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	<p>As ações descritas a seguir devem ser realizadas rápida e simultaneamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entre em contato com o serviço de emergência, chamando inclusive uma ambulância. 2. Coloque o paciente em local apropriado em posição de Trendelenburg, se possível. 3. Administre 0,01ml/kg (máximo de 0,3ml em crianças e 0,5ml em adultos) de adrenalina a 1:1000 por via subcutânea ou intramuscular, repetindo o procedimento a cada 10 a 15 minutos, se isso for necessário. 4. Mantenha as vias aéreas desobstruídas. 5. O₂ sob máscara ou Ambu ou intubação, segundo for indicado e possível. 6. Encaminhe a criança para ambiente hospitalar e a deixe em observação por 24 horas, devido ao risco de recorrência (bifásico). <p>Quando houver o risco ampliado de reação de hipersensibilidade (história prévia de hipersensibilidade após uso de um imunobiológico ou algum de seus componentes), recomenda-se a administração em ambiente hospitalar.</p>
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim. Contraindicam-se doses subsequentes com qualquer um dos componentes do agente imunizante que provocou o choque anafilático.

4.2 Manifestações alérgicas menos graves:

Vacinas	
Descrição	São reações alérgicas sem sinais de insuficiência respiratória e/ou colapso circulatório.
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	Ocorrem geralmente em menos de 2 horas após a aplicação de vacinas e soros (ou medicamento), principalmente na primeira meia hora, sendo extremamente raras.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	Administre anti-histamínicos por via oral no caso de urticária ou exantema pruriginoso. Administre corticoesteroides, na dependência da intensidade e do tipo das manifestações alérgicas.
Há contraindicação para doses subsequentes?	As doses subsequentes devem ser aplicadas com precauções, preferencialmente em ambiente hospitalar.

5. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo II (citotóxica):

Vacina	Influenza.
Descrição	É uma reação imunológica anômala e indesejável, em que anticorpos fixam-se nas células do próprio corpo (autoimunidade), provocando sua destruição. Nos eventos neurológicos pós-vacinais, como, por exemplo, na síndrome de Guillain-Barré, provavelmente este mecanismo imunológico está envolvido.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	Encaminhe a criança para o especialista.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim.

6. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo III (complexo imune):

Vacina	DPT.
Descrição	<p>A magnitude da reação depende da quantidade de complexos imunes formados, bem como de sua distribuição no organismo. Quando os complexos são depositados próximos ao local de aplicação da vacina ou do soro, denomina-se reação de Arthus. Ocorre quando o antígeno injetado forma complexos imunes com anticorpos pré-existentes no local da aplicação. Surgem eritema, edema, endurecimento e petéquias. Quando os complexos imunes depositam-se em muitos tecidos, o agravo denomina-se doença do soro, pois são mais comuns após a aplicação de soros, geralmente de origem não humana (equina). Aparecem febre, linfadenopatia, lesões urticariformes com prurido discreto (eritema polimorfo), às vezes petéquias, artrite e glomerulonefrite. Pode haver trombocitopenia e a velocidade de hemossedimentação costuma ser elevada.</p>
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	<p>Reação de Arthus: pode aparecer cerca de duas horas após a injeção, alcança máxima intensidade entre 4 e 6 horas e, em geral, diminui progressivamente.</p> <p>Doença do soro: ocorre de 5 a 21 dias após a administração do soro, mais comumente de 7 a 12 dias. Em geral, as petéquias que às vezes ocorrem alguns dias após a aplicação de algumas vacinas, como a tríplice DTP ou a vacina meningocócica do sorogrupo B, devem-se à formação de complexos imunes.</p>
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	<p>Administre anti-histamínicos e, nos casos mais graves, corticosteroides.</p> <p>Ofereça líquidos com frequência para a criança.</p>
Há contraindicação para doses subsequentes?	<p>Não administre dose de reforço até dez anos depois da última dose.</p> <p>Nos casos de reação à aplicação de soros de origem equina, se for necessário repetir imunização passiva, devem ser utilizadas as imunoglobulinas humanas, quando isso for possível. Na impossibilidade de utilizá-las, faça a administração de soro heterólogo com pré-medicação e acompanhe o paciente nos dez dias seguintes.</p>

7. Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo IV (tardia):

7.1 Doenças desmielinizantes:

Vacinas	Várias vacinas na linha.
Descrição	Reações de hipersensibilidade anômala e indesejável, em que linfócitos T citotóxicos atacam a bainha de mielina dos nervos com a participação de outros mecanismos imunológicos, como anticorpos.
Ocorrem quanto tempo após a vacinação?	Podem ocorrer tardia e raramente após o uso de algumas vacinas, como a vacina contra raiva preparada em tecido nervoso (síndrome de Guillain-Barré) ou mesmo a tríplice viral (encefalomielite aguda disseminada, também conhecida como Adem).
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos. Um neurologista deve participar da investigação.
Conduta	A ser orientada pelo neurologista.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim.

7.2 Alergia de tipo tardia local:

Vacina	DPT.
Descrição	O timerosal é usado como conservante de várias vacinas, como DTP, DT, dT, TT, meningocócica B/C etc., e pode provocar dermatite de contato mediada por células (hipersensibilidade de tipo IV, tardia). Caso uma pessoa tenha alergia cutânea ao timerosal, pode apresentar após a vacinação um discreto aumento do processo inflamatório local nos primeiros dias após a vacinação. A alergia à neomicina, contida em algumas vacinas, em geral segue o mesmo padrão da alergia ao timerosal.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	-----
Notificação e investigação	Desnecessárias.
Conduta	Geralmente desnecessária.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Não. Oriente a família.

8. Eventos adversos de natureza mal definida:

8.1 Episódio hipotônico-hiporresponsivo:

Vacina	DPT.
Descrição	Admite-se que seja uma reação sistêmica inflamatória exagerada a componentes vacinais, especialmente à endotoxina, que existe principalmente na vacina celular contra coqueluche. A endotoxina também pode existir por problemas de contaminação de qualquer vacina por germes gram-negativos.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	Ocorre nas primeiras horas após a aplicação da vacina, mas o seu prognóstico é benigno.
Notificação e Investigação	Notifique e investigue todos os casos. Deve-se considerar a possibilidade de intercorrência infecciosa (diagnóstico diferencial).
Conduta	Conservadora, devendo ser oferecidos água e leite materno, além de um ambiente ventilado. Deve haver precauções especiais para se evitar a broncoaspiração. Se o procedimento for necessário, use antitérmicos. Observação rigorosa até a resolução do quadro.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Utilize preferencialmente em dose subsequente a vacina DTP acelular.

8.2 Deficit motor:

Vacina	VOP.
Descrição	Foram observados casos de paralisia associados à vacina em vacinados e seus contatos, geralmente familiares.
Ocorre quanto tempo após a vacinação?	O risco é maior na primeira dose do que em doses subsequentes e torna-se ampliado para indivíduos imunodeficientes.
Notificação e investigação	Notifique e investigue todos os casos.
Conduta	Colete duas amostras de fezes, o mais precocemente possível, dentro de 15 dias após o início do deficit motor, com intervalo de 24hs entre as duas amostras. Eletromiografia para o diagnóstico diferencial de outras neuropatias.
Há contraindicação para doses subsequentes?	Sim.

Colofão