

A Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade



PROTOCOLO

Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre - SMS / Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde - CGVS

Grupo Hospitalar Conceição - GHC / Serviço de Saúde Comunitária - SSC

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul - SPRS

A Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade

NOVEMBRO de 2004

Organizadores

- Ananyr Porto Fajardo Serviço de Saúde Comunitária do GHC
- Carla Berger Secretaria Municipal da Saúde
- Donatela Dourado Ramos Secretaria Municipal da Saúde
- Juarez Cunha Secretaria Municipal da Saúde – EI/CGVS
- Karla Lindorfer Livi Secretaria Municipal da Saúde – EI/CGVS
- Maria Lúcia Medeiros Lenz Serviço de Saúde Comunitária do GHC

Colaboradores

- Ana Cattani Secretaria Municipal da Saúde – EI/CGVS
- Carlos Eduardo Nery Paes Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Carlos Humberto Bianchi e Silva Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Carmem Fernandes Serviço de Saúde Comunitária do GHC
- Clotilde Druck Garcia Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Danilo Blank Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Denise Aerts Secretaria Municipal da Saúde – EI/CGVS
- Elza Regina Justo Giugliani Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Joelza Mesquita Andrade Pires Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- José Paulo Vasconcellos Ferreira Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Lisiane Perico Serviço de Saúde Comunitária do GHC
- Lucia Takimi Serviço de Saúde Comunitária do GHC
- Mário Neves Galvão Neto Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Noemia Goldraich Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS
- Olga Falceto Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS
- Ricardo Halpern Sociedade de Pediatra do Rio Grande do Sul
- Simone Bertoni Serviço de Saúde Comunitária do GHC

Orientador

- Sérgio Sirena Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC

Capa: Maria Lúcia Medeiros Lenz

Sumário

I APRESENTAÇÃO	5
II INTRODUÇÃO	7
III ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A CINCO ANOS DE IDADE.....	9
3.1 Algoritmo de ingresso e acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos	9
3.2 O contato da família com o serviço de saúde	10
3.3 Apresenta sinais de perigo?	10
3.4 Verificar Teste do Pezinho e Vacinas	11
3.5 Identificar e encaminhar ao serviço responsável	12
3.6 Agendar consulta	13
3.7 Inscrever no Programa Prá-Nenê	14
3.8 A consulta da criança nos primeiros cinco anos de vida	15
a- Prontuário da criança:	15
b- As necessidades afetivas da criança, sua família e a equipe de saúde	26
c- Procurar estabelecer vínculo, escutar, orientar e esclarecer dúvidas	27
d-Realizar exame físico e solicitar exames complementares	28
d.1 Exame físico	28
d.2 Exames complementares	35
e - Orientar alimentação saudável	35
e.1 Aleitamento materno	35
e.2 Alimentação complementar	38
e.3 Suplementação de ferro e vitaminas	40
e.4 Alimentação da criança desmamada	41
f- Avaliar e orientar sobre crescimento e desenvolvimento	44
f.1 O crescimento da criança	44
f.2 O desenvolvimento da criança	46
g - Orientar sobre aquisição do controle esfinteriano e retirada das fraldas	50
h - Orientar para controle e prevenção de acidentes	51
i - Identificar sinais de maus-tratos ou de violência intra-familiar	54
j - Orientar sobre saúde bucal	58
l - Avaliar situações de risco	61
3.9 Avaliações periódicas - Anotação	62
IV REFERÊNCIAS	65
VI LEITURA COMPLEMENTAR	70
VI ANEXOS	71
6.1 Técnicas da Antropometria	71
6.2 Técnica para aferição da Pressão Arterial	72
6.3 Documentos utilizados no PRÁ-NENÊ - Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida	76
6.4 Algoritmo do Teste do Pezinho	80
6.5 Algoritmo de Imunizações	81
6.6 Conselhos Tutelares	82

I APRESENTAÇÃO

Este protocolo tem o propósito de auxiliar no desenvolvimento de ações voltadas para a atenção integral da saúde da criança nos seus primeiros anos de vida .

Foi organizado por uma equipe de profissionais da Secretaria Municipal da Saúde Porto Alegre e do Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e revisado por representantes da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul.

O material que compõe esse protocolo teve como ponto de partida a experiência da rede de atenção básica no cuidado da saúde da criança, tendo sido buscadas as evidências que as justificassem, fossem elas ações de educação em saúde, rastreamento, condutas diagnósticas ou terapêuticas. Entretanto, para algumas das condutas aqui recomendadas não foram encontradas evidências científicas que embasassem sua utilização, muito em função da escassez de estudos que investigassem essas situações. Dessa forma, algumas recomendações baseiam-se nos resultados positivos obtidos com as ações de vigilância da saúde da criança.

Foram utilizados os seguintes critérios de Níveis de Evidência Científica nos Enfoques de Terapia, Prevenção e Etiologia/Risco¹:

I. Ensaio clínico randomizado (ECR) ou revisão sistemática de ECRs (RS) com desfechos clínicos *

II. Qualquer um dos abaixo:

- ECR ou RS de ECR de menor qualidade:

Com desfechos substitutos validados [†].

Com análise de subgrupos ou de hipóteses *a posteriori*

Com desfechos clínicos, mas de menor rigor metodológico

- Estudos observacionais de reconhecido peso científico (estudo de coorte ou de caso-controle aninhado a uma coorte, séries temporais múltiplas) ou revisões sistemáticas dos mesmos.

III. Qualquer um dos abaixo:

- ECR com desfechos substitutos não validados [†].

- Estudos de caso-controle

IV. Estudos com desfechos clínicos, mas com maior potencial de viés (tais como experimentos não comparados e os demais estudos observacionais).

V. Fórum representativo/opinião de especialistas sem evidências dos níveis acima.

* Para ser considerado evidência nível I, o ECR deve, em geral, atender quesitos de qualidade, como ser duplo-cego, ter alocação sigilosa, completar acompanhamento de > 80% e explicitar poder adequado (> 0,80 $\alpha=0,05$) para um desfecho clínico. Em casos raros, evidências não geradas por ECR podem alcançar nível I quando a nova terapia traz benefício e a convencional é aceita como ineficaz (ex: desfibrilação para fibrilação ventricular); ou então quando há sucesso terapêutico inquestionável e a terapia convencional é pouco eficaz.

[†] Desfechos substitutos são validados quando há demonstração, em ECR de longa duração, que mudanças entre os desfechos substitutos e clínico são correlacionadas, e que o substituto captura plenamente todos os efeitos da terapia (por exemplo, desfecho validado: contagem de células CD4 substituindo desfechos *AIDS* ou *óbito*; desfecho não validado: *glicemia* substituindo o desfecho *complicações cardiovasculares em diabetes*).

II INTRODUÇÃO

O acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento é fundamental para a criança, pois permite evidenciar precocemente transtornos que afetam sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social.

As ações desenvolvidas pelos serviços de saúde devem ser voltadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento, a proteção da saúde e a identificação e tratamento precoce dos problemas detectados. A identificação de situações que vulnerabilizam a saúde da criança permitirá a execução dessas ações, possibilitando a redução da morbimortalidade além de potencializar seu desenvolvimento.

Em Porto Alegre, o Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida – **Prá-Nenê**² tem como objetivo desenvolver ações de vigilância da saúde dirigidas às crianças no primeiro ano de vida, facilitando-lhes o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a qualidade do atendimento. O contato mais próximo com a criança e sua família propicia o conhecimento das condições de vida e saúde da população atendida no serviço e a troca e socialização das informações.

O Prá-Nenê tem origem no Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) que utiliza como fonte de dados a Declaração de Nascido Vivo (Anexo 6.3.1). Esses dados permitem conhecer as características das crianças nascidas vivas, moradoras no município, e identificar os diferentes grupos de risco existentes, dirigindo-lhes ações específicas.

No ano de 2003, nasceram em Porto Alegre 19.197 crianças de mães moradoras do município, sendo que dessas estima-se que 74% sejam usuárias dos serviços públicos de saúde. Entre os nascidos, foram identificadas as seguintes situações de vulnerabilidade: 10,8% eram prematuros, 9,5% tinham menos de 2.500g e 1,2% apresentavam anomalias congênitas; e entre as mães: 18,4% eram adolescentes, 37% tinham menos de 7 anos de escolaridade, 34,5% realizaram menos de 6 consultas de pré-natal e 14,5% estavam tendo seu quarto filho (Fonte: banco de dados do SINASC).

A atenção à criança deve ser oferecida a toda a população e os serviços de saúde devem responsabilizar-se pelos moradores de seu território, embora nem todos utilizem os serviços públicos. No ano de 2003, para primeira consulta de puericultura, o Prá-Nenê teve uma cobertura de 69,4% da população usuária do SUS.

É fundamental que cada serviço conheça os grupos populacionais e seus perfis de saúde-doença, possibilitando o planejamento de ações, o gerenciamento e a organização do serviço e a construção do modelo de atenção da Vigilância da Saúde.

No ano de 2003, foi identificado que 17,4% das crianças já estavam desmamadas na primeira consulta do recém-nascido (Fonte: banco de dados do Prá-Nenê).

A cobertura vacinal das crianças no primeiro ano de vida em 2003, foi de 75,7% para Sabin, 74,4% DTP+Haemophilus influenzae do tipo b, 73,6% Hepatite B e 87,6% BCG (Fonte: Núcleo

de Imunizações – CGVS).

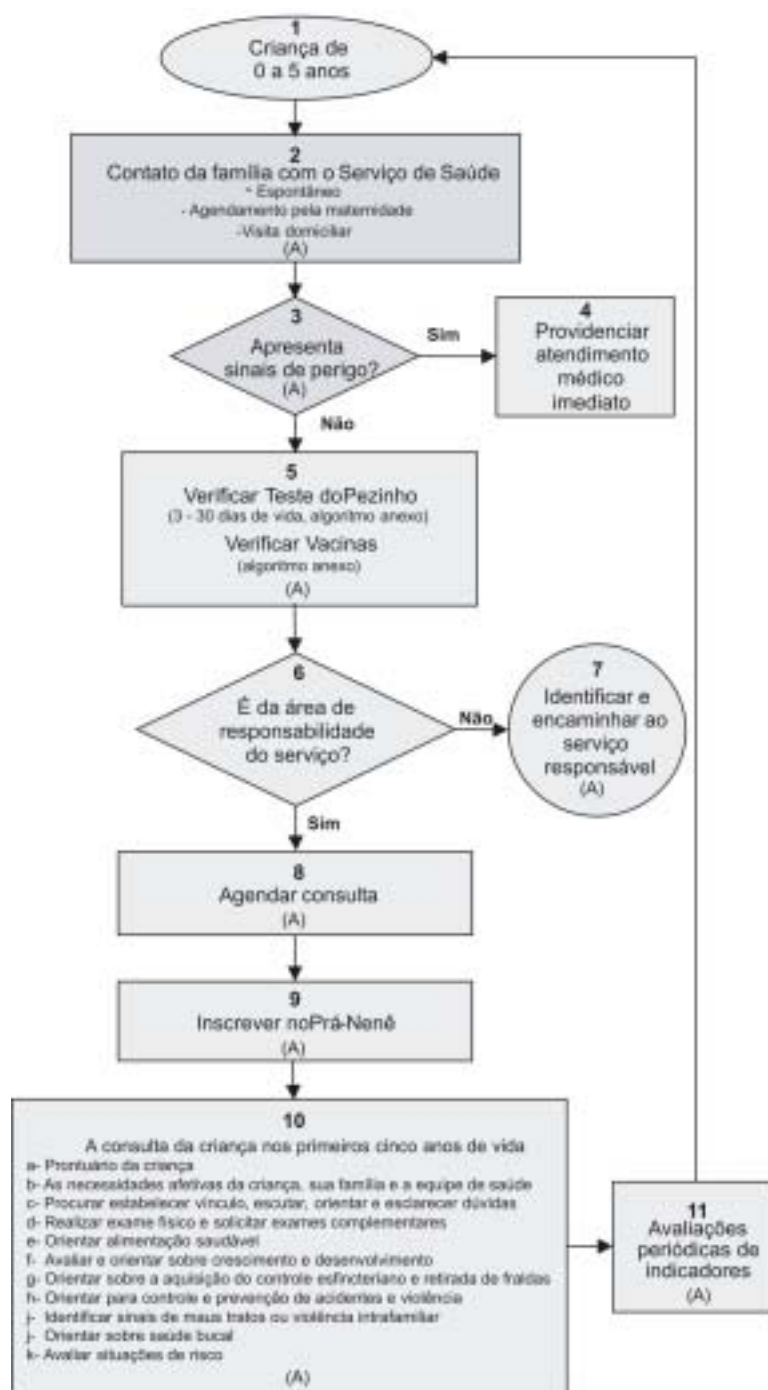
No ano de 2003, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 13,34 óbitos para cada 1000 nascidos vivos. Entre os 256 óbitos ocorridos, foram identificados 202 (78,9%) casos de óbitos infantis evitáveis por ações de saúde (Portaria nº723/GM, de 10 de maio de 2001). Esses casos ficaram assim distribuídos segundo os grupos de evitabilidade: imunopreviníveis (2/1%), adequado controle na gravidez (55/21,5%), adequada atenção ao parto (24/9,4%), por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces (60/23,4%) e por

parcerias com outros setores (61/23,8%) (Fonte: banco de dados do SIM).

O conhecimento das características próprias da infância e da realidade de Porto Alegre permite o direcionamento de ações individuais e coletivas mais adequadas às necessidades das crianças e de suas famílias. Desta forma, é possível intervir nos determinantes da saúde, humanizar o atendimento e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

III ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A CINCO ANOS DE IDADE

3.1 Algoritmo de ingresso e acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos



3.2 O contato da família com o serviço de saúde

Anotação 2

O contato da criança e sua família com o serviço de saúde poderão ocorrer na Unidade de Saúde ou através da realização de visita domiciliar.

Procura espontânea pela Unidade de Saúde:

No caso de procura espontânea pela Unidade de Saúde, qualquer integrante da equipe deve estar apto para acolher a criança e sua família. Acolher implica assumir uma postura de escuta e responsabilização, gerando vínculos e compromissos que norteiam as intervenções, diminuindo assim sofrimento e promovendo saúde.^{3,4}

O profissional deve procurar entender e sentir quais as necessidades da criança e sua família naquele momento: o que o motivou para a vinda ao serviço? O que ele busca? É possível atendê-lo? Quais as prioridades em seu atendimento? É necessário direcioná-lo para outro ponto do sistema? Encaminhá-lo a outro serviço?

Agendamento pela maternidade:

Para facilitar e assegurar o acesso do recém-nascido à UBS, o agendamento da primeira consulta deverá ser feito pela maternidade onde a criança nasceu, sendo indicado à mãe, no momento da alta, qual a UBS a que deverá se dirigir.

Visita domiciliar:

Tem como objetivo facilitar o acesso precoce aos serviços de saúde em momentos de maior vulnerabilidade e necessidade de apoio que uma família vivencia. É extremamente importante que o profissional entenda que antes de tudo, deverá estar apto para escutar e compreender quais são os sentimentos, as dúvidas e as necessidades da fa-

mília naquele momento. É importante também poder observar e identificar outras situações que precisem ser melhor trabalhadas pelo profissional que irá atender a criança em consulta posterior na Unidade. Considera-se fundamental orientar sobre amamentação, alimentação, vacinas, cuidados com a criança, sempre levando em consideração a realidade de cada família.

A visita domiciliar deverá ser registrada no prontuário da família.

3.3 Apresenta sinais de perigo?

Anotação 3

Embora o enfoque principal seja a atenção à saúde da criança de baixo risco, julga-se importante que toda a equipe de saúde saiba identificar sinais de gravidade. Uma criança que apresenta sinais de perigo deve ser avaliada pronta e cuidadosamente e receber atendimento médico imediato sempre que necessário. Dependendo da situação, necessitará ser encaminhada para atendimento hospitalar.^{5,6}

SINAIS DE PERIGO:

Criança de 1 semana a 2 meses:

- não consegue beber ou mamar
- vomita tudo queingere
- apresentou convulsões
- está letárgica ou inconsciente
- respiração rápida (> 60 mrm)
- movimentando-se menos que o normal
- febre (temperatura de 37,5° C ou mais) ou temperatura baixa (< 35,5° C)
- tiragem subcostal, batimentos de asas do nariz
- cianose ou palidez importante
- gemidos
- fontanela abaulada
- secreção purulenta do ouvido
- umbigo hiperemiado (área mais extensa) e/ou com secreção purulenta

- pústulas (muitas e extensas) na pele
- irritabilidade
- dor à manipulação
- diarreia

Criança de 2 meses – 5 anos:

- não consegue beber ou mamar
- vomita tudo que ingere
- apresenta convulsões
- está letárgica ou inconsciente
- apresenta tiragem subcostal, batimentos de asas do nariz ou estridor em repouso
- dificuldade respiratória, sibilância
- cianose ou palidez importante
- edema
- desidratação grave (olhos fundos, não consegue beber ou bebe muito mal, sinal da prega presente)
- febre acompanhada de rigidez de nuca, petéquias, abaulamento de fontanela ou qualquer outro sinal de perigo
- com dor e/ou secreção no ouvido acompanhada(s) de tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha (mastoidite)
- dor intensa

Obs.: crianças com história de traumatismos importantes, queimaduras, ingestão de substâncias tóxicas e de medicamentos também devem ser prontamente avaliadas. Ver Orientações sobre prevenção de lesões não intencionais - 3.8.h

3.4 Verificar Teste do Pezinho e Vacinas - Anotação 5

Independente do serviço onde a criança será acompanhada, a equipe deverá oferecer o teste do pezinho e vacinação.

O teste do pezinho realizado na rede de Atenção Primária de Saúde de Porto Alegre, conforme o Programa Nacional de Triagem Neonatal, consiste na dosagem sanguínea de fenilalanina (PKU), TSH e hemoglobinas. Esta testagem permite a detecção, logo após o nascimento, da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e hemoglobinopatias, doenças que podem ser tratadas, prevenindo o retardo mental que podem ocasionar.

Há evidências que deve ser realizado rastreamento para PKU.⁷⁻⁹ [Nível V]

O teste do pezinho constitui-se num teste de triagem inicial. Quando apresenta valores suspeitos, deve ser complementado por outros exames laboratoriais para confirmação diagnóstica. Deverá ser feito a partir do 3º dia de vida do recém-nascido e quando já ocorreu uma injeção adequada de proteínas, podendo-se analisar com maior segurança o metabolismo da fenilalanina evitando-se o falso resultado normal (falso negativo para PKU). Além disso, a dosagem de TSH nas 1^{as} 48 horas pode levar a um aumento de falsos positivos.⁷

O exame deve ser realizado preferencialmente até o 7º dia de vida. No entanto, em nosso meio, aceita-se que seja coletado até o 30º dia, devido às dificuldades de comparecimento do recém-nascido ao serviço básico de saúde na primeira semana de vida.

Recomendamos consultar o protocolo específico do teste do pezinho para maiores informações (*no prelo*).

A vacinação é considerada atualmente a principal estratégia na prevenção de doenças infecciosas. A repercussão das vacinas na morbimortalidade das doenças imunopreveníveis pode ser observada em todos os países, independente de seu grau de desenvolvimento. São exemplos desse sucesso a erradicação da varíola no mun-

do (1977) e da poliomielite nas Américas (1991).¹⁰

Objetivando atingir adequadas coberturas de imunizações, é fundamental que todos os profissionais de uma equipe de saúde conheçam as considerações relacionadas abaixo:

- devemos aproveitar todas as oportunidades para avaliar o estado vacinal;
- devemos aproveitar todas as oportunidades para

vacinar a menos que tenha contra-indicações;

- é importante educar pais e pacientes sobre importância das vacinas, calendários e opções;
- é necessário registrar adequadamente as vacinas realizadas e as doenças manifestadas;
- é importante documentar o plano futuro de imunizações (aprazamentos);
- tratando-se de atrasos na vacinação, não reiniciar o esquema, só completar.

Calendário de Vacinação da Infância 2004

Idade Vacina	Ao nascer	1 Mês	2 meses	4 meses	6 meses	12 Meses	15 meses	4-6 anos	6-10 anos	14-16 anos
Hepatite B	■	■			■					
BCG		■							■	
Poliomielite			■	■	■		■			
DTP			■	■	■		■	■		
Hib			■	■	■					
Tríplice viral						■		■		
dT										■

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência em Saúde. Calendário básico de vacinação. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br> Portaria nº597/GM/em 08de abril de 2004. Acesso em: 31 maio 2004.¹¹

Em relação ao prontuário recomendamos que quando for utilizada a vacina tetravalente, que se encontra disponível na rede básica de saúde, sejam registrados o lote e a data de aplicação no espaço da DTP e da Hib, pois a terminologia "tetravalente" não é universalmente conhecida.

Apesar deste protocolo destinar-se a crianças nos primeiros cinco anos de vida, optamos por manter o calendário completo de vacinas. Isso permite uma visão de todo o esquema vacinal preconizado, permitindo orientações sobre futuros reforços.

Recomendamos consultar o protocolo específico de Imunizações (*no prelo*) para maiores informações e sobre outras vacinas disponibilizadas no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE.

3.5 Identificar e encaminhar ao serviço responsável

Anotação 7

Quando a criança não for da área de responsabilidade do serviço de saúde, recomenda-se encaminhá-la, sempre que possível. Idealmente ela já deverá sair do atendimento com uma consulta agendada.

A partir do bairro onde mora a criança, identificar a Gerência Distrital correspondente;

- Localizar na lista de ruas (informatizada) o endereço da criança e o serviço de saúde responsável por aquele território;
- Contatar por telefone com serviço de referência para o agendamento prévio da criança;

- Encaminhar por escrito com data do agendamento, fazendo registros dessas informações no seu serviço.

3.6 Agendar consulta

Anotação 8

Garantir acesso facilitado para o agendamento de consulta da criança, por qualquer pessoa da família, mediante a apresentação do Cartão da Criança ou documento que a identifique (DN, certidão de nascimento, carteira do posto ou cartão SUS).

- Se houver disponibilidade a consulta deverá ser realizada no mesmo dia por médico ou enfermeiro;
- registrar na agenda eletrônica: data, horário e profissional que fará o atendimento;
- entregar comprovante escrito do agendamento, com informações acima para o familiar da criança;
- observar calendário proposto de consultas com equipe saúde, conforme idade da criança.

Para facilitar e assegurar o acesso do recém nascido à UBS, está sendo implantado o agendamento da primeira consulta diretamente pela maternidade como já é rotina em relação à consulta da puérpera.

As evidências mostram que as consultas no primeiro ano de vida, para crianças de baixo risco, devem acontecer da seguinte maneira: no primeiro mês, aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses. A partir do primeiro

ano, aos 15, 18 e 24 meses e após essa idade consultas anuais.¹²⁻¹⁴ [Nível V]

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas no primeiro ano de vida, incluindo uma consulta até os 15 dias e outra no primeiro mês. Não recomenda a consulta dos 15 meses totalizando apenas duas consultas no segundo ano.

Sugerimos realizar duas consultas no primeiro mês, sendo que o ideal é que a primeira consulta ocorra dos 7 aos 10 dias de vida para diminuir o risco de desmame precoce, detectar situações de vulnerabilidade próprias desse período (depressão puerperal, dificuldades no manejo do recém-nascido, entre outras) e para assegurar o vínculo com o serviço. As consultas posteriores deverão ser realizadas aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses. Outras consultas poderão ser necessárias ou oferecidas levando em conta critérios de risco específicos de cada criança e a capacidade instalada do serviço. Em relação as consultas do segundo ano (15, 18 e 24 meses), reforçamos a importância da consulta dos 15 meses já que é o momento da realização do primeiro reforço da vacina tríplice bacteriana e poliomielite. Após o segundo ano de vida as consultas devem ser anuais.

A criança deverá ter assegurado sua consulta subsequente previamente agendada na consulta anterior.

Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança - modificado Ministério da Saúde

Número de consultas	IDADE													
	Até 10 dias	meses									Anos			
		1	2	4	6	9	12	15	18	24	3	4	5	6
1º ano - sete	■	■	■	■	■	■								
2º ano - três							■	■	■					
3º ano - uma											■			
4º ano - uma												■		
5º ano - uma													■	
6º ano - uma														■

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: 2002.¹⁴

3.7 Inscrever no Programa Pré-Nenê

Anotação 9

O ingresso de crianças moradoras da área de atuação pode ocorrer através da continuidade do acompanhamento oferecido às gestantes, por procura espontânea do serviço de saúde, por busca ativa a partir da Relação de Nascimento por Unidade de Saúde (RNUS) enviada semanalmente aos serviços (Anexo 6.3.2) ou através do agendamento feito pela maternidade.

Essa relação identifica as crianças sob responsabilidade do serviço de saúde, informando os dados relevantes para a caracterização do perfil de risco (local de nascimento, idade da mãe, peso ao nascer, APGAR ao 5º minuto, duração da gestação, gestação múltipla, escolaridade da mãe, mal formação congênita, número de consultas de pré-natal) e a localização do endereço da criança.

Ao receber a RNUS, a equipe do serviços de saúde deverá verificar se o recém-nascido já consultou. Caso não tenha sido atendido, realizar busca através de visita domiciliar ou telefone.

No primeiro contato com o serviço de saúde, a equipe deverá identificar onde será realizado o acompanhamento da criança. Independente de ser da área de responsabilidade de-

verá ser oferecida vacinação e teste do pezinho. O profissional responsável pelo recebimento da RNUS na Unidade deverá providenciar para que a Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento (Anexo 6.3.3) seja devidamente preenchida na consulta ou após o primeiro contato (caso a consulta não venha a ocorrer na Unidade) e enviada a Equipe de Informação/CGVS/SMS, permitindo a inclusão da criança no Pré-Nenê (banco de dados).

O controle da realização das consultas de acompanhamento da criança deverá ser feito pelas equipes. Sugerimos que todo serviço de saúde tenha planilhas ou livro de controle de faltosos tanto para o Pré-Nenê como para os anos subsequentes até o quinto ano de vida.

São consideradas faltosas no primeiro ano de vida as crianças de alto risco que deixarem de ser atendidas por um mês e as de baixo risco por dois meses no primeiro semestre e três no segundo semestre.

Os faltosos deverão receber visita domiciliar da equipe de saúde e terem suas informações registradas no prontuário. Esse procedimento deverá ocorrer para as crianças na primeira consulta e no acompanhamento, tendo como principais objetivos vincular ao serviço, avaliar as condições de vida familiar e as razões do atraso, da interrupção ou do abandono do acompanhamento.²

3.8 - A consulta da criança nos primeiros cinco anos de vida

Anotação 10

a- Prontuário da criança:

FOLHA DE ATENDIMENTO DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS - Meninas / Meninos

NOME:																			
1 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
Mãe: <input type="checkbox"/> saudável <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> doenças mentais <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alcoolismo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> outras: _____																			
Pai: <input type="checkbox"/> saudável <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> doenças mentais <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alcoolismo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> outras: _____																			
Número de gestações anteriores: Normais _____ Anormais _____ Coabitantes (doenças): _____																			
Irmãos: Vivos (número) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ; doenças _____																			
2 GESTAÇÃO E PARTO																			
Intercorrências gestacionais, no parto ou puerpério não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> quais? _____																			
Tipo de parto: vaginal <input type="checkbox"/> cesáreo <input type="checkbox"/>										Local do parto: Hospital <input type="checkbox"/> Qual? _____ domicílio <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>									
3 RECÉM-NASCIDO																			
Peso ao nascer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g					comprimento: <input type="text"/> <input type="text"/> cm					perímetro cefálico: <input type="text"/> <input type="text"/> cm									
Apgar: <input type="text"/> <input type="text"/> 1º minuto <input type="text"/> <input type="text"/> 5º minuto		Teste do pezinho: não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Resultados: Fenilcetonúria normal <input type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo congênito: normal <input type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatias: normal <input type="checkbox"/> alterado (incluindo traço falciforme) <input type="checkbox"/>																	
Intercorrências neonatais: sem intercorrências <input type="checkbox"/> hospitalização em UTI <input type="checkbox"/> hospitalização <input type="checkbox"/> alterações respiratórias <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> icterícia vômitos <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> paralisia <input type="checkbox"/> infecções <input type="checkbox"/> hemorragias <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/> quais? _____																			
4 ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS (checar a cada consulta)																			
	MESES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
TIPO DE ALIMENTO																			
ALEITAMENTO MATERNO																			
Outros leites, motivo: _____																			
Sucos e frutas																			
Papa ou sopas																			
Alimentação variada																			
Sulfato ferroso *																			
Vitamina A e D																			
Evitar adicionar açúcar, mel ou adoçantes nos alimentos ou nas chupetas/bicos																			
* iniciar suplementação de Fe na introdução de novos alimentos diferentes de leite materno																			
5. VACINAS										Aleitamento Materno									
Tipo		Dose								Observe as CARACTERÍSTICAS DE UMA BOA PEGA:									
		1ª	2ª	3ª	reforço	reforço	O queixo do bebê toca ao seio <input type="checkbox"/>												
BCG		RN			6-10 anos		A boca está bem aberta <input type="checkbox"/>												
Hepatite B		RN	1m	6m			O lábio inferior fica virado para fora <input type="checkbox"/>												
Poliomielite		2m	4m	6m	15m														
Tríplice bacteriana (DTP)		2m	4m	6m	15m	4-6 anos													
Hemofilus influenza b (Hib)		2m	4m	6m															
Tríplice viral		12m			4-6 anos														
dT					14-16 anos														
Registrar outras vacinas: tipo, dose e idade																			
							Hospitalizações nos primeiros 5 anos de vida												
							Data: / /					Data VD: / /							
							Motivo:												
							Data: / /					Data VD: / /							
							Motivo:												
							Data: / /					Data VD: / /							
							Motivo:												

ATENDIMENTO E AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

Período e data da consulta	Registro do exame físico e desenvolvimento neuropsicomotor (foram ressaltados aspectos importantes de acordo com a faixa etária, não excluindo a realização de exame físico completo)	Avaliação e Risco (ver tabela)	Orientações
1ª Consulta do RN: idade: _____ ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* comprimento ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* Estado geral, presença de irritabilidade ou letargia _____ Hidratação, mucosas e pele _____ <i>Fáscies e crâneo</i> ____ <i>Reflexos</i> <i>marcha</i> ____ <i>preensão palmar</i> ____ <i>sucção</i> ____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR ____ ____ mpm Abdômen _____ Genitais _____ Testículos na bolsa ____ Cicatriz umbelical _____ Ortolani e Barlow normal ____ alterado ____ Visão(reflexo fotomotor e piscamento) _____ Audição (identificação de risco)** _____ Amamentação ____ boa pega ____ sem boa pega _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno <input type="checkbox"/> abordar relação mãe/filho e adaptação aos novos papéis na família. <input type="checkbox"/> incentivar parceiro para os cuidados do bebê e aceitar apoio de amigos e familiares <input type="checkbox"/> orientar cuidados com banho, higiene perineo, hábitos de sono, "tipo" de choro <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho (temperatura e não deixá-lo só), asfixia, aspiração e transporte em automóvel. <input type="checkbox"/> orientar para vacinas e teste pezinho
1º MÊS ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* comprimento ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* Presença de irritabilidade ou letargia _____ <i>Levanta a cabeça</i> ____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR ____ ____ mpm Abdução ____ Abdômen _____ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso ____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno <input type="checkbox"/> abordar relação mãe/filho e familiares <input type="checkbox"/> realizar planejamento familiar <input type="checkbox"/> orientar higiene do bebê <input type="checkbox"/> orientar sobre o fumo passivo <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho(temperatura e não deixá-lo só), asfixia, aspiração e transporte em automóvel <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
2º MÊS ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* comprimento ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* <i>Sorri</i> ____ <i>abre as mãos</i> ____ <i>firma a cabeça</i> ____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR ____ ____ mpm Abdução ____ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso ____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno <input type="checkbox"/> procurar ter tempo para si e para o parceiro <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho, asfixia, aspiração e transporte em automóvel, quedas <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
4º MÊS ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* comprimento ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* <i>Rola s/auxílio</i> ____ <i>junta as mãos</i> ____ <i>reconhece pessoas</i> ____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR ____ ____ mpm Abdução ____ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso ____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno <input type="checkbox"/> incentivar que fale, cante, leia p/ o bebê <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, queimaduras, transporte em automóvel <input type="checkbox"/> alertar aumento de IVAS <input type="checkbox"/> orientar para não treinar esfínteres <input type="checkbox"/> discutir retorno ao trabalho <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
6º MÊS ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* comprimento ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* <i>Firma cabeça completamente</i> ____ <i>vocaliza</i> ____ <i>apanha objetos e leva-os a boca</i> ____ <i>senta com apoio</i> ____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR ____ ____ mpm Abdução ____ Visão (Hirschberg) ____ Audição (distração) ____ Erupção dos dentes ____ Observar sinais de possível negligência ou abuso ____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: ingestão de corpo estranho, quedas, risco da cozinha, não usar andadores <input type="checkbox"/> abordar aspectos sociais: medo dos estranhos, choro noturno, interação social, reação a frustrações <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
9º MÊS ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* comprimento ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* <i>Senta sem apoio</i> ____ <i>Fica de pé</i> ____ <i>Sílabas (ma-ma)</i> ____ <i>Entende o "Não"</i> ____ <i>Estica os braços p/ser pego</i> ____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR ____ ____ mpm Abdução ____ Visão _____ Audição _____ Erupção dos dentes ____ Rastreamento anemia *** ____ Observar sinais de possível negligência ou abuso ____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: ingestão de corpo estranho, quedas, risco da cozinha, não usar andadores <input type="checkbox"/> alertar para necessidade de afeto e disciplina <input type="checkbox"/> orientar para diminuição de apetite e ritmo de crescimento
12º MÊS ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* comprimento ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* <i>Ergue-se sozinho</i> ____ <i>Fica em pé</i> ____ <i>Nomeia objetos</i> ____ <i>Caminha com apoio</i> ____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR ____ ____ mpm Abdução ____ Visão(Hirschberg/cobertura) ____ Audição (distração/fala) ____ Erupção dos dentes ____ Ht/Hb (se ainda não solicitado) ____ Observar sinais de possível negligência ou abuso ____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, queimaduras, choque elétricos, envenenamentos, mordidas de animais <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: negativismo/ limites; curiosidade/estímulo exploração segura <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
15º MÊS ____/____/____	Peso ____ ____ ____ ____ g* altura ____ ____ cm* PC ____ ____ cm* <i>Caminha sem apoio</i> ____ <i>Palavras</i> ____ <i>Observar marcha</i> ____ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso ____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, mordida de animais, janelas <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: crises de birra, limites <input type="checkbox"/> orientar para vacinas

Continua

Período e data da consulta	Registro do exame físico e desenvolvimento neuropsicomotor (foram ressaltados aspectos importantes de acordo com a faixa etária, não excluindo a realização de exame físico completo)	Avaliação e Risco (ver Tabela)	Orientações
18º MÊS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ cm* PC _ _ _ cm* Atira bola _ Segue instruções _ Observar marcha _ Visão _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _	_____ pontos	<ul style="list-style-type: none"> encorajar iniciativas de fazer por si, como comer sozinho orientar higiene bucal prevenir acidentes: proteção na rua, carro e escadas, não deixá-lo só em casa ou no carro orientar aspectos sociais: boas maneiras, reação ao irmão menor.
2 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ cm* IMC _ _ _ Aponta parte do corpo _ rabisca _ tira qualquer parte do vestuário _ corre ou sobe degraus _ Visão _____ Colesterol total (se fator risco para hiperlipidemia)**** _ Observar sinais de possível negligência ou abuso _	_____ pontos	<ul style="list-style-type: none"> orientar higiene bucal estimular atividades físicas orientar possíveis alterações do apetite prevenir acidentes: abre portas, escada, afogamento (bóias, piscina) orientar aspectos sociais: necessidades de ter amigos, repartir iniciar treinamento de esfínteres
3 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ cm* IMC _ _ _ Controla esfínteres _ PA _/_/___	_____ pontos	<ul style="list-style-type: none"> encaminhar ao dentista
4 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ cm* IMC _ _ _ Identifica cores _ diz seu nome _ usa frases _ brinca com outras crianças _ veste-se com ajuda _ Visão _____ Audição _____ PA _/_/___ Observar sinais de possível negligência ou abuso _	_____ pontos	<ul style="list-style-type: none"> encaminhar ao dentista (se ainda não consultou) orientar em relação a televisão/violência. prevenir acidentes: fogo, fósforos, queda incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola
5 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ cm* IMC _ _ _ Pula alternadamente com um pé e outro _ veste-se sozinho _ Pedir ajuda quando necessário _ Ausculta cardíaca/pulsos _____ PA _/_/___ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _	_____ pontos	<ul style="list-style-type: none"> orientar higiene do corpo e dentes estimular vida ao ar livre, sol prevenir acidentes: bicicleta e segurança do pedestre orientar sobre ansiedade da escola e enurese incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola

* registrar no gráfico

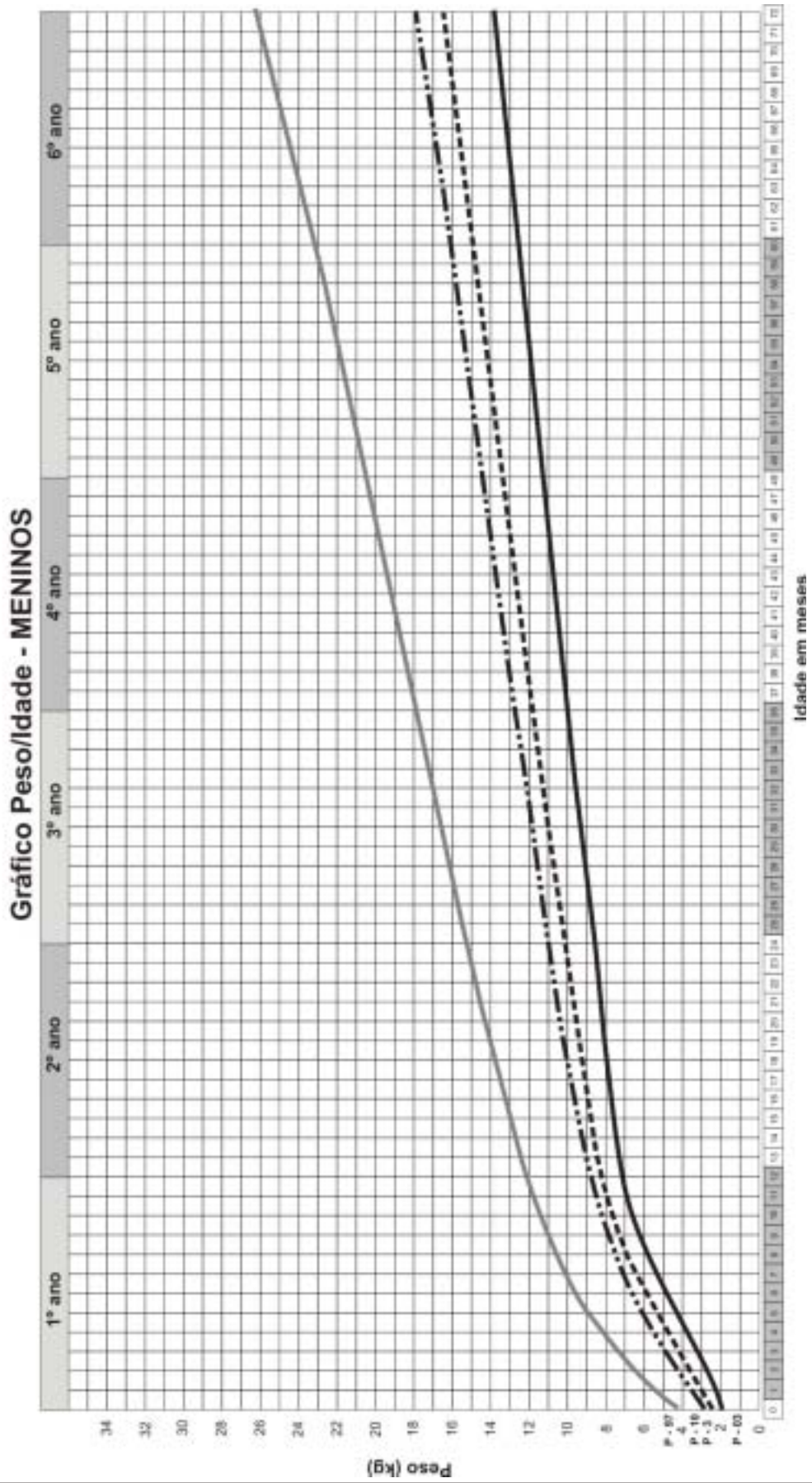
** ver critérios de risco para déficit auditivo

*** risco para anemia: prematuros, baixo peso, aleitamento artificial, baixo nível sócio-econômico

**** risco para hiperlipidemia: pais ou avós com hipercolesterolemia ou doença cardiovascular antes 55a

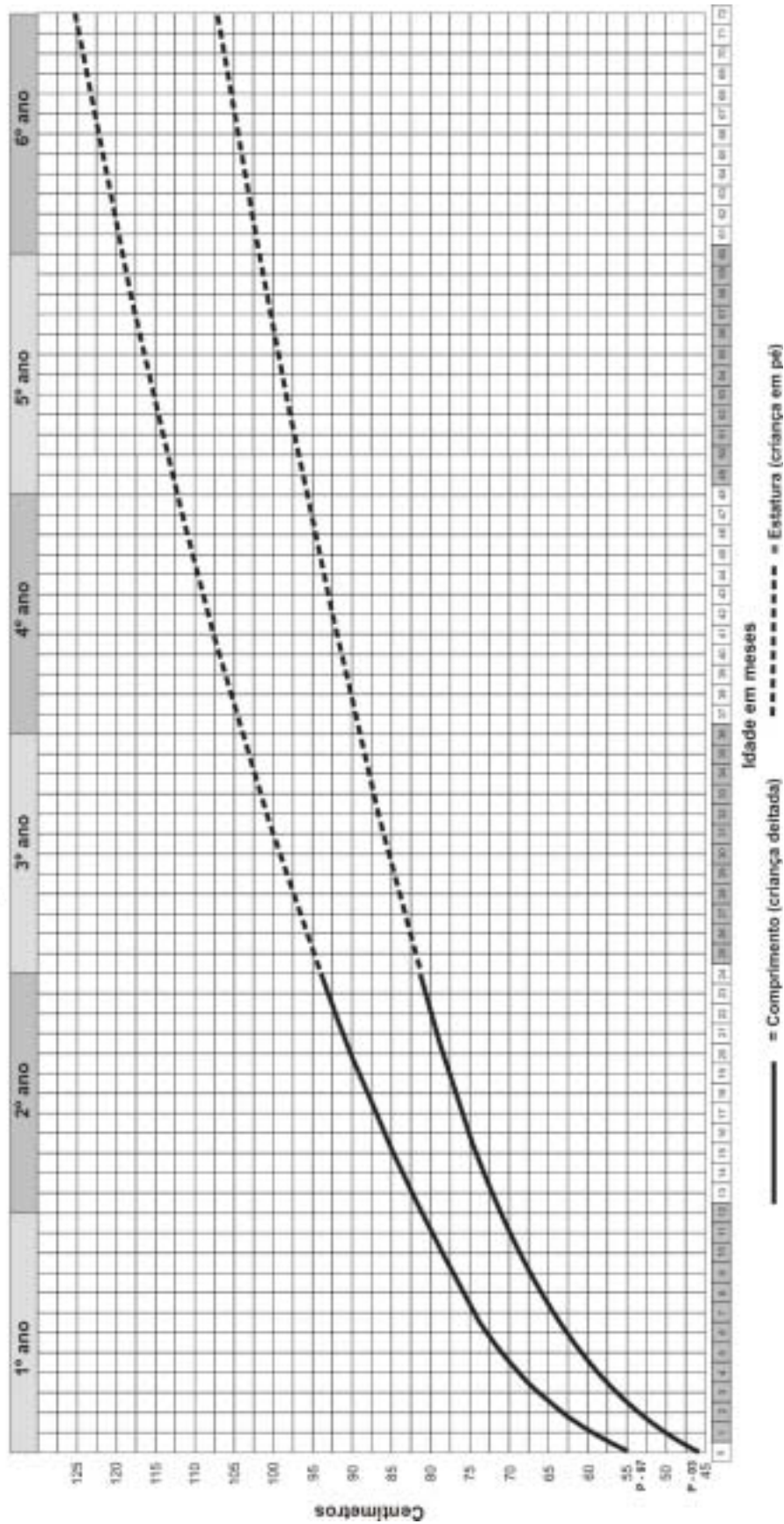
Indicadores	Alto Risco	Pontos			
		até 2 m	até 6 m	até 12 m	1 a 5 anos
Peso ao nascer _ _ _ _ _ g	< 2500 g	6			
Duração da gestação _ _ _ semanas	< 37 semanas	4			
Aleitamento materno	suspenso/misto	6			
Gestação gemelar	sim	2			
Hospitalização	sim	2	4	4	4
Malformação Congênita	sim	1	1	1	1
Idade materna _ _ anos	<=15 anos 16 a 17 anos	6 3	6 3	6 3	6 3
Escolaridade Materna	< 4 anos de estudos completos	2	2	2	2
Óbito de filhos menor que 5 anos	sim	4	4	4	4
Número de filhos morando junto	> 3 filhos	2	2	2	2
Pré-natal	0 a 2 consultas 3 a 5 consultas	2 1			
Renda per capita	< 1 salário mínimo	3	3	3	3
Problemas familiares e sócio-econômicos	sim, de 1 a 6 pontos				
Problemas da Criança: problemas importantes que interferiram no crescimento ou desenvolvimento	sim, de 1 a 6 pontos				
Vacinas	em atraso	4	4	4	4
Avaliação do desenvolvimento	suspeito com problemas		3 6	3 6	3 6
Altura/Idade	<percentil 10		6	6	6
Peso/Altura	<percentil 10		6	6	6
Peso/Idade	<percentil 10		6	6	6

Curvas de Crescimento Peso/Idade MENINOS de 0 a 6 anos - NCHS



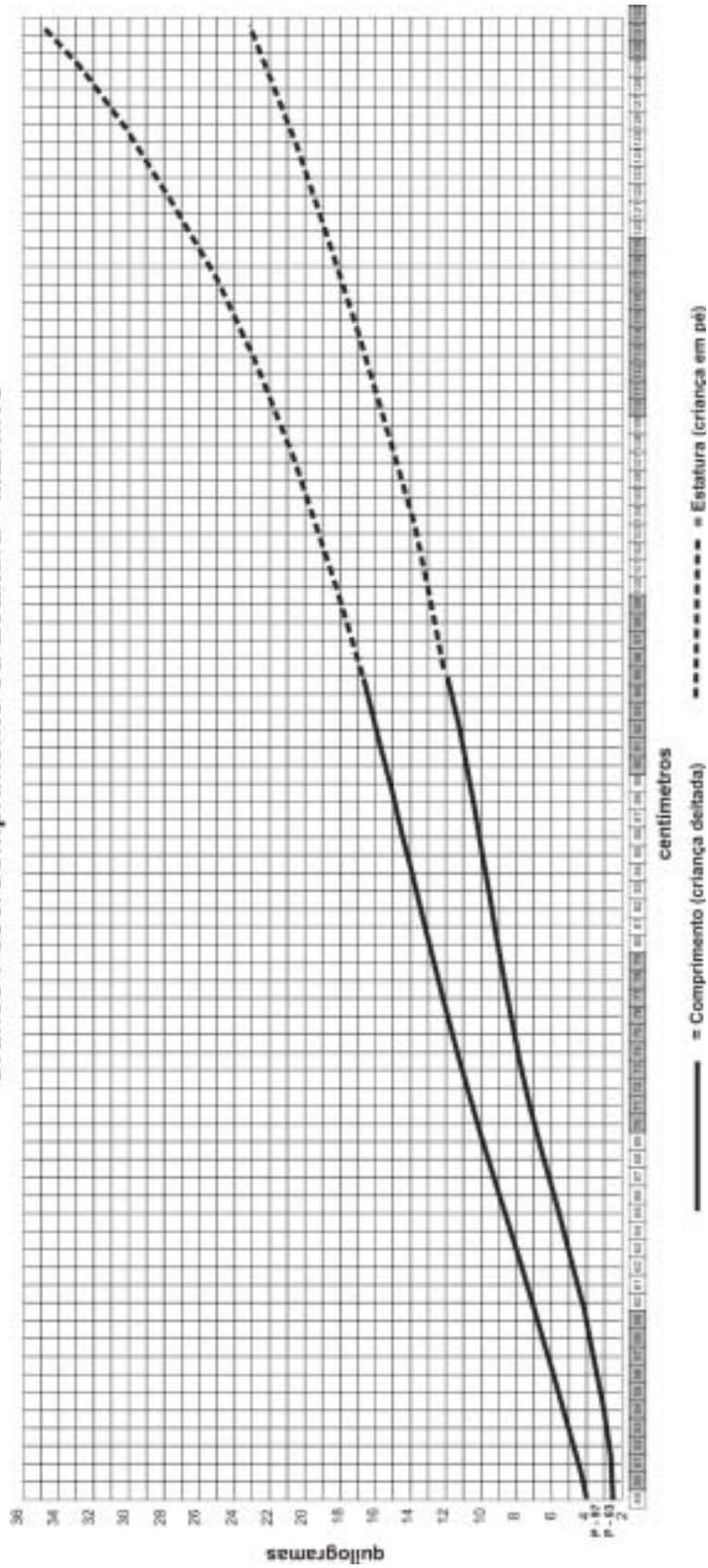
Curvas de Crescimento Comprimento ou Estatura/Idade MENINOS de 0 a 6 anos - NCHS

Gráfico comprimento ou Estatura/Idade - MENINOS

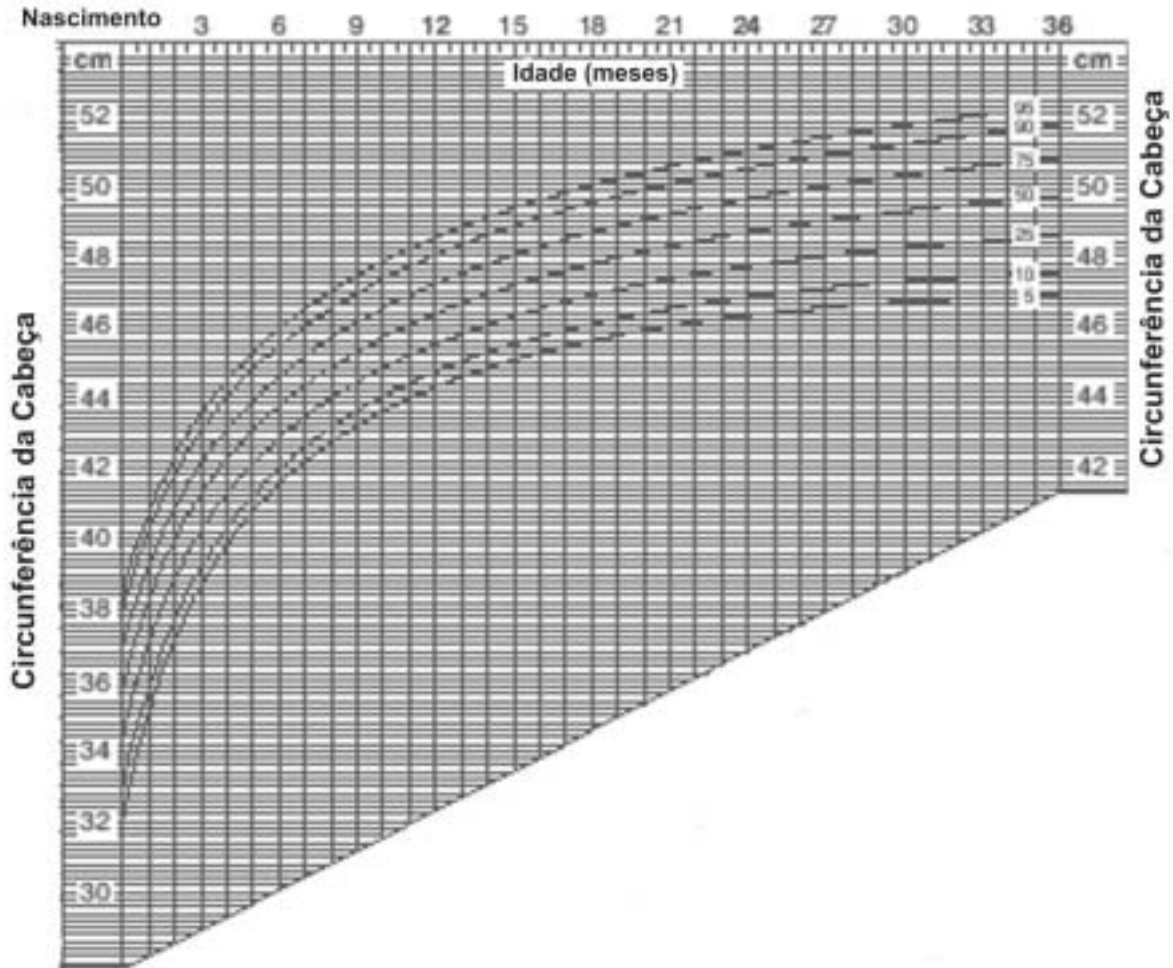


Curvas de Crescimento Peso/Comprimento ou Estatura MENINOS de 0 a 6 anos - NCHS

Gráfico Peso/Comprimento ou Estatura - MENINO



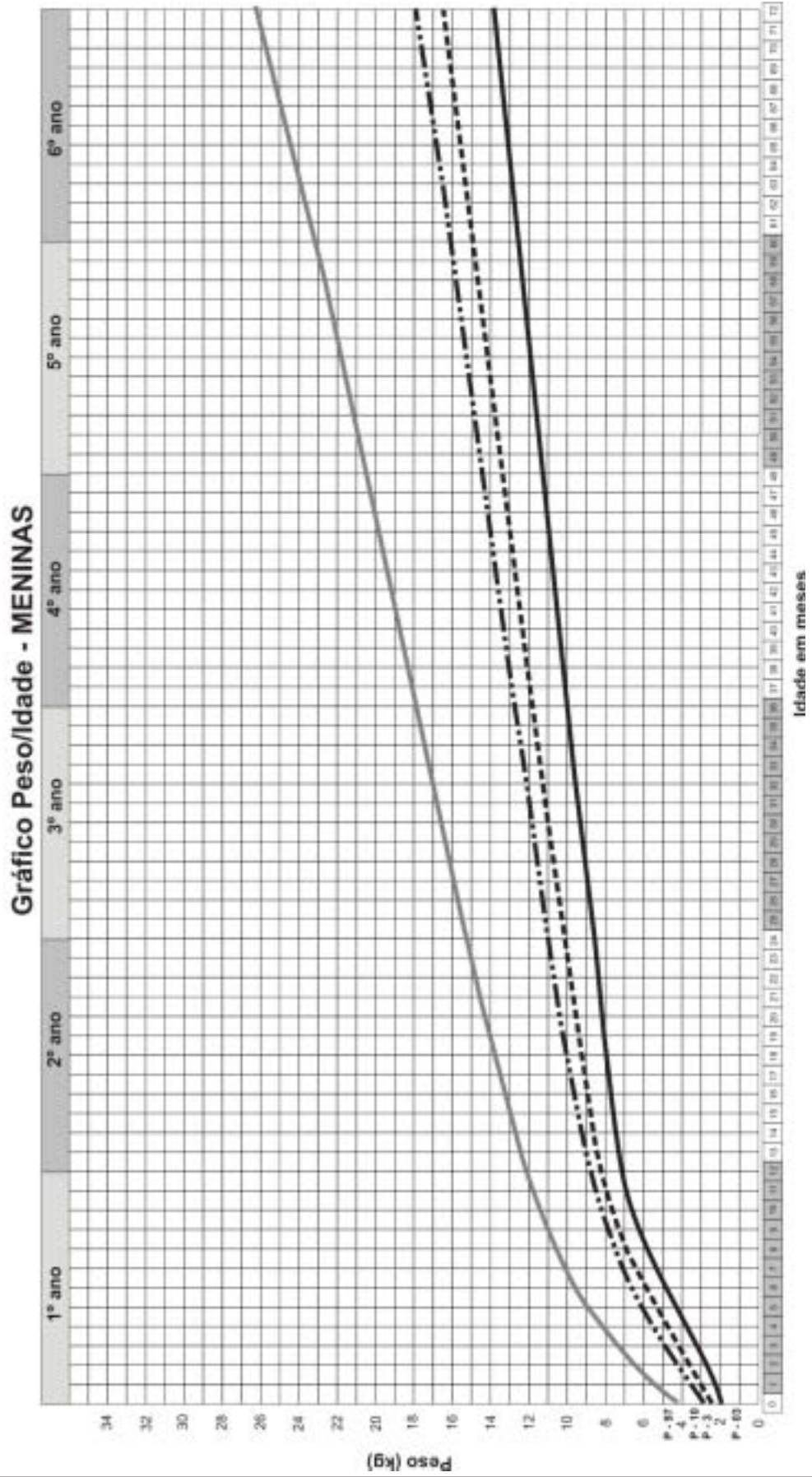
Nascimento até 36 meses: MENINOS
Percentis da circunferência da cabeça por idade



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000)
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el
Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

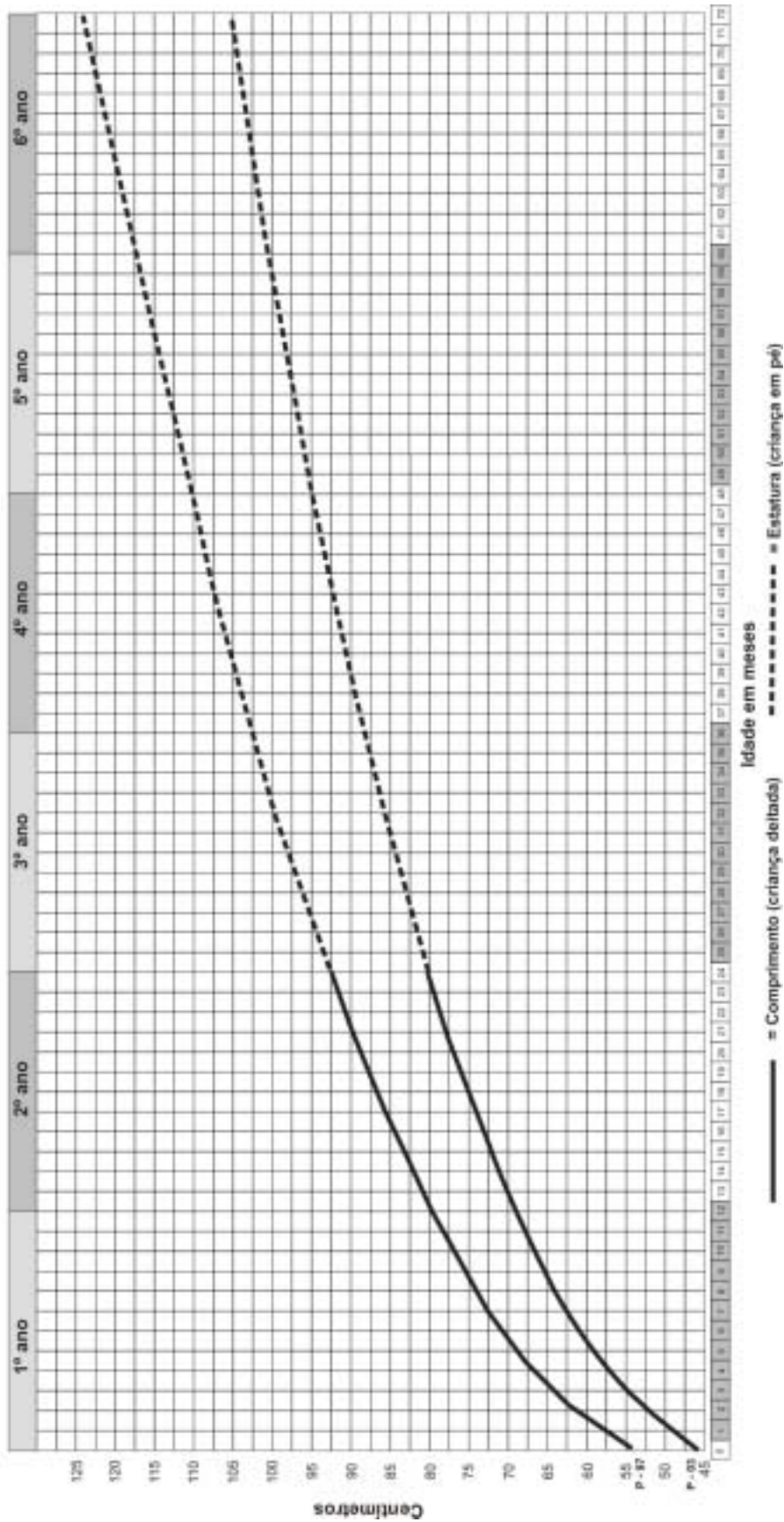


**Curvas de Crescimento Peso/Idade
MENINAS de 0 a 6 anos - NCHS**



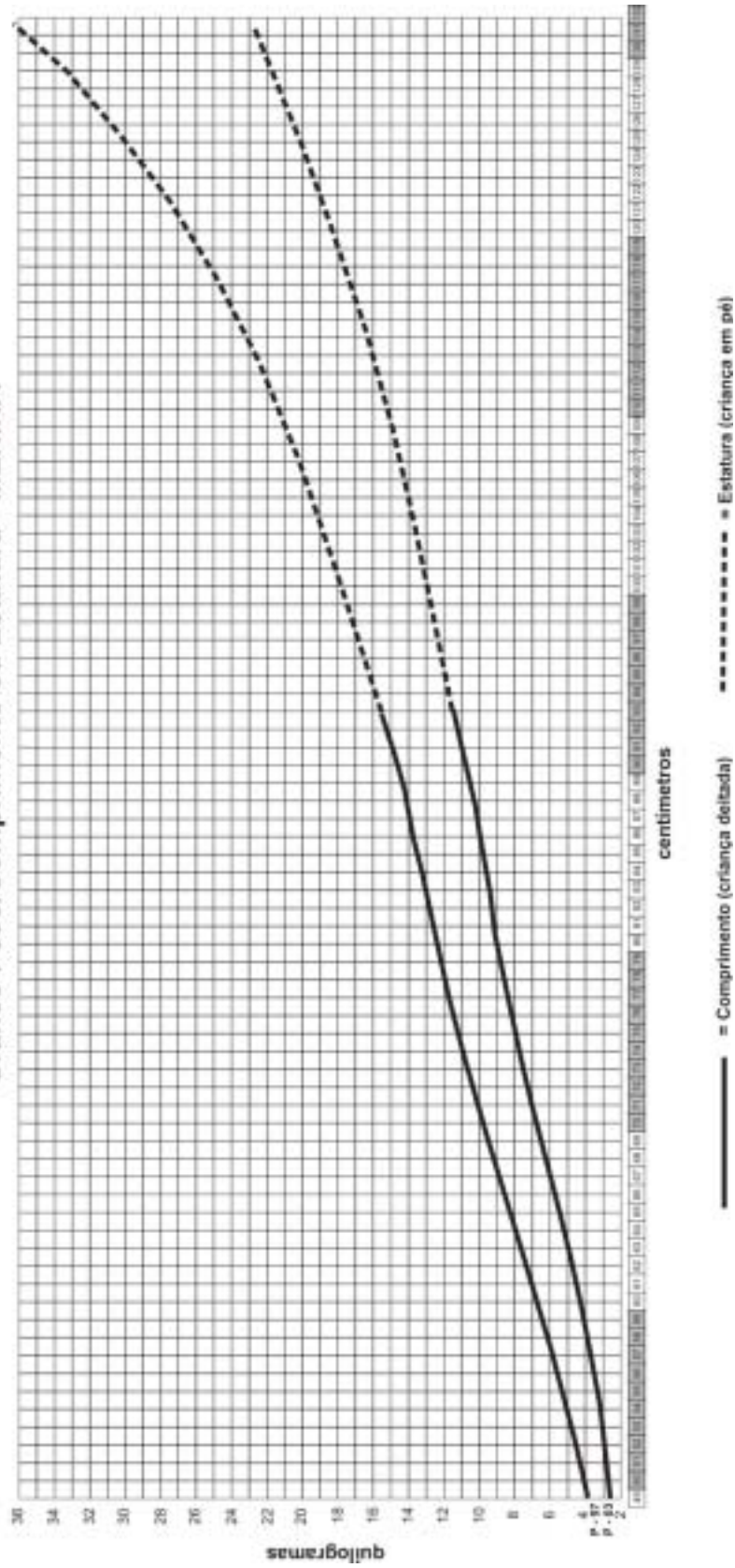
Curvas de Crescimento Comprimento ou Estatura/Idade MENINAS de 0 a 6 anos - NCHS

Gráfico comprimento ou Estatura/Idade - MENINAS



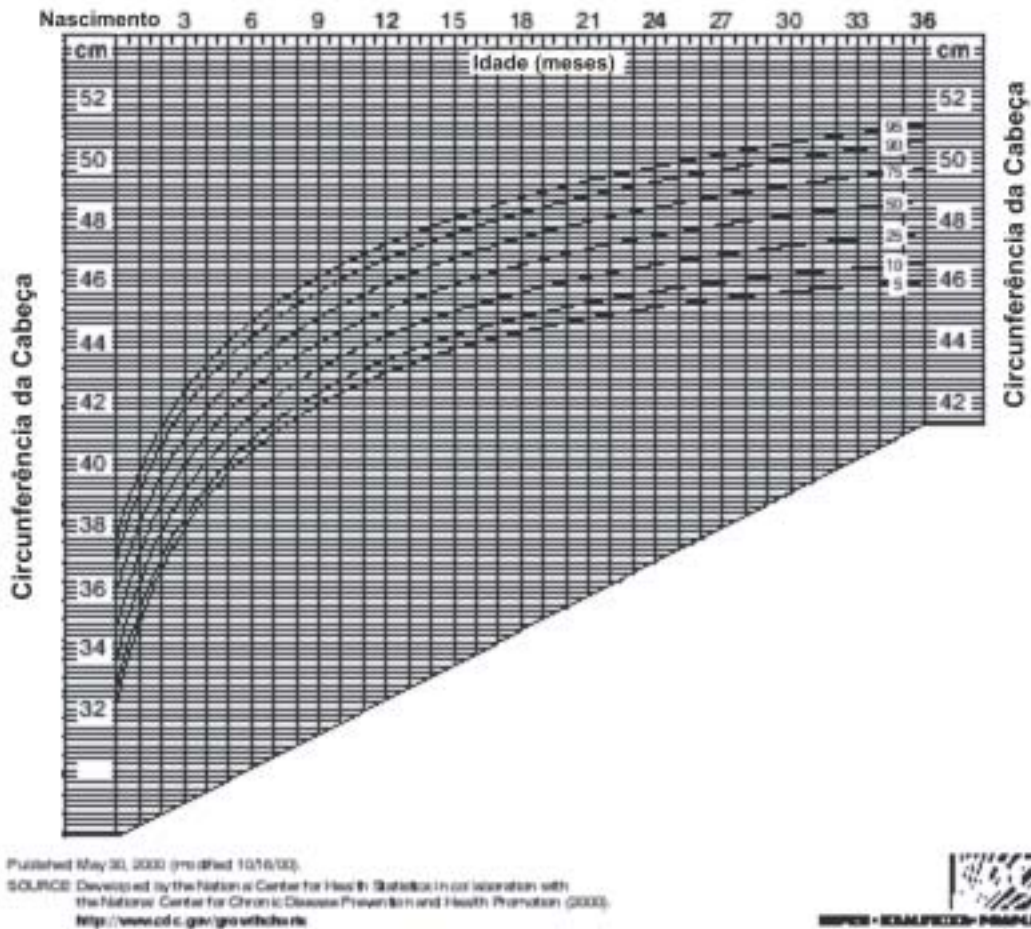
Curvas de Crescimento Peso/Comprimento ou Estatura MENINAS de 0 a 6 anos - NCHS

Gráfico Peso/Comprimento ou Estatura - MENINA



Perímetro cefálico Meninas

Nascimento até 36 meses: MENINAS
Percentis da circunferência da cabeça por idade



Quadro do perímetro cefálico de meninos e meninas de 0 a 2 anos em centímetros - NCHS

Idade(meses)	P 10 (cm)	P 90 (cm)	Idade(meses)	P 10 (cm)	P 90 (cm)
Nascimento	33,0	36,0	-	-	-
1 mês	35,5	39,0	9 meses	43,3	46,3
2 meses	37,5	40,9	10 meses	43,8	46,6
3 meses	38,8	42,1	11 meses	44,4	47,0
4 meses	39,5	43,0	12 meses	45,0	47,5
5 meses	40,8	43,8	15 meses	45,5	48,3
6 meses	41,5	44,5	18 meses	46,0	49,1
7 meses	42,2	45,2	21 meses	46,5	49,8
8 meses	43,0	46,0	24 meses	47,0	50,5

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: 2002.¹⁴

b- As necessidades afetivas da criança, sua família e a equipe de saúde

No atendimento da criança é impossível pensar em vê-la de forma isolada e sem conhecer o conjunto de suas necessidades básicas. A primeira delas, sem dúvida, é a de receber amor, isto é, de relacionar-se intimamente com alguém que a valoriza muito. O primeiro vínculo de relacionamento afetivo é o que se faz entre o binômio mãe-filho, mas a necessidade de afeto pode também ser satisfeita por pessoas e/ou instituições que exerçam a função de mães substitutas, avós, irmãs mais velhas, mães adotivas ou pessoas do sexo masculino, especialmente se for depois do primeiro ano de vida.

A idéia que a criança faz de si mesma (auto-imagem) é profundamente dependente do amor que recebeu na primeira infância. A criança que apresenta carência afetiva tem seu desenvolvimento psiconeuromotor muito prejudicado, apresentando muitas vezes sintomas típicos de crianças que sofreram maus-tratos por negligências, como por exemplo: torna-se vulnerável a infecções, tem sintomas clínicos inexplicáveis, fica apática, desligada do ambiente, com problemas de aprendizagem e distúrbios de conduta..

Outra necessidade afetiva é a de aceitação pelo grupo; inicialmente, é claro que isso se refere ao grupo familiar, e é por se sentir aceita que a criança começa a ter a sensação de identificação e de pertencimento que posteriormente se referirá ao grupo de vizinhança, da escola, dos amigos, etc. Profissionais ligados à área de saúde mental vem trabalhando no sentido de construir redes de apoio e ampliar a sensação de pertencimento como forma de promoção e prevenção em saúde mental especialmente com grupos anteriormente excluídos socialmente (menores infratores, adolescentes com droga-adição, crianças que foram abusadas, prostituídas...).

Proteção é sem dúvida a necessidade básica que mais dificuldade temos de avaliar, já que fatores culturais e sociais podem modificar a avaliação de necessidades, tendo em vista que seu conceito é muito particular, o que dificulta a compreensão e a necessidade da criança a ser atendida pelo serviço de saúde.

A necessidade de independência e autonomia e o oferecimento de proteção necessitam estar equilibrados para que a criança possa se desenvolver de maneira adequada chegando na fase adulta de forma sadia.

Para viver em sociedade, a criança tem a necessidade de aprender os limites de seus poderes, de compreender a realidade que o rodeia, percebendo as regras dessa sociedade e, em sua evolução, formar as próprias noções de valores éticos e morais incorporados através do convívio familiar e do meio em que está inserido.

Sendo a família o primeiro e único modelo que irá influenciá-lo mais diretamente durante toda a sua vida é necessário considerar se a estruturação e o funcionamento familiar possuem as condições necessárias para atender as demandas da criança ou se a família necessita de ajuda para fazê-lo. É função da família preparar os filhos para que se tornem membros adultos capazes e autônomos para a sociedade. Isto se faz por meio do ensino de certos tipos específicos de comportamento, transmissão de normas e valores, provisão de papéis adultos sobre os quais a criança possa formar vínculos e sua auto-estima tendo clara a idéia de qual é o seu lugar na família, e no meio social que está inserido.

Do ponto de vista estritamente psicológico, haverá sempre influências da dinâmica familiar como construtor da resiliência e da saúde mental de cada indivíduo.

Algumas expectativas da família influenciam diretamente a saúde e o desenvolvimento da criança, portanto, devem ser investigadas para que possamos proporcionar um acompanhamento mais adequado a criança.

- Em que momento do ciclo vital está a família?
- A gestação foi desejada ou não?
- O sexo do bebê coincide com o desejo dos pais?
- O pai ou a figura substituta participa dos cuidados?
- A criança tem semelhanças físicas e/ou psicológicas bem vistas pela família?
- Qual a missão desta criança nesta família?
- Existe espaço intergestacional de mais de dois anos?
- O bebê tem espaço afetivo no casal e na família?
- Como a família reage se a criança apresenta sintomas como: alterações do sono, da alimentação, choro excessivo etc...?
- Existem expectativas exageradas ou inadequadas em relação à criança?
- Existem sinais ou sintomas de negligência?
- Existem limites e afetos para balizar o crescimento?
- Há na família um histórico de doença mental e/ou droga-adição?
- Esta família já sofreu intervenções de instituições como conselho tutelar, delegacia da mulher, polícia...?

c- Procurar estabelecer vínculo, escutar, orientar e esclarecer dúvidas

É esperado que profissional e paciente estabeleçam uma relação de confiança ao longo do tempo em que tiverem contato. A Atenção Básica à Saúde caracteriza-se pela longitudinalidade, permitindo que a equipe de saúde possa acompanhar o desenvolvimento da criança.

Para que esta relação possa florescer, é necessário estabelecer canais de comunicação que

permitam a construção de parcerias entre responsável, família, paciente e a equipe de saúde.

A construção de uma parceria clínica contribui para o reconhecimento do papel de todos na garantia de um estado saudável para a criança e sua família. Esta deve incluir conteúdos de atenção à saúde orientados para a pessoa e sua família, não só para o paciente e suas eventuais doenças.

Promoção de saúde deve ser a primeira preocupação nas consultas para acompanhamento de crianças. A consulta pode começar com um pedido afirmativo, como por exemplo: "Diga-me como está o seu filho...". Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta por parte do profissional e do responsável pela criança, além de permitir que o profissional explore condições não plenamente explicadas. Perguntar "como está dormindo?", "por que não consultou no mês passado?" Ou "o que ela não come?", por exemplo, propicia uma interpretação dos fatos em vez de sua descrição apenas.¹⁶

O questionamento deve ser adequado à idade do paciente e os achados do profissional devem ser devolvidos aos pais ou responsáveis. "Perguntar por perguntar" não faz sentido quando a preocupação é de ajudar.

Envolver a situação familiar na conversa pode ajudar a revelar eventuais dificuldades de relacionamento e de cuidado entre seus membros, podendo ser discutida a forma de como resolver tais situações em benefício de todos.

É importante valorizar eventuais ganhos no estado de saúde, por pouco significativos que possam parecer clinicamente. A nível subjetivo, entretanto, isto pode estimular os pais a investirem no desenvolvimento dos filhos.

O estabelecimento de uma comunica-

ção eficaz durante um atendimento à saúde passa pelo conceito de “escuta ativa”. Esta faz uso de comportamentos verbais, como chamar as pessoas pelo nome, usar uma linguagem acessível, demonstrar interesse por fatos ocorridos na comunidade, reconhecer receios e sentimentos, informar com clareza, estimular questionamentos individuais, bem como de comportamentos não verbais, como estabelecer tempo suficiente para questionar e ser questionado, perguntar e ouvir a resposta, estabelecer contato visual, interagir com a criança, desenhar para facilitar a compreensão de receitas ou agravos, observar a interação entre pais ou responsáveis e criança e demonstrar praticamente procedimentos significativos. Ao longo da consulta, toda oportunidade de promover saúde deve ser aproveitada e o profissional deve assegurar-se que a mensagem foi compreendida e que possíveis barreiras à sua compreensão foram vencidas.

Ao final da consulta, é essencial resumir o que foi feito e o que é esperado até a próxima consulta em termos de etapas do desenvolvimento infantil ou de prognóstico de algum problema de saúde em tratamento.

d- Realizar exame físico e solicitar exames complementares

d.1 Exame físico

Um exame físico completo da criança deve ser realizado na primeira consulta com médico ou enfermeira. A repetição do mesmo em todas as consultas não está justificada, embora vários protocolos o recomendem em bases empíricas.¹⁷ [Nível V]

Um exame físico completo consta de¹⁸:

- antropometria e sinais vitais
- estado geral

- hidratação, mucosas e pele
- tecido subcutâneo, muscular e ósseo
- gânglios
- face e crânio (fontanelas, implantação de orelhas, formato dos olhos, etc.)
- neurológico sumário
- orofaringe e ouvido
- pulmonar e cardíaco
- pulsos
- abdômen
- genitais

Alguns procedimentos específicos do exame físico da criança nos primeiros cinco anos, freqüentemente recomendados, merecem discussão:

Dados antropométricos

O peso, estatura e perímetro cefálico colocados nos gráficos de crescimento são recomendáveis em todas as consultas até os 2 anos de idade. Dos 2 aos 6 anos, fazê-lo no mínimo anualmente. Há evidências de que este procedimento é útil na educação e tranqüilização dos pais. (Consultar: avaliar crescimento e desenvolvimento item 3.8-f e técnica de antropometria no anexo 6.1)

O perímetro cefálico é utilizado para avaliar o crescimento da cabeça/cérebro nos dois primeiros anos de vida. O perímetro adequado situa-se entre os percentis 10 e 90 (ver quadro página 25). Caso esteja fora desta faixa a criança deve ser encaminhada para especialista, para afastar diagnóstico de micro ou macrocefalia.¹⁴

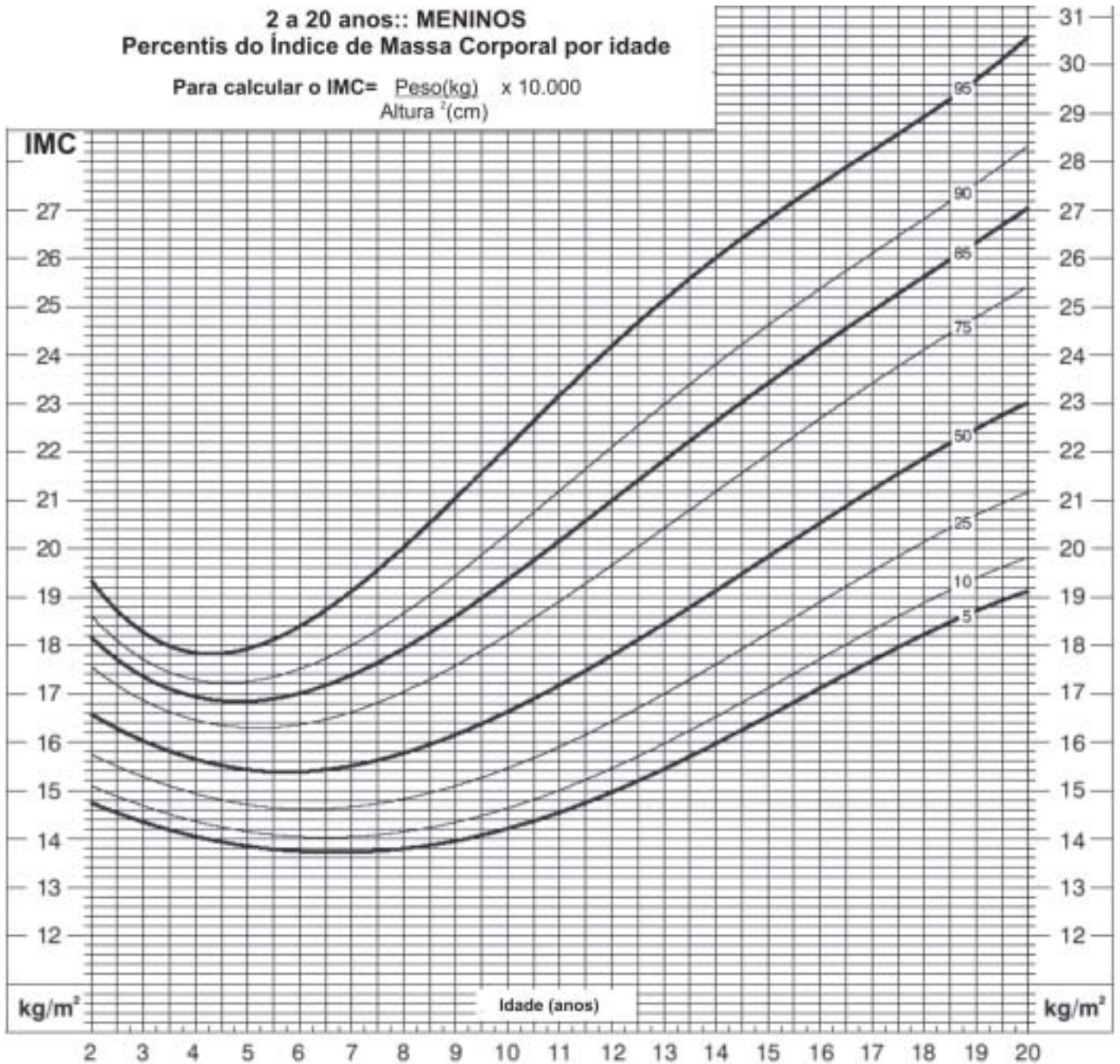
A partir dos 2 anos de idade, tem sido recomendado calcular e registrar no gráfico o índice de massa corporal para triagem de obesidade.¹⁷ [Nível II]

$$\text{Fórmula: IMC} = \text{Peso} / \text{Altura}^2$$

Índice de Massa Corporal Equivalente a 25 e 30 Kg/m² na idade de 18 anos
Tabela IMC equivalente a 25 e 30 kg/ m² na idade de 18 anos

Idade (anos)	IMC 25		IMC 30	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
2	18,4	18,0	20,1	20,1
2,5	18,1	17,8	19,8	19,5
3	17,9	17,6	19,6	19,4
3,5	17,7	17,4	19,4	19,2
4	17,6	17,3	19,3	19,1
4,5	17,5	17,2	19,3	19,1
5	17,4	17,1	19,3	19,2
5,5	17,5	17,2	19,5	19,3
6	17,6	17,3	19,8	19,7
6,5	17,7	17,5	20,2	20,1
7	17,9	17,8	20,6	20,5
7,5	18,2	18,0	21,1	21,0
8	18,4	18,3	21,6	21,6
8,5	18,8	18,7	22,2	22,2
9	19,1	19,1	22,8	22,8
9,5	19,5	19,5	23,4	23,5
10	19,8	19,9	24,0	24,1
10,5	20,2	20,3	24,6	24,8
11	20,6	20,7	25,1	25,4
11,5	20,9	21,2	25,6	26,1
12	21,2	21,7	26,0	26,7
12,5	21,6	22,1	26,4	27,2
13	21,9	22,6	26,8	27,8
13,5	22,3	23,0	27,2	28,2
14	22,6	23,3	27,6	28,6
14,5	23,0	23,7	28,0	28,9
15	23,3	23,9	28,3	29,1
15,5	23,6	24,2	28,6	29,3
16	23,9	24,4	28,9	29,4
16,5	24,2	24,5	29,1	29,6
17	24,5	24,7	29,4	29,7
17,5	24,7	24,8	29,7	29,8
18	25,0	25,0	30,0	30,0

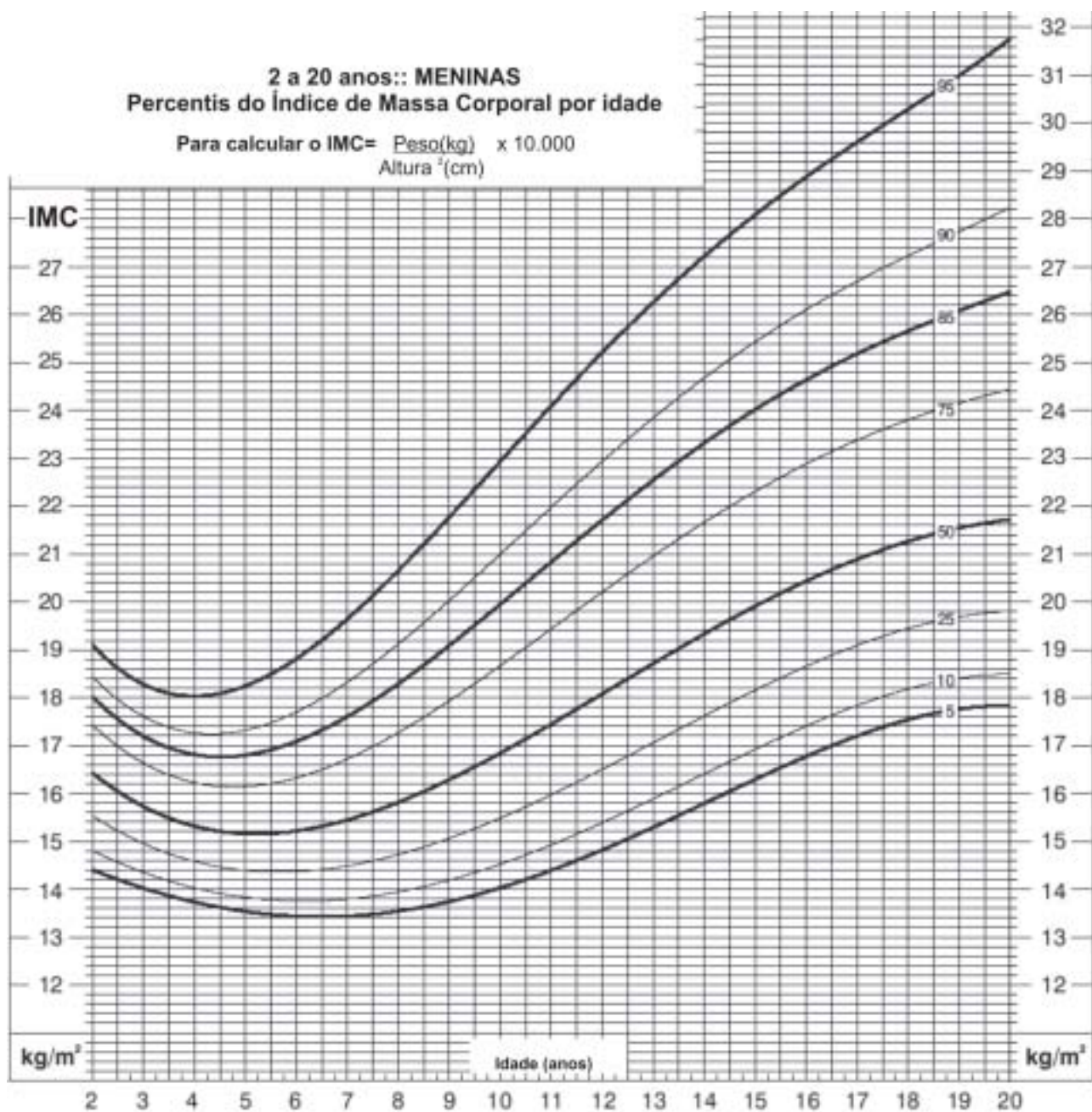
Fonte: Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320: 1240-3.¹⁹



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



dades Crônicas e Promoção de Saúde (2000). Publicado em 30 de maio de 2000 modificado em 16 de outubro de 2000.²⁰



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



Fonte: <http://www.cdc.gov/growthcharts> desenvolvido pelo Centro Nacional de Estatísticas de Saúde em colaboração com o Centro Nacional para Prevenção de Enfermidades Crônicas e Promoção de Saúde (2000). Publicado em 30 de maio de 2000 modificado em 16 de outubro de 2000.²⁰

Rastreamento para displasia do quadril

O diagnóstico precoce da displasia evolutiva do quadril permite a recuperação total da criança. Embora a sua prevalência seja baixa, a triagem se baseia em procedimentos clínicos muito simples e específicos, cuja realização é recomendada em todas as consultas do primeiro ano de vida.

Nos primeiros meses de vida, são usados os testes de Ortolani e Barlow e, a partir de então, é avaliada a abdução limitada do quadril ou discrepância entre o comprimento das pernas, em todas as consultas, até a criança caminhar. O teste de Ortolani envolve flexão e abdução do quadril. Este movimento reposiciona o quadril quando deslocado para a posição acetabular normal e é acompanhado de um "click" palpável quando houver alteração. O teste de Barlow é uma manobra provocativa do deslocamento da articulação do quadril. As articulações são testadas individualmente, ambas na posição fletida. A articulação testada é aduzida com uma pressão gentil exercida no fêmur superior na direção póstero-inferior. Componentes-chave do exame clínico seriado incluem a discrepância no comprimento das pernas (sinal de Galeazzi), limitação da abdução normal do quadril e assimetria da coxa posterior ou pregas glúteas. Não há indicação de realização de ultra-sonografia para triagem.²¹ [Nível II]

Ausculta cardíaca

Não há evidências que permitam recomendações seguras sobre a frequência das avaliações. Alguns protocolos sugerem fazer ausculta cardíaca e palpação de pulsos no mínimo três vezes no primeiro semestre de vida e repetindo no final do primeiro ano de vida.²²

Avaliação da visão

O exame visual deve ser realizado no início do período neonatal e em todas as consultas de acompanhamento do primeiro ano de vida, com o objetivo de identificação e tratamento precoce de anormalidades estruturais como: catarata, glaucoma, retinoblastoma, estrabismo e desordens neurológicas.^{23,24}

A avaliação da visão em crianças menores de três anos ou não verbais pode ser realizada com os testes de **fixação e seguimento de objetos**. Observa-se a capacidade de fixar e acompanhar objetos em local que não tenha iluminação excessiva ou dirigida para a cabeça da criança. A falha em executar estes movimentos indica diminuição importante da visão.²⁴

O teste de cobertura é o procedimento de escolha para avaliação de visão binocular em crianças pré-verbais, pois é objetivo e rápido. Se a criança oferecer resistência ao procedimento, deve-se utilizar o teste de Hirschberg que é facilmente aplicável em crianças até os seis meses de idade.²³

O teste de Hirschberg é realizado colocando um foco de luz a 30 cm da raiz nasal da criança e observa-se o reflexo nas pupilas; qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo.

O teste da cobertura é utilizado para diagnósticos de desvios oculares. Utiliza-se um oclisor colocado a 10-15 cm de um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa. Observa-se a reação do olho descoberto, a movimentação em busca da fixação do foco de luz pode indicar estrabismo. Este procedimento deve ser repetido no outro olho.

É importante observar que a criança não se queixa de dificuldades visuais, por isso a partir dos 3 anos, está indicada a triagem da acuidade visual, usando-se tabelas de letras ou figuras. Devem ser encaminhadas ao oftalmologista: crianças de 3 a 5 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos e crianças de 6 anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos. Sugerimos que os profissionais que atendem a criança sejam capacitados para realizar o teste de acuidade visual com a tabela de Snellen.

Estes testes são recomendados por especialistas.²⁴ [Nível V]

Avaliação da audição

Não há evidências que indiquem ou contra-indiquem a triagem de surdez para recém-nascidos, de acordo com a Força Tarefa Para Serviços Clínicos Preventivos. Contudo, a prevalência e a magnitude da surdez justificam que se tente realizar sua triagem a partir do período neonatal principalmente naquelas crianças com algum fator de risco.²²

A identificação dos fatores de risco deverá ser realizada na primeira consulta do recém-nascido. Consideram-se fatores de alto risco para diminuição da acuidade auditiva: história familiar de surdez infantil, infecção perinatal congênita (toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes, HIV), anormalidades crâneo-faciais, peso de nascimento inferior a 1500g, hiperbilirrubinemia (BT maior que 20mg/dL) no período neonatal, meningite bacteriana neonatal e asfixia neonatal grave (Apgar 0-3 no primeiro minuto, ausência de respiração em 10 min, hipotonia com mais de 2 horas de vida). Lactentes com um ou mais fatores de risco devem ser encaminhados para avaliação especializada.

Não existem recomendações com bases científicas para nenhuma testagem de audição em con-

sultório, contudo as chamadas **técnicas de distração**, nas quais o examinador avalia a resposta da criança a sons emitidos por um auxiliar colocado atrás dela, e a **monitorização da aquisição da fala** são procedimentos de fácil utilização. Os profissionais de saúde devem estar atentos para aquisição da fala especialmente após o segundo ano de vida.

Aferição da pressão arterial

Hipertensão arterial (HAS) é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de aterosclerose, de doença coronariana, de insuficiência cardíaca, de acidente vascular cerebral e para a progressão de doença renal crônica. A equipe de saúde na rede básica tem um papel fundamental na detecção dos casos de HAS, através de medidas corretas e seqüenciais da pressão arterial (PA) e na instituição de medidas preventivas quando indicadas (história familiar positiva para HAS). A equipe também tem um papel relevante na educação da família sobre medidas preventivas não farmacológicas como evitar obesidade, estimular atividade física aeróbica, diminuir ingestão de sal desde a infância.

Há consenso na literatura que **todas as crianças, a partir dos 3 anos de idade, devem ter a sua PA medida em consultas de rotina**.²⁵⁻³¹ [Nível V]

É necessário prevenir a aquisição de maus hábitos de vida (obesidade, ingestão excessiva de sal e sedentarismo) que contribuem para um aumento excessivo da PA com o aumento na idade.

O objetivo da medida da PA em crianças é identificar os portadores de HAS, que requerem investigação e tratamento especializados. Para isso, os profissionais devem observar as seguintes recomendações:

a) usar técnica adequada para a medida da PA em crianças;

- b) interpretar corretamente os níveis de PA em crianças usando tabelas baseadas em sexo, idade e percentil de altura;
- c) medir a PA em todas as consultas de rotina a partir dos 3 anos e nas condições listadas abaixo, independente da idade;
- d) identificar os pacientes com elevação persistente da PA;
- e) instituir tratamento não-farmacológico (restrição de sódio, redução de peso e exercícios aeróbicos), sempre que apropriado;
- f) não prescrever medicação anti-hipertensiva;
- g) encaminhar pacientes com PA alta para consulta com especialista em HAS pediátrica.

A prescrição de medicação anti-hipertensiva em crianças obedece a critérios diferentes de adultos e requer a demonstração de lesão em órgãos-alvo (coração, fundo de olho e rim).^{25,26,28}

Condições nas quais deve ser feita a medida da PA em pacientes pediátricos:

Em lactentes com:

- déficit de crescimento
- convulsões
- insuficiência cardíaca
- sopro abdominal

- massa abdominal
- coartação da aorta
- hiperplasia adrenal congênita
- neurofibromatose
- em uso de corticóides e/ou hormônio adreno-corticotrófico (ACTH)
- suspeita de doença renal
- síndrome de Turner

Obrigatória em crianças de qualquer idade:

- sintomáticas (cefaléia, déficit de crescimento, convulsão)
- em salas de emergência
- em unidades de terapia intensiva
- na avaliação clínica pré-operatória
- em uso de fármacos que interferem na PA (anovulatórios, corticóides)

Recomendamos consultar o anexo 6.2 para instruções sobre a correta técnica de aferição da PA em crianças, assim como as tabelas pediátricas padronizadas^{23,24} e como utilizá-las.

Interpretação dos resultados da PA

De acordo com o percentil de PA obtidos nas tabelas padronizadas, classificam-se os valores conforme a tabela abaixo:

Classificação da pressão arterial de pacientes pediátricos^{26,27}

Pressão Arterial	Definição
Normal	PA sistólica e diastólica < percentil 90 com medidas obtidas em 3 ocasiões diferentes
Normal alta	PA sistólica média e/ou diastólica média entre o percentil 90 e 95 com medidas obtidas em pelo menos 3 ocasiões diferentes
Alta ou hipertensão arterial	PA sistólica média e/ou diastólica média ≥ percentil 95 com medidas obtidas em pelo menos 3 ocasiões diferentes

Valores seqüenciais de PA altos tendem a cair como resultado de:

- efeito de acomodação (redução da ansiedade de uma visita para outra);
- fenômeno não biológico chamado de regressão à média.

Medidas de PA elevada em uma única ocasião são insuficientes para classificar os pacientes como hipertensos.

Conduta após a medida da PA

- PA normal em 3 ocasiões: medir a PA, em 3 ocasiões, a cada ano.
- PA normal-alta em 3 ocasiões: acompanhar cuidadosamente a PA, medindo-a em todas as consultas, que devem ser realizadas a cada 3 a 6 meses. Instituir medidas não-farmacológicas de prevenção de HAS.
- PA alta ou HAS: confirmar se as medidas foram feitas obedecendo rigorosamente à técnica padronizada. Confirmar se o tamanho do manguito é adequado. Instituir tratamento não-farmacológico. Encaminhar a criança para consulta com especialista em HAS pediátrica. Não prescrever medicação anti-hipertensiva.

A principal causa de HAS na infância é erro na técnica de medida de PA.

Causas secundárias de HAS são mais freqüentes em crianças menores de 6 anos, especialmente na ausência de história familiar de HAS³⁰

d.2 Exames complementares

- **Hemograma:** não há evidências para triagem rotineira de crianças de baixo risco. Para crianças de alto risco (prematuridade, baixo peso, aleitamento artificial, baixo nível socioeconômico), recomenda-se determinar a hemoglobina e o hematócrito entre 9 e 12 meses de idade.¹⁷ [Nível V]
- **Colesterol:** está indicado solicitar para crianças a partir de 2 anos de idade que tenham familiar em Iº grau com doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homem e dos 65 anos para mulher) ou pais com níveis de colesterol acima de 240 mg/dl. Dosa-se o colesterol total sem jejum.³² [Nível V]
- **EQU/EPF:** não há evidências de que devam ser feitos de rotina em crianças assintomáticas.

Obs: está indicada a dosagem sérica de metais pesados em crianças que têm alto risco para exposição. A experiência do Centro de Informação Toxicológica (CIT), revela que cuidados especiais devem ser destinados a filhos de metalúrgicos que trazem roupas para ser lavadas em casa, crianças que residam em oficinas de montagem e reformas de bateria. Deve-se considerar que também em nosso meio existem comunidades que trabalham e convivem com o lixo, incluindo lixo metálico, necessitando especial atenção para possíveis intoxicações.³³

Maiores esclarecimentos: Serviço de Análises Ocupacionais – FEPPS telefone: (051)3288-4000

e - Orientar alimentação saudável

e.1 Aleitamento materno

Existem fortes evidências³⁴ [Nível I] que o aconselhamento em relação ao aleitamento materno desde o pré-natal é eficaz. A manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é recomendado por especialistas conforme a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde.³⁵

Recomendações importantes às mães

que podem e querem amamentar:

- Amamentar exclusivamente até os seis meses.
- Não dar nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno até os seis meses.
- Não limitar o número ou a duração das mamadas.
- Não oferecer mamadeiras, bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- Continuar a amamentar, com alimentos complementares, até os dois anos, ou mais.

Vantagens da amamentação

- o leite de cada mãe é especialmente adequado para o seu filho;
- o colostro é o primeiro e o melhor alimento para o bebê;
- o leite materno fornece água suficiente a um bebê, se as mamadas não forem restringidas;
- o teor de proteína é independente do consumo alimentar da mãe;
- o teor de gordura pode variar de acordo com a dieta da mãe;
- o leite materno protege o bebê contra vírus, bactérias e alergias;
- melhor desenvolvimento psicomotor, mental, social e emocional;
- menos doenças na infância;
- mães mais saudáveis, protege contra câncer de mama;
- proteção contra outra gravidez;
- conveniente para mamadas noturnas e viagens;
- corte de gastos permite a compra de melhores alimentos para a mãe e outras crianças.

Tipo de aleitamento

É fundamental que haja uma uniformização com relação às definições dos diversos padrões de aleitamento materno. Em 1991, a Organização Mundi-

al da Saúde (OMS) estabeleceu definições de categorias de aleitamento materno, que têm sido utilizados no mundo inteiro e que são as seguintes:

- **aleitamento materno exclusivo**, onde a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama de leite, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- **aleitamento materno predominante**, quando a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano, no entanto a criança recebe água ou bebidas a base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de fruta, soluções de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais, medicamentos e fluidos rituais (em quantidades limitadas);
- **aleitamento materno complementado**, quando a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos. Os efeitos benéficos podem diminuir consideravelmente quando a criança recebe qualquer outro alimento além do leite materno, incluindo água ou chá. Já foi demonstrado que a complementação do leite materno com água ou chá nos primeiros seis meses de vida é desnecessária, inclusive em dias secos e quentes.³⁵

Observação da mamada³⁶

Observar os sinais de que o bebê estabeleceu uma boa pega de aréola, para poder sugar eficientemente:

- a boca do bebê fica bem aberta;
- o queixo do bebê toca o peito;
- o lábio do bebê fica virado para fora;
- tem mais aréola visível acima da boca do bebê do que abaixo. Para isso, na hora de abocanhar o mamilo ou a aréola, o nariz tem de estar no nível do mamilo.

Observar sinais de que o bebê está sugando e o leite fluindo:

- o bebê suga, faz uma pausa e suga novamente –

com sucções lentas e profundas;

- a mãe pode ouvir o bebê deglutindo.

Observar se mãe precisa de ajuda.

Sinais de que um bebê está recebendo uma quantidade suficiente de leite³⁶

- Mama pelo menos oito vezes em 24 horas;
- o ritmo da sucção muda durante uma mamada;
- é possível ouvir ou ver a deglutição;
- fica alerta e contente entre as mamadas;
- tem bom tônus muscular e uma pele saudável;
- molha a fralda seis ou mais vezes e evacua de três a oito vezes em 24 horas;
- o ganho de peso é constante, totalizando, em média, 18 a 30 gramas por dia;
- a mãe pode sentir uma sensação de descida do leite, leite vazando do peito contra-lateral e mudanças na sensação de plenitude das mamas.

Contra-indicações para a amamentação³⁷

Relativas à criança:

- galactosemia;
- na fenilcetonúria, não há contra-indicação, mas

restrições ao volume de leite materno ingerido.

Relativas à mãe:

- tuberculose nas duas primeiras semanas de tratamento;
- hanseníase na fase de contágio;
- mãe infectada pelo vírus da AIDS;
- mãe com varicela seis dias antes ou dois dias após o parto, até que a mãe não seja mais contagiante;
- mãe infectada pelo HTLV 1;
- citomegalovirose adquirida durante a lactação;
- doença de Chagas em fase aguda.

Uso de drogas e amamentação

Amamentação é contra-indicada:

Drogas anti-câncer (anit-metabólitos) e substâncias radiativas (interrompa temporariamente a amamentação).

O uso de qualquer droga na lactação deve ser evitado. Mantenha a amamentação e observe os itens resumidos na tabela abaixo:

Drogas em uso	Efeitos colaterais possíveis
- Drogas psiquiátricas e anticonvulsivantes.	▪ Monitore sonolência no bebê.
- Cloranfenicol, tetraciclina, metronidazol, quinolona, antibióticos (ex.: ciprofloxacina)	• Use drogas alternativas, se possível.
- Sulfonamidas, dapsona. - Sulfametoxazole + trimetropin (cotrimoxazole)	• Observe o bebê quanto à icterícia.
- Estrógenos, incluindo contraceptivos que contêm estrógenos - Diuréticos tiazídicos	• Use drogas alternativas (podem inibir a produção de leite)
- A maioria das drogas comumente usadas, como analgésicos e antipiréticos; tratamentos curtos com paracetamol, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno; doses ocasionais de morfina e petidina; - antibióticos: ampicilina, amoxicilina, cloxacilina e outras penicilinas, eritromicina; - anti-tuberculosos e anti-lepróticos (veja dapsona acima) - anti-maláricos, anti-helmínticos, anti-fúngicos. - broncodilatadores (ex.: salbutamol), corticosteróides, anti-histamínicos, anti-ácidos, drogas para diabetes, a maioria dos anti-hipertensivos, digoxina, suplementos nutricionais de iodo, ferro, vitaminas.	▪ Seguros na dosagem usual. ▪ Monitore o bebê.

Fonte: OMS. Amamentação e medicação materna: recomendações sobre drogas da 8ª lista básica de medicamentos da OMS. IBFAN / Brasil e Instituto de Saúde, 1996. ³⁷

Havendo a necessidade de uso de outras drogas, é importante consultar publicações atualizadas sobre drogas na lactação.

Sinais de que um bebê não está ganhando peso com a devida rapidez

- ele ganha menos de 20 gramas por dia e não recupera o peso ao nascer em duas semanas;
- parece letárgico, tem um choro fraco ou agudo e dorme muito;
- pode ter uma baixa produção de urina concentrada, ou urinar normalmente;
- evacua pouco ou não evacua de forma alguma;
- pode querer mamar constantemente;
- pode ter uma fisionomia de preocupação, com dobras de pele dependuradas pelo corpo.

e.2 Alimentação complementar³⁵

Novos conhecimentos sobre a alimentação ideal de crianças menores de 2 anos tornaram ultrapassados muitos conceitos e recomendações que fizeram parte da prática pediátrica por muito tempo.

10 passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos recomendados pelo Ministério da Saúde [Nível V]:

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

- O leite materno contém tudo que a criança necessita até o 6º mês de idade, inclusive água, além de proteger contra infecções.
- A criança que recebe outros alimentos além do leite materno antes dos seis meses, principalmente através de mamadeira, incluindo água e chás, adoece mais e pode ficar desnutrida.

Passo 2: A partir dos 6 meses, oferecer de forma

lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

- A partir dos 6 meses, o organismo da criança já está preparado para receber alimentos diferentes do leite materno, que são chamados de alimentos complementares.
- Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar ao peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.
- Com a introdução do alimento complementar, é importante que a criança beba água nos intervalos das refeições.
- Não existem até o presente momento estudos suficientes para se chegar a uma conclusão quanto ao melhor momento de se oferecer os alimentos complementares às crianças amamentadas: se antes, durante ou após as mamadas.

Passo 3: A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

- Se a criança está mamando no peito, três refeições por dia com alimentos adequados são suficientes para garantir uma boa nutrição e crescimento no primeiro ano de vida. No segundo ano de vida, devem ser acrescentados mais dois lanches, além das três refeições.
- Se a criança não está mamando no peito, deve receber cinco refeições ao dia, com alimentos complementares já a partir do sexto mês.
- Algumas crianças precisam ser estimuladas a comer (nunca forçadas).

Passo 4: A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

- Crianças amamentadas no peito em livre deman-

da desenvolvem muito cedo a capacidade de autocontrole sobre a ingestão de alimentos, aprendendo a distinguir as sensações de saciedade após as refeições e de fome após o jejum (período sem oferta de alimentos). Esquemas rígidos de alimentação interferem nesse processo de autocontrole pela criança.

- Este aprendizado precoce é fundamental na formação das diferenças nos estilos de controle de ingestão de alimento nos primeiros anos de vida.
- O tamanho da refeição está relacionado positivamente com os intervalos entre as refeições. Grandes refeições estão associadas a longos intervalos e vice-versa.
- É importante que as mães desenvolvam a sensibilidade para distinguir o desconforto do bebê por fome de outros tipos de desconforto (sono, frio, calor, fralda molhada ou suja, dor) para que elas não insistam em oferecer alimentos à criança quando esta não tem fome.
- Sugere-se que para crianças em aleitamento materno sejam oferecidas sem esquema rígido de horário, três refeições complementares: uma no período da manhã, uma no horário do almoço e outra no final da tarde ou início da noite.
- Para as crianças já desmamadas, devem ser oferecidos três refeições e dois lanches, assim distribuídos: no período da manhã (desjejum), meio da manhã (lanche), almoço, meio da tarde (segundo lanche), final da tarde ou início da noite (jantar).

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 sua consistência até chegar à alimentação da família.

- No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela, sob forma de papas, purê de legumes, cereais ou frutas.

- A partir dos 8 meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos.

- Sopas e comidas raladas/moles não fornecem energia suficiente para a criança.

- Deve-se evitar o uso da mamadeira, pois a mesma pode atrapalhar a amamentação e é importante fonte de contaminação e transmissão de doenças.

- Recomenda-se o uso de copos (copinhos) para oferecer água ou outros líquidos e dar o alimento semi-sólido e sólido com prato e colher.

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

- Desde cedo a criança deve acostumar-se a comer alimentos variados.

- Só uma alimentação variada evita a monotonia da dieta e garante a quantidade de ferro e vitaminas que a criança necessita, mantendo uma boa saúde e crescimento adequados.

- O ferro dos alimentos é melhor absorvido quando a criança recebe, na mesma refeição, carne e frutas ricas em vitamina C.

- A formação dos hábitos alimentares é muito importante e começa muito cedo. É comum a criança aceitar novos alimentos apenas após algumas tentativas e não nas primeiras. O que pode parecer rejeição aos novos alimentos é resultado do processo natural da criança em conhecer novos sabores e texturas e da própria evolução da maturação dos reflexos da criança.

- Os alimentos devem ser oferecidos separadamente, para que a criança aprenda a identificar as suas cores e sabores. Colocar as porções de alimento no prato sem misturá-los.

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

- As crianças devem acostumar-se a comer frutas, verduras e legumes desde cedo, pois esses alimentos são importantes fontes de vitaminas, cálcio, ferro e fibras.

- Para temperar os alimentos recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e ervas (salsa, cebolinha e coentro).

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

- Açúcar, sal e frituras devem ser consumidos com moderação pois seu excesso pode trazer problemas de saúde no futuro. O açúcar, embora deva ser evitado, somente deve ser usado na alimentação da criança após um ano de idade.

- Esses alimentos não são bons para a nutrição da criança e competem com alimentos mais nutritivos.

- Deve-se evitar dar à criança alimentos com muitos condimentos (pimenta, mostarda, catchup e temperos industrializados).

- O mel também deve ser evitado pelo risco de botulismo.

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

- Para uma alimentação saudável, deve-se usar alimentos frescos, maduros e em bom estado de conservação.

- Os alimentos oferecidos às crianças devem ser preparados pouco antes do consumo; nunca oferecer restos de uma refeição.

- Para evitar contaminação dos alimentos e transmissão de doenças, a pessoa responsável pelo preparo das refeições deve lavar bem as mãos e os alimentos que vão ser consumidos assim como os utensílios onde serão preparados e servidos.

- Os alimentos devem ser guardados em local fresco

e protegidos de insetos e outros animais.

- Restos de refeições que a criança recusou não devem ser oferecidos novamente.

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

- As crianças doentes, em geral, têm menos apetite. Por isso devem ser estimuladas a se alimentar, sem, no entanto, serem forçadas a comer.

- Para garantir uma melhor nutrição e hidratação da criança doente aconselha-se oferecer os alimentos de sua preferência, sob a forma que a criança melhor aceite, e aumentar a oferta de líquidos.

- Para a criança com pouco apetite oferecer um volume menor de alimentos por refeição e aumentar a frequência de oferta de refeições ao dia.

- Para que a criança doente alimente-se melhor, é importante sentar-se ao lado dela na hora da refeição e ser mais flexível com horários e regras.

- No período de convalescença, o apetite da criança encontra-se aumentado. Por isso recomenda-se aumentar a oferta de alimentos nesse período, acrescentando pelo menos mais uma refeição nas 24 horas.

- Enquanto a criança come com sua própria colher, a pessoa responsável pela sua alimentação deve ir oferecendo-lhe alimentos com o uso da outra.

e.3 Suplementação de ferro e vitaminas

A OMS estima que metade da população de crianças menores de 4 anos nos países em desenvolvimento sofra de anemia ferropriva. Não dispomos até o momento de estudo com representatividade nacional que avalie a dimensão da carência de ferro no Brasil, mas há consenso de que é o problema nutricional de maior magnitude

do ponto de vista de saúde pública.³⁵

O leite materno quando oferecido exclusivamente, apesar de ter um conteúdo baixo de ferro, supre as necessidades desse micronutriente no lactente nascido a termo nos primeiros 6 meses de vida. Após esse período, vários estudos confirmam um balanço negativo de ferro em crianças que continuaram sendo amamentadas exclusivamente, havendo a necessidade de suplementação de ferro ou através de alimentos complementares, ou de ferro medicamentoso.

Na prática da puericultura é sugerido³⁸ [Nível I] que para crianças prematuras o ferro seja suplementado a partir de oito semanas de vida. Nas crianças nascidas a termo, amamentadas com leite materno, suplementar a partir dos 6 meses ou a partir do momento do desmame até um ano de idade. A dose utilizada de sulfato ferroso é de 1 mg de ferro elemento/kg/dia, que corresponde a 1 gota/kg/dia nas apresentações disponíveis na rede de atenção básica de saúde da cidade de Porto Alegre. Prematuros e gemelares devem receber 2mg/kg/dia.

Em geral, a criança amamentada exclusivamente por uma mãe bem nutrida não necessita de suplementação vitamínica, com exceção da vitamina K (que é utilizada universalmente nas maternidades). Há controvérsias em relação a necessidade de suplementação de vitamina D. A Unicef reconhece que a suplementação de vitamina D (200 a 400 UI/dia) é necessária quando a luz solar é inadequada e que alguns bebês tem um risco mais alto de deficiência que outros. Estima-se que a quantidade de luz solar necessária para prevenir a deficiência de vitamina D seja de 0,5 a 2 horas por semana (17 minutos por dia), com exposição apenas da face e mão do bebê e 30 minutos por semana (4 minutos por dia) se o bebê estiver usando apenas fraldas. É importante lembrar que crianças com pele escura podem requerer 3 a 6 vezes a exposição de bebês de pele clara para produ-

zir a mesma quantidade de vitamina D. Ainda assim, a recomendação da Academia Americana de Pediatria é de ser feita a suplementação rotineira em todas as crianças iniciando durante os dois primeiros meses de idade. [Nível V].³⁹

A concentração de vitamina A no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe. Em muitos países em desenvolvimento, as crianças pequenas ingerem quantidades adequadas dessa vitamina. Entretanto, em áreas onde a deficiência é endêmica, a suplementação da mãe com vitamina A ou o alimento complementar, como fígado, gema de ovo, produtos lácteos, folhas verde escuras, vegetais e frutas de cor laranja (cenoura, abóbora, pimentão vermelho ou amarelo, manga, maracujá, mamão) é de vital importância como fonte de vitamina A. Acredita-se que no Brasil as crianças ingere quantidades adequadas de Vitamina A, com exceção do Nordeste e algumas outras comunidades. A suplementação, quando necessária, deverá ser realizada na dose de 300mg/d (1000UI/d) em lactentes prematuros, gemelares, de baixo peso ou em uso de leite de vaca.³⁵

e.4 Alimentação da criança desmamada

Se por alguma razão a criança pequena não está sendo amamentada e não há possibilidade de reverter essa situação, deve receber leite artificial, sendo que as fórmulas infantis são consideradas como primeira opção para a alimentação da criança desmamada. Além das fórmulas, as outras opções são o leite integral em pó e o leite integral líquido, pasteurizado ("de saquinho") ou longa vida (UHT). O leite UHT, depois de aberto, deve ser mantido no refrigerador e consumido em no máximo 24 horas. O leite pasteurizado deve ser mantido refrigerado mesmo antes de aberto e deve ser fervido antes do consumo. O leite deve ser preparado próximo à hora de oferecê-lo a criança, e nunca se deve oferecer sobras de leite da refeição anterior.

O Departamento de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que não seja utilizado o leite de vaca integral, líquido ou em pó, na alimentação durante o primeiro ano de vida, nem mesmo em suas preparações diluídas. Alerta para as seguintes conseqüências do uso do leite de vaca nas crianças com menos de um ano de vida: pobre teor e baixa disponibilidade de ferro e perda de sangue pelas fezes, aumentando o risco de anemia ferropriva; elevado teor de eletrólitos e proteínas podendo levar a distúrbios hidro-eletrolíticos; exposição à proteína heteróloga, predispondo ao surgimento de doenças alérgicas; quantidades inadequadas de algumas vitaminas e ácido linoléico e maior predisposição futura para obesidade, aterosclerose, dor abdominal recorrente e catarata.

Em caso de impossibilidade do uso de fórmula infantil, a criança com mais de dois meses que estiver recebendo leite integral (em pó ou líquido) deve receber suco de fruta uma vez por dia (100 ml de suco de laranja ou de fruta disponível, preparado com água filtrada ou fervida). A criança também deve rece-

ber água em temperatura ambiente no intervalo das refeições, no mínimo três a quatro vezes por dia.

A tabela 1 apresenta a freqüência e o volume da alimentação da criança desmamada de acordo com a idade. A tabela 2 apresenta a diluição correta do leite em pó de acordo com a idade da criança. A tabela 3 apresenta as diluições adequadas para o leite líquido em crianças com até 4 meses de idade. É muito importante que o leite artificial seja administrado na diluição correta para que o bebê seja alimentado de forma adequada. Em crianças com mais de 4 meses, a alimentação deve ser complementada com a introdução de outros alimentos (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes), além do leite e do suco. Oferecer de cinco a seis refeições por dia, sendo três a base de leite e cereais ou tubérculos, duas papas de frutas e uma papa salgada. A partir do 8º mês, essas refeições constituem-se em duas papas salgadas e duas papas de fruta. A partir de 12 meses, deve-se acrescentar às três refeições mais dois lanches ao dia, com fruta ou mingau de prato. A tabela 4 apresenta um esquema alimentar para crianças desmamadas.

Tabela 1: Freqüência e volume da alimentação da criança pequena desmamada de acordo com a idade.

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

Fonte: Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/AIDS – Secretaria Executiva – Coordenação Geral de Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 2003.¹⁹

Tabela 2: Diluição correta do leite em pó em crianças antes e após os 4 meses de idade.

Crianças até 4 meses de idade (Volume de leite total/ Quantidade de leite em pó)	Crianças acima de 4 meses de idade (Volume de leite total/ Quantidade de leite em pó)
100 ml – 1 colher de sobremesa	100 ml – 1 colher de sopa
150 ml – 1 ½ colher de sobremesa cheia	150 ml - 1 ½ colher de sopa cheia
200 ml – 2 colheres de sobremesa cheias	200 ml – 2 colheres de sopa cheias
250 ml – 2 ½ colheres de sobremesa cheias	250 ml - 2 ½ colheres de sopa cheias

Fonte: Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/AIDS – Secretaria Executiva – Coordenação Geral de Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 2003.¹⁹

Tabela 3: Diluição correta do leite líquido até os 4 meses de idade.

Crianças até 4 meses de idade		
Volume de leite líquido	Quantidade de água a ser adicionada	Volume total
70 ml	30 ml	100 ml
100 ml	50 ml	150 ml
130 ml	70 ml	200 ml
170 ml	80 ml	250 ml

Fonte: Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/AIDS – Secretaria Executiva – Coordenação Geral de Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 2003. {2003 85 /id}

Tabela 4: Esquema alimentar para crianças totalmente desmamadas.

Período	Menores de 4 meses	4 – 8 meses	Maiores de 8 meses
Pela manhã	Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo
Intervalo	Alimentação láctea	Papa de fruta	Papa de fruta
No almoço (11 – 12h)	Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada
No meio da tarde	Alimentação láctea	Papa de fruta	Papa de fruta
Final da tarde (17 – 18h)	Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Papa salgada
À noite	Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo

Fonte: Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos. Brasília - DF, Ministério da Saúde, 2002.³⁵

f- Avaliar e orientar sobre crescimento e desenvolvimento

Um adequado crescimento e desenvolvimento implica não somente alimentação e estímulo, mas também que a criança seja atendida em suas necessidades afetivas básicas; amor, aceitação, aprovação, proteção e independência.

f.1 O crescimento da criança

De um modo geral, considera-se crescimento o aumento de tamanho corporal e, portanto ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim as condições de vida da criança no passado e no presente.¹⁴ O acompanhamento do crescimento como atividade de rotina na atenção à criança é preconizado pela Organização Mundial da Saúde(OMS), Ministério da Saúde(MS) e Sociedade Brasileira de Pediatria(SBP).⁴⁰

Todo o indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento, que poderá ou não ser atingido, dependendo das condições de vida a que esteja submetido desde a concepção até a idade adulta. Portanto a herança genética e o ambiente, físico e social em que vive a criança, interferem tanto no seu crescimento como na sua saúde.^{14,40}

A vigilância nutricional ou o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança, e quando necessário, por meio de diagnóstico ou tratamento precoce evitar que desvios do crescimento possam comprometer

sua saúde atual e qualidade de vida futura.⁴¹

Os índices antropométricos são utilizados como principal critério de aferição da nutrição e do crescimento adequado de crianças. Essa indicação baseia-se no conhecimento de que as discrepâncias entre as necessidades fisiológicas e a ingestão de alimentos deixam marcas no corpo dos indivíduos, desde o sobrepeso e obesidade até graves quadros de desnutrição.²

O monitoramento do crescimento é realizado através:

- da antropometria sistemática (pesagem e medição de altura);
- da comparação dessas medidas com um padrão, afim de identificar desvios ou impedimentos do crescimento. Idealmente utilizam-se curvas onde são marcadas as medidas para facilitar a visualização do crescimento da criança.

Caso seja detectado problema deve-se adotar medidas capazes de resolvê-lo ou minimizá-lo.

É necessário esclarecer que idade, peso e altura são consideradas medidas. Índice é a combinação de mais de uma medida; assim sendo peso para a idade, altura para a idade e peso para a altura são índices que possibilitam agrupar e interpretar uma medida.^{2,41}

O índice peso/idade expressa a massa corporal para a idade cronológica, é considerado um indicador global do estado nutricional de crianças tendo uso limitado por sua incapacidade de indicar a duração do processo evidenciado. No entanto, tem importância fundamental no acompanhamento de lactentes e é o único índice de avaliação nutricional utilizado nos primeiros seis meses de vida. {Secretaria Municipal de Saúde, 2001 1 / id; Aerts, 2003 35 / id} A partir do 6º mês, utilizam-se os índices peso/altura e altura/idade.

O índice peso/altura expressa a relação da massa corporal para a altura, isso é, a harmonia das dimensões corporais da criança. É um indicador de processos que se instalaram em curto prazo. Uma criança com esse déficit de peso para a sua altura se encontra em situação adversa no presente. Essas crianças devem ser avaliadas com atenção, pois apresentam um comprometimento global de sua saúde. {Secretaria Municipal de Saúde, 2001 1 /id; Aerts, 2003 35 /id} O déficit de peso e altura é denominado na literatura internacional como "wasting".

O índice altura/idade reflete o crescimento linear da criança, é o que indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento, indicando processos que se instalaram em longo prazo. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população {Secretaria Municipal de Saúde, 2001 1 /id; Aerts, 2003 35 /id}, sendo seu déficit conhecido na literatura como "stunting" ou retardo no crescimento.

As curvas do National Center for Health Statistics (NCHS), (páginas 19 a 24) são as melhores referências internacionais disponíveis e recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Contudo, devem ser utilizadas com cautela, principalmente no que se refere ao acompanhamento de crianças menores de seis meses amamentadas exclusivamente ao seio. Essas crianças podem ter um ganho de peso ou um crescimento inferior ao esperado, se comparadas com as do NCHS, pois utilizaram crianças amamentadas com leite artificial.

Com vistas a resolver esse problema, a OMS está desenvolvendo um estudo multicêntrico de referência para o crescimento. Este estudo encontra-se na fase final e envolveu crianças de meios étnicos e culturais diversos, incluindo crianças brasileiras.⁴² As novas curvas estarão disponíveis a partir de 2005. Em função disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre optou em manter o uso das curvas do NCHS,

de 1977, até que os novos parâmetros estejam disponíveis. A não utilização das curvas suavizadas do Center for Disease Control and Prevention (CDC) se deve em função de que a própria OMS não as adotou como referência. {Aerts, 2003 35 /id}

Até que as novas curvas sejam adotadas, o profissional deverá avaliar cada situação, buscando evidenciar se o lactente encontra-se em boas condições de saúde ou não, evitando aconselhar o desmame de rotina.²

A avaliação do estado nutricional de uma população deve levar em conta pontos de corte que caracterizam situações de risco nutricional, desnutrição ou sobrepeso. A avaliação clínica deve levar em conta a variabilidade tanto biológica como social, cabe ao profissional estabelecer se a criança está dentro ou fora de determinados parâmetros e se tem um crescimento adequado. Ao acompanhar o crescimento de uma criança o parâmetro mais importante é a velocidade de crescimento. Esta se traduz em altura ganha em determinado intervalo de tempo, é importante observar que as curvas se mantenham ascendentes.⁴⁰

Para avaliação do crescimento individual de uma criança o Ministério da Saúde recomenda como pontos de corte das curvas do NCHS:

- acima do percentil 97 classificar como sobrepeso;
- entre os percentis 97 e 10 classificar como eutrófico;
- entre os percentis 10 e 3 classificar como risco nutricional ou alerta nutricional;
- entre os percentis 3 e 0,1 classificar como baixo peso/idade, peso/altura, altura/idade;
- abaixo do percentil 0,1 classificar como peso muito baixo¹⁴ (para altura ou idade) e altura muito baixa para a idade.

O profissional deve explicar aos pais riscos de saúde que a criança corre caso não esteja se desenvolvendo bem e orientá-los para a promoção do crescimento e desenvolvimento.

Ganhando peso e altura nos primeiros anos de vida...**Primeiro ano:**

Logo após o nascimento ocorre normalmente uma perda de peso de aproximadamente

10% do peso ao nascer que é recuperado em torno do 10º dia de vida.

Idade	Peso	Altura
1º trimestre	18-30g/ dia	3,5 cm/ mês
2º trimestre	20g/ dia	2cm/ mês
3º trimestre	15g/ dia	1,5 cm/ mês
4º trimestre	12g/ dia	1,2 cm/ mês
1 a 3 anos	240g/ mês	1 cm/ ano
4 a 6 anos	180 g/ mês	3 cm/ ano

Fonte: Needlman RD. Growth and development. In: Behrman RE, editor. Nelson textbook of pediatrics. U.S.A: Saunders Company; 1996. p.30-72.⁴³

f.2 O desenvolvimento da criança

O desenvolvimento é produto de uma complexa interação entre o amadurecimento e a aprendizagem, entre o sujeito (com seu potencial) e o meio social (com suas normas e hábitos culturais).⁴⁴

Atenção qualificada à saúde da criança implica ações que busquem o seu desenvolvimento em todas as suas potencialidades. Para um adequado desenvolvimento, faz-se necessária a vigilância dos fatores que possam interferir na saúde física e afetiva da criança.⁴⁴⁻⁴⁶

Os parâmetros existentes revelam características do desenvolvimento em determinada população, sendo útil como um referencial de normalidade. No entanto, é importante considerar os ritmos e as necessidades individuais de cada criança de forma particular.^{44,46}

Os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras de comu-

nicação, de interação social e cognitiva em todas as consultas de supervisão de saúde.²²

Como a criança enxerga, ouve e fala.

O bebê tem percepções visuais desde o nascimento e prefere o rosto humano.

Durante o primeiro mês, a melhor distância para percebê-lo é a mesma entre o seio e o rosto materno. Por volta dos dois meses, passa a identificar objetos e nos seus detalhes. Entre 2 e 3 meses, sorri em resposta ao rosto humano. A partir dos 3 meses, percebe formas tridimensionais e, fixando melhor o olhar, consegue seguir objetos por 180 graus.

Desde as primeiras horas de vida, é capaz de voltar os olhos na direção de um som. Prefere a voz humana, principalmente a voz materna. Com um mês já distingue alguns fonemas.

A linguagem do bebê nos seus primeiros dois meses de vida é expressa por meio de sua mímica facial, expressão corporal e, principalm-

te, pelo choro. Chorando, consegue expressar fome, dor, frio ou desconforto. Por volta do terceiro mês, começa a emitir sons, como arrulhos, que compreendem sons vogais. Posteriormente começa a balbuciar, o que também é a expressão dos seus afetos. Entre os 9 – 10 meses, a criança inicia a fazer associação entre as palavras e ações, podendo obedecer a comandos como bater palminhas ou dar tchau.

Quando um adulto nomeia os objetos, identificando um significado para a associação aos sons que a criança balbucia, ela internaliza este significado, passando a relacionar a palavra com o objeto. Por volta de um ano, começa a nomear objetos que, juntamente com gestos, possuem o valor de “frases” (aponta para a jarra e diz “água” = eu quero água!).

A aquisição da linguagem faz com que a criança amplie suas possibilidades de interação social. No segundo ano de vida, a intercomunicação verbal é cada vez mais utilizada e a curiosidade de entender as coisas é muito grande. Já compreendem perguntas, sentenças negativas e ordens.

A partir dos 3 anos, aventuram-se mais no mundo fora da família. Preferem brincar mais com companheiros do que sozinhos, mostram-se cooperativos e solidários. As crianças de 3-4 anos, em alguns momentos, se mostram muito seguras de si, porém, em outras ocasiões, podem se mostrar tímidas e assustadas. É importante que o adulto estimule a criança a expressar os medos. No entanto, se o medo é vivido de uma forma bastante intensa a ponto de

impedir que a criança realize atividades diárias, é preciso conversar com um profissional capacitado.⁴⁷

É comum nesta fase, as crianças irritarem-se quando contrariadas ou frustradas, acarretando raiva também nos adultos. Devemos lembrar, no entanto, que são os adultos que possuem maior controle sobre seus sentimentos, cabendo a eles encontrar formas de lidar com a situação para não cometer excessos nem desencadear agressões físicas e verbais.⁴⁸

Não podemos esquecer que é preciso, em muitos momentos, dizermos NÃO às crianças com firmeza, e é fundamental que os pais sigam a mesma orientação frente às decisões para que a criança não receba “duplas mensagens”. Temos que saber que o limite significa cuidado, proteção e amor.⁴⁸

Sono e vigília

Nos primeiros meses as crianças não possuem alternância nítida no padrão de sono e vigília, com períodos definidos, como nas maiores e adultos. Logo após o nascimento, o bebê mantém-se em um estado mais propício para a interação com o meio: alerta, olhar vivo, calmo, ativo. Nas 48 horas seguintes, é comum haver um estado de sonolência. Posteriormente, haverá um aumento progressivo nos estados de vigília.

Em torno dos seis meses de vida, começam a ter padrões de sono e começam a cochilar em determinados momentos do dia.

Idade	Tempo total de sono em 24 horas
RN prematuro	22 h
RN termo	16,5 h
1 m	15,5 h
3m	15 h
6m	14,2 h
12m	13,7 h
2 anos	13 h
5 anos	11 h

Fonte: Nunes ML. Distúrbios do sono. J Pediatr 2002; 78:S63-S72.⁴⁹

Movimentação da criança

O amadurecimento do sistema nervoso do bebê ocorre no sentido crânio-caudal (cabeça para os pés) e próximo-distal (tronco para as extremidades). Primeiro ocorre o controle dos músculos do pescoço, depois dos membros superiores, o tronco e os membros inferiores.

A evolução motora inicia com movimentos reflexos e estereotipados em resposta a determinados estímulos, passando a reflexos posturais afetados pela alteração do tônus muscular. Posteriormente, as reações tornam possível a interação entre corpo e cabeça passando, mais tarde, a respostas elaboradas com integração de todo o sistema nervoso central.

A criança, no primeiro ano de vida, passa de um bebê recém nascido incapaz de virar-se no berço, para um ser caminhante que explora, toca, morde, arrasta objetos.

A musculatura ocular é a primeira a ser controlada, por volta dos 2 meses, inicia o controle da musculatura cervical e passa a observar mais detalhadamente objetos. No segundo ou terceiro mês, traz as mãos para a linha média e brinca com elas. Espera-se que com 3 meses esteja firmando a cabeça completamente (todas as crianças nascidas a termo devem estar fazendo isso ao final do 4º mês de vida). Com a melhora do controle da cabeça e da extensão do corpo, começa a rolar.

Ao experimentar diversas posições (no colo, sentado, deitado, no carrinho...), o tônus da musculatura paravertebral vai aumentando e, com a diminuição do tônus dos flexores, o bebê consegue ficar sentado e passa a ter os movimentos de locomoção e preensão. É importante este estímulo de troca de posições para que possa ficar sentado, o que significa ver o mundo na posição ereta, tendo as mãos livres para explorá-lo. Aos 9 meses a cri-

ança nascida a termo já deve permanecer sentada sem apoio, com a cabeça e tronco eretos e firmes. A capacidade de passar da posição deitada para sentada, sozinha, pode acontecer entre os 6-11 meses.

O controle da musculatura dos braços permite o apoio nos antebraços e as primeiras tentativas de engatinhar. Não existe, no entanto, um padrão único de engatinhar. Cerca de 15-20% das crianças andam sem ter engatinhado.

Dos 14 aos 22 meses o bebê vai dominando a locomoção; isso faz com que se sinta autorizado e destinado a separar-se da mãe, dando-lhe prazer, mas ao mesmo tempo surge o medo de ficar sem ela. Assim, os sentimentos oscilam entre ímpetos de independência e momentos de grande apego. Podem assim ocorrer pequenos períodos de incompatibilidade entre mãe e filho. Na brincadeira com outras crianças vai disputar um lugar, vai alargar seu território, vai reconhecer seus limites e expandir suas relações com os outros, além de seus pais.

Por volta dos 24 meses em diante a maioria dos comportamentos de apego tornam-se menos visíveis, pois já entendem quando a mãe explica que vai sair e voltar. Se a relação com os pais até esse momento foi boa, adquire confiança para se relacionar com outras crianças e adultos.

Neste período as crianças elegem um objeto ou brinquedo predileto que as auxilia neste momento de transição entre a sensação de fusão com a mãe e a noção da mãe como um ser diferente e fora dela.

Alcançando objetos.

O recém-nascido realiza a preensão palmar de forma reflexa. Por volta do terceiro mês, o

tônus flexor já diminuiu e o bebê consegue pegar um objeto, mas ainda não consegue soltá-lo. Inicialmente reage em bloco para alcançar um objeto, agitando-se, tentando agarrá-lo em um único movimento. Ao conseguir pegá-lo, invariavelmente leva-o a boca, numa manobra de reconhecimento de suas características. Entre o 5º e 6º mês, consegue apreender um objeto voluntariamente, iniciando o movimento de pinça, que será primeiro cubital e depois radial.

Aos 9-12 meses já pode apontar com o indicador e desenvolve preensão em pinça, pegando pequenos objetos com indicador e polegar.

A entrada na escola maternal / Vivenciando separações

A escola pode representar a primeira experiência da criança como participante de um grupo de iguais; a forma com que ela vai se relacionar com as outras crianças tem estreita relação com as experiências prévias vividas com seus pais.

Nesta fase observa-se uma grande flutuação entre: dependência e independência, o certo e o errado, o fato e a fantasia, a propriedade pessoal e divisão de coisas. Isto requer paciência e tolerância dos adultos, pois as crianças estão em desenvolvimento e precisam aprender determinados valores sociais, pois estes não são natos, devem se aprendidos.

As separações podem ser bem toleradas entre os três ou quatro anos de idade; para isto as crianças precisam adquirir confiança nos pais e serem bem preparadas com antecedência. Se não forem momentos de separação muitos longos, não chegam a despertar muita angústia. Separações bruscas, de longa duração e muito precoces podem levar as crianças a apresentar distúrbios no sono, na alimentação, na motricidade e na linguagem. É fundamental que os adultos cumpram suas prome-

sas e cheguem no horário combinado!

Frente à morte, separações por hospitalização ou viagens de pessoas próximas é importante que seja dita sempre a verdade às crianças. Elas já têm condições de entender o que irá ocorrer, porém não devem ser assustadas com as informações dadas.

A criança de três ou quatro anos e a sexualidade

Neste momento de vida percebe-se que as crianças interessam-se por ver e tocar os órgãos sexuais dos pais, assim como desejam dormir com os pais, tentando separá-los nas mais diversas situações. Este comportamento é normal; no entanto, quando não são bem conduzidas pelos adultos podem deixar seqüelas emocionais. A criança deve possuir seu espaço definido e aprender a respeitar o espaço dos pais, sendo indicado que ela esteja na sua própria cama na hora de dormir. O dormir para uma criança pequena é, muitas vezes, entrar em contato com um mundo desconhecido, por isso ouvir a voz do pai ou da mãe a auxilia a separar-se do mundo de vigília.

É importante que a partir desta idade a sexualidade seja tratada com clareza, seriedade e limites. Deve-se ter presente que o corpo deve ser tratado com naturalidade, entretanto, o adulto, por possuir uma sexualidade madura, diferente da criança que está em desenvolvimento, pode provocar na criança uma tensão difícil de ser metabolizada. Os filhos precisam aceitar que os pais formam um casal e irão se tranquilizar se os mesmos, de forma compreensiva, esclarecerem todas suas curiosidades e vontades de ordem sexual.

Avaliando o desenvolvimento

Existe boa evidência para avaliar o desenvolvimento da criança a cada consulta, uma vez

que o atraso do desenvolvimento devido à falta de estimulação pode ser corrigido por um maior enriquecimento de estímulos. {2004 88 /id} [Nível II]

Na literatura existem várias escalas e testes de desenvolvimento que podem ser utilizados para avaliação. Estas escalas costumam referenciar os seguintes aspectos do desenvolvimento: motor, pessoal-social, afetivo, linguagem e, mais recentemente, foram acrescentados alguns aspectos como grau de atenção, impulsividade e a intensidade da atividade.⁴⁶ Optamos por utilizar marcos do desenvolvimento propostos pelo Ministério da Saúde na *Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento*⁷⁴ para a avaliação do desenvolvimento a cada consulta (ver página 16 e 17).

Fatores de risco como pobreza, baixo peso ao nascer, prematuridade, desmame precoce, mais de três irmãos e crianças com déficit de peso para idade aos 6 meses, foram consideradas de risco para maior suspeita de atraso no desenvolvimento.⁵⁰ Ressaltamos que uma avaliação adequada de desenvolvimento deve incluir sempre uma avaliação da postura da criança, de como se relaciona com os pais e como interage com o ambiente.

g - Orientar sobre aquisição do controle esfinteriano e retirada das fraldas

O processo de retirada das fraldas é um momento definitivo para a prevenção da

Síndrome de Disfunção das Eliminações. Essa síndrome é caracterizada por distúrbio miccional associado à constipação, podendo causar infecções urinárias de repetição e insuficiência renal crônica.⁵¹

Orientações importantes⁵²⁻⁵⁸:

- Nunca iniciar o processo de retirada da fraldas antes dos 2 anos de idade⁵²⁻⁵⁶;
- para iniciar a retirada das fraldas, a criança deve saber sentar com equilíbrio, caminhar sozinha, falar e tirar a roupa^{53,54};
- não forçar ou castigar a criança. Se a criança não colaborar, deve-se parar o processo, recolocar as fraldas, e reiniciar apenas quando a criança concordar⁵³⁻⁵⁵;
- evitar a constipação: aumentar a ingestão de líquidos e alimentos ricos em fibras (frutas, verduras, cereais)^{56,57};
- meninos devem aprender a urinar sentados; somente quando tiverem o controle esfinteriano completo devem aprender a urinar em pé, imitando o pai ou amigos^{53,54};
- acidentes de perda de urina são comuns durante o aprendizado e, na maioria das vezes, duram até 3 meses, não necessitando de tratamento^{56,58};
- a retirada de fraldas pode ser feita em qualquer época do ano;
- não se deve deixar a criança com a fralda suja, pois isso não acelera o aprendizado;
- não existe doença que se pegue em banheiro com as mínimas condições de higiene. Deve-se incentivar a criança a usar qualquer banheiro, levando-a sempre que tiver vontade,⁵³

Como proceder durante o processo de retirada das fraldas:

PROCESSO DE RETIRADA DAS FRALDAS ^{53,54}	
1ª ETAPA	<ul style="list-style-type: none"> - Deixar a criança escolher o penico. - Colocar o penico em locais onde a criança costuma brincar. Ele ainda não será usado para suas eliminações. - Estimular a criança a sentar no penico com roupa. - Transferir as eliminações das fraldas para o penico e depois para o vaso sanitário, acompanhado pela criança.
2ª ETAPA	<ul style="list-style-type: none"> - Deixar a criança com cueca/calcinha e estimulá-la a tirar quando for sentar no penico. - Quando a criança começar a urinar/evacuar no penico, coloque-o no banheiro.
3ª ETAPA	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar o vaso sanitário com redutor de assento e apoio para os pés. - As crianças devem ser acostumadas a urinar/evacuar em qualquer banheiro.

h - Orientar para controle e prevenção de acidentes

Informações e demonstrações sobre higiene, prevenção de lesões não intencionais, até então denominados acidentes, e de hábitos viciosos devem fazer parte da consulta de pediatria para todas as crianças e devem contemplar orientações para todos os membros da família. Há evidências de que o aconselhamento em relação a segurança é fundamental para crianças para prevenção de lesões não intencionais [Nível II] e que o aconselhamento sobre fatores de risco para lesões acidentais em casa seria efetivo durante todas as visitas de puericultura.¹² [Nível I]

A tabela abaixo visa auxiliar o profissional de saúde a orientar pais, responsáveis e/ou cuidadores de crianças entre 0 e 5 anos na prevenção de situações de risco a lesões não intencionais. Ressaltamos que a situação de cada criança deve ser analisada conforme seu contexto sócio-econômico-cultural,⁵⁹ além do estágio de desenvolvimento próprio de cada uma.⁶⁰ As orientações não devem ser "recitadas", mas sim apresentadas e discutidas durante a consulta de rotina numa linguagem acessível e num clima de não culpabilização.

Tabela por idade de situações freqüentes que podem resultar em lesões não intencionais

RECÉM NASCIDO	
Aleitamento natural ou artificial	- esperar a criança arrotar após a mamada antes de deitá-la, evitando o refluxo de conteúdo gástrico, que poderia vir a ser aspirado;
Amamentação artificial	- checar a temperatura da mamadeira no pulso antes de oferecê-la à criança; - não aquecer a mamadeira no forno de microondas; - o bico da mamadeira não pode ser grande demais para que não deixe passar quantidade excessiva de líquido, podendo afogar a criança; - não deixar a criança mamando sozinha no berço para que adormeça;
Banho	- manter a temperatura da água do banho a 37° C; - jamais deixar a criança sozinha durante o banho, evitando o risco de afogamento, possível mesmo em banheira infantil contendo pouca água; [Nível II]
Sono	- usar cobertores leves e travesseiros firmes; - a grade do berço deve ter uma distância de 6 (seis) cm entre cada ripa; - a criança não deve dormir entre duas pessoas; - as crianças devem ser colocadas para dormir em posição supina (toda região das costas na cama) para diminuir o risco de morte súbita [Nível V], apesar de a posição de lado também ser aceita. ⁶¹
Transporte*	- não carregar o bebê e líquidos ou bebidas quentes ao mesmo tempo; - não deixar que a criança seja carregada por outra criança maior; - quando levado em automóvel, o recém-nascido deve ser mantido em assento infantil apropriado à sua idade, o qual deverá ser mantido preso por cinto de segurança na posição de costas para a frente do veículo; no banco traseiro [Nível I] - não carregar a criança em veículos de tração animal, bicicleta ou motocicleta, pois em caso de acidente a criança pode ser arremessada ou cair dos mesmos;
Ambiente doméstico	- não ter plantas tóxicas dentro de casa ou no entorno doméstico; - manter o número de telefone do CIT (Centro de Informações Toxicológicas) à vista de todos – nº 0800 780 200 (atende 24 horas por dia, sete dias por semana) ou pelo site http://www.via-rs.com.br/cit/ ; [Nível I] - não deixar a criança exposta ao sol nem aplicar protetor solar;
SEIS MESES	
Aleitamento natural ou artificial, banho, sono, transporte*	Idem aos aspectos anteriores e... - não transportar a criança em assento para bicicleta de adulto; - não transportar a criança em carrinho de supermercado sem amarrá-la com cinto de segurança; - não deixar a criança desatendida quando colocada em carrinho de supermercado, mesmo se usar cinto de segurança;
Ambiente doméstico	- não deixar ao seu alcance objetos pequenos, cortantes ou pontiagudos, sacos plásticos, cordões, fios nem barbantes ⁶² ; - proteger arestas pontiagudas de móveis e vedar tomadas elétricas; - instalar travas de segurança "à prova de criança" em portas e gavetas de armários que guardem utensílios domésticos, produtos sanitários e de higiene, cosméticos e medicamentos, além de preferir adquirir produtos em embalagens "à prova de criança"; - instalar portões com trinco automático na entrada de escadas e rampas, bem como na cozinha e banheiro, além de redes de proteção em sacadas e janelas; [Nível II] - evitar o contato da criança com animais domésticos, conhecidos ou não; - para aliviar o desconforto dos dentes em erupção, é aconselhável oferecer brinquedos que sejam corados com substâncias atóxicas e compostos por peças inteiras, os quais podem ser mordidos sem risco de intoxicação ou de engasgo por deglutição de partes pequenas; - não expor a criança ao sol entre 10 e 16 horas; - instituir o uso de boné e protetor solar com FPS 15 contra raios UVA e UVB, reaplicando-o a cada 2 horas, mesmo em dias nublados;
Alimentação	- não oferecer alimentos que possam ser engolidos inteiros e causar afogamento, como grãos, caroços, sementes ou pipoca ⁶² ;

1º ANO DE VIDA

Banho, sono, transporte*, ambiente doméstico, alimentação	Idem aos aspectos anteriores
Deslocamento	<ul style="list-style-type: none"> - manter portões e cancelas trancados com trincos de segurança e escadas protegidas por grade; - não colocar a criança em andador;
Lazer	<ul style="list-style-type: none"> - observar permanentemente a criança que estiver brincando na água, seja em banheira ou piscina, lagoa, rio ou mar; [Nível II] - manter todos os brinquedos e acessórios para piscina fora d'água sempre que não estiverem sendo usados; - construir uma cerca em volta da piscina com 1,40 m de altura e cujo portão tenha um fechamento automático; - instalar pontos elétricos em volta da piscina a não menos de 30 m de distância; - quando levada em bicicleta, a criança deve usar capacete e ser levada em assento adequado com cinto de segurança afivelado ao mesmo; - em bicicleta, a criança deve usar calçado fechado e roda deve ter uma proteção para não prender os pés do passageiro;

2º ANO DE VIDA





Banho, sono, transporte*	Idem aos aspectos anteriores
Ambiente doméstico	- impedir o acesso da criança ao fogão, fósforos, isqueiros, ferro de passar, aquecedores, ventiladores
Alimentação	- idem aos aspectos anteriores e estimular o uso de talheres, xícaras e copos.
Deslocamento	- atravessar a rua sempre de mãos dadas
Lazer	<ul style="list-style-type: none"> - idem aos aspectos anteriores e a criança deve incorporar o hábito de utilizar equipamentos de proteção para a prática de esportes ou brincadeiras (capacete, cotoveleira, joelheira, protetor de pulso, protetor de boca) - não deixar a criança brincando sozinha ou com outras crianças em praças ou na rua sem a supervisão de um adulto

4º - 5º ANO DE VIDA

Transporte*, ambiente doméstico, alimentação, deslocamento, lazer	<p>Idem aos aspectos anteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensinar a criança a nadar
--	---

* Observações em relação à transporte, ver figura a seguir

Seleção e uso de assentos infantis mais adequados para uso em automóvel de acordo com a idade

Estágio do desenvolvimento infantil	Tipo de assento de segurança para carro	Desenho esquemático	Características da criança	Observações
Estágio 1	Assento de lactente voltado para trás		Da alta da maternidade até 1 ano completo e até alcançar 10 kg de peso.	Em todos estes três estágios, a criança viaja obrigatoriamente no banco traseiro do veículo
Estágio 2	Assento infantil voltado para frente		A partir de 1 ano e 10 kg até pesar 20 a 22 kg, em torno dos 5 anos de idade	
Estágio 3	Dispositivo posicionador do cinto de segurança		A partir dos 20 a 22 kg até alcançar a estatura de 1,47 m.	
Estágio 4	Cinto de segurança		Altura mínima de 1,47 m e peso de 36 kg (12 anos). As costas têm que encostar no encosto do assento, joelhos dobrados confortavelmente, pés no chão e o cinto de segurança passando pelo tórax.	Recomenda-se viajar no banco traseiro até os 12 anos de idade

Modificado de: American Academy of Pediatrics. Committee on Injury and Poison Prevention. Selecting and Using the Most Appropriate Car Safety Seats for Growing Children: Guidelines for Counseling Parents. *Pediatrics* 2002;109:550-3. {2002 91 /id}

i- Identificar sinais de maus-tratos ou de violência intra-familiar

“Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.” (Deslandes, 1994)⁶³

A violência contra crianças e adolescentes é responsável por lesões físicas e emocionais causando problemas presentes e futuros. São

seres em formação e estruturalmente dependentes que, ao serem maltratados pelos adultos que deveriam protegê-los, tem a relação de confiança traída, deixando vir à tona sentimentos que poderão conduzi-los aos caminhos da delinquência e do comportamento anti-social.⁶⁴

As vítimas de violência tendem a reproduzi-la, na idade adulta, em seus próprios filhos, além de potencializar a violência social em geral.⁶⁵ Esta violência pode ocorrer de várias formas e muitas vezes concomitantes.

Principais tipos de maus-tratos^{63,66,67}:

- **Físico**: uso da força ou ações praticadas por pais ou responsáveis, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes.
- **Psicológico**: constitui toda a forma de rejeição, depreciação e desrespeito cometidos contra a criança e o adolescente com o intuito de atender as necessidades psíquicas dos adultos. Cobranças e punições exageradas são formas de maus-tratos psicológicos que podem trazer graves danos ao desenvolvimento da criança e do adolescente.
- **Negligência**: omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, mental e social. São exemplos: privação de medicamentos e cuidados com a saúde da criança, descuido com a higiene, ausência de proteção contra o frio, o calor, privação de alimentos, falta de estímulos e condições para frequentar a escola. O abandono é a forma extrema de negligência.
- **Sexual**: abuso de poder, no qual a criança é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais que ela não tem entendimento com ou sem violência física associada.
- **Síndrome do bebê sacudido**: São lesões de gravidade variáveis que ocorrem, quando um adulto provoca fortes sacudidas num bebê, em geral menor de seis meses, com frequência pela irritação com seu choro ou por realizar algum ato do qual não tem domínio, que desagrada o cuidador. São seqüelas frequentes: cegueira ou lesões oftalmológicas, hemorragia de retina, atraso no desenvolvimento, convulsões, fraturas de costela, lesões na espinha, lesões ou hemorragias cerebrais (hematoma sub-dural). Dependendo da gravidade este quadro pode evoluir para a morte.
- **Síndrome de Münchhausen por procuração**: é a condição em que doenças ou sintomas são forjados na criança, em geral por suas mães. É um trans-

torno psiquiátrico da mãe, que assume a doença indiretamente, através do filho, exacerbando, falsificando, ou produzindo histórias clínicas e evidências laboratoriais causando lesões físicas e induzindo a hospitalizações com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos para a criança.

A suspeita de maus-tratos surge, em geral, no momento em que se procede a anamnese ou o exame físico do paciente. Muitos sinais e sintomas são inespecíficos, portanto é necessário contextualizar cada situação em que se apresentam, conhecer os sentimentos e comportamento da criança, a forma como se relaciona dentro e fora do grupo familiar.⁶³

O profissional responsável pelo atendimento da criança tem um papel fundamental na prevenção de maus-tratos, deve manter uma atitude de isenção e procurar esclarecer ou confirmar as suspeitas de maus-tratos sem julgamento de valores, acusação ou censura dos pais. Durante o acompanhamento continuado de crianças e adolescente pode-se identificar e intervir precocemente nas situações de risco. Além disso, o profissional pode contribuir para a harmonia familiar sendo muitas vezes referência de apoio e confiança. Nestes casos a visita domiciliar é de fundamental importância.

A criança pode ser levada para atendimento por história de falhas no desenvolvimento, desnutrição, obesidade, sintomas depressivos, dificuldades no aprendizado, distúrbios de conduta ou comportamento, distúrbios do sono, fobias e outros sinais de negligência psicológica ou física.⁶⁴

Segundo a ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência) é preciso que estejamos atentos a mudanças de comportamento e aos sinais físicos na criança. Muitas vezes, elas emitem aos adultos a sua

volta, sinais que avisam que algo se passa e, para o qual não há possibilidade de formulação verbal do discurso. Segue na íntegra a descrição de indicadores utilizados na capacitação de profissionais de saúde para o diagnóstico de abuso sexual (ABRAPIA).⁶⁴

Indicadores Físicos:

- Traumatismos e lesões diversas na genitália e/ou ânus (vermelhidão, inchaço, mordidas);
- dilatação himenal;
- sangramentos (vagina, ânus);
- secreções vaginais (“corrimentos”);
- infecções urinárias;
- DSTs;
- gravidez;
- infecções de garganta (crônicas) deve-se fazer diagnóstico diferencial, podendo se dar pela prática do sexo oral (pensar em gonorréia);
- doenças psicossomáticas (dor de barriga, dor de cabeça, dor nas pernas, nos braços, na vagina, no ânus);
- dores abdominais;
- enurese;
- encoprese;
- distúrbios na alimentação (perda ou ganho excessivo de peso).

Indicadores comportamentais

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

- distúrbios do sono (sonolência, pesadelos, cansaço, recusa em ir para cama, insônia);
- distúrbios do apetite (bulimia, anorexia);
- sintomas obsessivos compulsivos como por exem-

plo mania exagerada de limpeza;

- ansiedade extrema;
- comportamento muito agressivo ou apático;
- imagem corporal distorcida;
- baixa auto-estima / insegurança;
- dificuldade de concentração;
- dificuldade de aprendizagem;
- relutância em voltar para casa;
- faltas frequentes à escola;
- dificuldades para participar de atividades físicas;
- afastamento/ isolamento social/ poucos amigos da mesma faixa etária;
- choro sem motivo aparente;
- medos constantes;
- medo de adultos;
- medo de ser atraente/ repulsa ao contato físico;
- comportamento tenso/ hiper vigilância (“estado de alerta”);
- desconfiança;
- tristeza/ abatimento profundo/ depressão (em razão de sentimento de culpa, de sentir-se “mau”);
- conduta regressiva com comportamento muito infantilizado;
- comportamento sexualmente explícito (ao brincar demonstra conhecimento detalhado sobre sexo, inapropriado para idade);
- masturbação excessiva/ brincadeiras sexuais agressivas;
- comportamento sedutor;
- fugas;
- auto-mutilação;
- comportamentos anti-sociais;
- uso de álcool/drogas;
- agressões sexuais;
- promiscuidade / “prostituição”;
- tentativas ou fantasias suicidas / suicídio.

Sentimentos

- Culpa;
- vergonha;
- impotência;

- confusão;
- ambivalência;
- tristeza;
- medo;
- insegurança;
- desamparo.

Os indicadores acima também estão presentes nas outras formas de violência contra crianças e adolescentes, entretanto alguns sinais de alerta devem ser considerados pelos profissionais atuantes tais como:

- Discrepância entre a história e o exame físico, entre os fatos na cronologia ou na seqüência do evento, e entre a história e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança;
- as informações fornecidas pelos responsáveis são contraditórias, duvidosas ou confusas;
- o tempo de latência do ocorrido até a procura de socorro médico costuma ser longo;
- os "acidentes" podem ocorrer em horários impróprios e muitas vezes sem testemunhas;
- os acidentes são recidivantes e os irmãos freqüentemente apresentam achados semelhantes ou são responsabilizados pelo ocorrido.

As **lesões físicas intencionais** mais freqüentes 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.

A prevenção é a melhor forma de evitar a violência doméstica contra crianças e adolescente. Começa com um trabalho informativo junto a pais e cuidadores sobre os processos e necessidades de desenvolvimento de uma criança, bem como campanhas e atividades que envolvam um trabalho intersetorial com a criança/família.

No primeiro ano de vida, é fundamental a cada consulta ou visita o reforço do vínculo afetivo da criança com os pais ou cuidadores. É importante orientar para que o pai se envolva diretamente com os cuidados do bebê, já que esse cuidado geralmente está centrado na figura materna, especialmente nos primeiros meses de vida da criança (Paternidade responsável e consciente).

As evidências⁶⁸ [Nível I] indicam que visitas domiciliares regulares de um profissional de saúde podem prevenir negligência e maus-tratos. Indicamos visitas regulares da equipe de saúde, idealmente a todas às famílias da área de responsabilidade de cada serviço.

Freqüentemente, o profissional de saúde se depara com situações de difícil diagnóstico e não sabe qual o encaminhamento deve ser feito para os casos de maus-tratos. Sempre que possível é importante que a avaliação seja feita por uma equipe multiprofissional que pode compartilhar da decisão diante de cada caso.⁶³

Casos suspeitos de maus-tratos:

A notificação dos casos suspeitos e confirmados é obrigatória e de responsabilidade do profissional de saúde, podendo ser cobrada legalmente como infração administrativa passível de multa (ECA-art.245°). É fundamental que se registre em prontuário dados de anamnese, relato de exames físico e complementar, uma vez que o sistema judiciário poderá solicitar à unidade de saúde.⁶⁵

A notificação ao Conselho Tutelar não é uma ação policial, objetiva desencadear uma ação de proteção à criança e de suporte à família. Ao registrar o abuso, o profissional reconhece as demandas especiais da vítima e chama o poder público a sua responsabilidade. O trabalho do Conselho Tutelar é especificamente garantir os direitos da cri-

ança e do adolescente, realizando os procedimentos necessários para a proteção integral dos mesmos.⁶⁵

eticamente, é necessário conversar com a família, explicar que, mesmo que não tenha havido intenção de ferir ou negligenciar, a criança está em situação de risco, e o profissional tem obrigação legal de comunicar o que está acontecendo às instituições de proteção. Além disso, deverá salientar que ela se beneficiará de ajuda competente. Desta forma, mantém-se uma atitude de ajuda, pois esta família precisará de amparo e de reorganização de vínculos durante o processo de atendimento.⁶³

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

A criança deve ser acompanhada e encaminhada para um serviço de referência especializada, mesmo depois da notificação, pois as funções dos Conselhos não substituem as da equipe de saúde no acompanhamento terapêutico de cada caso.

Como notificar

- Encaminhamento ao Conselho Tutelar mais próximo, de preferência, com um relatório escrito da situação de maus-tratos (Anexo 6.4);
- na ausência do Conselho Tutelar encaminhar para o Juizado da Infância e da Juventude ou para o Ministério Público;
- disque denúncia de abuso e exploração sexual (tel:0800990500) vinculado ao Ministério da Saúde, Turismo e Secretaria Especial de Direitos Humanos. O sistema centraliza o recebimento e distribuição de denúncias aos órgãos envolvidos na apuração, responsabilização dos autores e proteção das vítimas;
- encaminhamento para serviços de referência es-

pecializada em Porto Alegre:

CRAI - Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (Av.Independência, 661, 6ºandar/sala 619-fone 3289-3367/3289-3352)-Referência especializada para avaliação de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Pode-se obter orientação da equipe sobre como proceder, bem como efetuar denúncias.

Serviço de Proteção à Criança/ULBRA - Hospital Independência (Av. Antônio de Carvalho, 450 – fone: 3382-1751)– Referência especializada em avaliação e acompanhamento clínico e psicológico de crianças e adolescentes vítimas de violência. O atendimento deve ser agendado por telefone e preferencialmente já deve ter sido feita denúncia ao conselho tutelar.

j - Orientar sobre saúde bucal

A boca tem um papel primordial no contato do recém nascido com o mundo. Possibilita satisfação pela amamentação, expressão de desconforto ou dor, reação a ameaças e promove a comunicação.

É fundamental que a criança desfrute desde pequena de uma alimentação saudável e que não desenvolva hábitos danosos à saúde da boca e seus anexos.

A gestante já deveria se abster de ingerir alimentos doces, visto que as papilas gustativas do feto estão se desenvolvendo, assim, ao nascer, o indivíduo já possui alguma experiência gustativa.⁶⁹

As primeiras bactérias cariogênicas adquiridas pela criança provêm da sua mãe ou de seu cuidador, pois são estes que definem o padrão alimentar da criança.⁷⁰

A cultura alimentar de determinado grupo ou classe social depende tanto da disponibilidade de condições concretas de cultivo e de produção ou industrialização como das condições socioeconômicas próprias, que por sua vez determinam o acesso a bens e serviços. O padrão alimentar deve ser questionado e propostas alternativas viáveis de substituição por alimentação saudável.

Existem evidências que o uso de pastas de dente contendo flúor e a fluoretação da água de abastecimento são efetivos na proteção

da cárie dentária. [Nível II] O uso de soluções fluoretadas para bochechos não está indicado pelo risco de desenvolvimento de fluorose uma vez que a água já é fluoretada e crianças desta faixa etária podem engolir a solução.⁷¹ [Nível III]

O acolhimento das crianças desde as consultas de puericultura deve incluir orientações relacionadas à saúde geral e bucal por toda a equipe de saúde e voltadas para toda a família, tanto individualmente como no trabalho com grupos de pacientes.

Tabela de cuidados com a saúde bucal relacionados com a idade da criança

RECÉM NASCIDO	
Aleitamento natural ou artificial	se a criança apresentar fissura bucal e/ou palatina, encaminhar para avaliação e intervenção em centro de referência se a criança apresentar dente neonatal, avaliar desconforto da mãe ao amamentar e, se necessário, encaminhar para exodontia
Alimentação artificial	se a criança não estiver sendo amamentada ao seio, não utilizar sacarose ou adoçantes artificiais, ou alimentos que os contenham, na sua dieta não aquecer a mamadeira no forno de microondas se a criança for artificialmente amamentada, não permitir o uso da mamadeira na cama ao dormir, nem mesmo durante a noite
Hábitos	se a criança utilizar chupeta, não lambê-la antes de oferecê-la à mesma observar o estado de saúde bucal dos pais, responsáveis e cuidadores da criança ⁷⁰
Terapêutica	não prescrever medicamentos que contenham flúor monilíase - não trocar chupeta nem mamadeira com outras crianças observar a existência de lesões periorais não explicadas pelos quadros clínicos comuns nesta faixa etária ^{72,73}
SEIS MESES	
Amamentação	Idem aos aspectos anteriores
Alimentação	não colocar sacarose ou adoçantes artificiais nem utilizar alimentos que os contenham na dieta da criança oferecer água e sucos naturais ao invés de sucos artificiais ou refrigerantes estimular a prova de alimentos com sabores e consistências diferentes
Hábitos	esclarecer que quanto mais vezes por dia a criança ingerir alimentos e sucos cariogênicos, maior será seu risco de desenvolver cárie
Higiene bucal	os dentes em erupção devem ser escovados com escova dental macia e sem creme dental, apenas molhada na água os dentes em erupção devem ser limpos após a ingestão de alimentos e medicamentos
Terapêutica	ênfatisar que toda medicação pediátrica, no Brasil, contém sacarose na sua composição, sendo potencialmente cariogênica ⁷⁴
Erupção dentária	os dentes anteriores podem começar a erupcionar; é comum que a criança apresente salivação abundante, choro e desconforto geral, inclusive febre e diarreia
Negligência e maus tratos	Reforçar as atitudes propostas

1º ANO DE VIDA

Alimentação	não utilizar o alimento como recompensa ou conforto ⁷⁵ ensinar a criança a usar xícara em vez de mamadeira estimular a criança a mastigar
Hábitos	ressaltar a importância de manter os dentes decíduos limpos os dentes devem ser escovados sem creme dental por um adulto, estimulando a criança a cuspir o máximo possível observar a presença de cárie em crianças menores de 5 anos
Higiene bucal	reforçar os cuidados anteriores
Terapêutica	aftas - simples ou múltiplas, observar ciclo entre 7 e 14 dias; observar algum alimento que desencadeie as lesões gingivite herpética - observar ciclo entre 7 e 14 dias; alimentação líquida, fria e sem tempero, antitérmico e analgésico se necessário
Erupção dentária	observar erupção do 1º molar superior e inferior, além do canino
Traumatismo dento-bucal	orientar para aplicação de gelo em saco plástico envolvido num pano após trauma para controlar sangramento e edema alimentação fria ou gelada e sem tempero encaminhar para avaliação com equipe de saúde bucal
Negligência e maus tratos	reforçar cuidados anteriores

2º ANO DE VIDA

Alimentação	estimular refeições à mesa e a se alimentar sozinho usando talheres e utensílios infantis em horários regulares
Hábitos	começar a retirar o bico ou chupeta ^{76,77} orientar para que a criança não chupe o dedo
Higiene bucal, terapêutica, traumatismo bucal e negligência e maus tratos	reforçar cuidados anteriores

3º ANO DE VIDA

Alimentação, hábitos, traumas, negligência	reforçar cuidados anteriores
Hábitos	marcar a primeira consulta odontológica da criança
Higiene bucal	começar a usar creme dental na quantidade de uma lentilha apenas ensinar a usar fio dental
Erupção dentária	a dentição decídua deve estar completa

4º E 5º ANO DE VIDA

Alimentação, terapêutica, traumatismo, negligência	reforçar cuidados anteriores
Hábitos	desaconselhar o uso de bochechos fluretados
Higiene bucal	ensinar a criança a limpar seus dentes, mas à noite a limpeza ainda deve ser realizada por um adulto orientar para limpeza dos dentes em exfoliação e dos permanentes que podem começar a erupcionar
Erupção dentária	eventualmente, os dentes decíduos podem começar a exfoliar eventualmente, o 1º molar permanente pode começar a erupcionar (atrás do último dente decíduo)

É importante também lembrar o papel dos profissionais de saúde bucal na detecção e abordagem de casos de negligência. Lembramos que mais da metade dos casos de abuso infantil resultam em lesões de crânio, cabeça, face e pescoço, sendo que a cavidade oral é um foco importante de abuso físico, de cunho sexual ou não, devido ao seu significado em termos de comunicação e nutrição.

I - Avaliar situações de risco

Crítérios de risco são importantes ferramentas no planejamento de ações coletivas ou individuais de promoção e prevenção à saúde, na garantia de maior equidade e qualidade da atenção.⁷⁸

Um escore de risco sinaliza para uma situação de maior vulnerabilidade individual, social e familiar, no entanto, a soma destes critérios pode ou não determinar melhores ou piores condições de saúde para determinada criança. Observamos que famílias em situação de alto risco segundo os critérios a seguir, apresentam maior morbidade e mortalidade, necessitando desta forma, maior vigilância das equipes de saúde.

Considera-se uma criança de risco, de acordo com a faixa etária, quando apresenta um dos seguintes critérios⁷⁹:

- peso < 2500g;
- apgar no 5º min. <5;
- idade materna < 18 anos;
- prematuridade (<37 semanas);
- parto domiciliar;
- gestação múltipla;
- mãe analfabeta;
- pré-natal inadequado;
- baixa renda;
- aleitamento materno suspenso;
- história de hospitalização;
- mal formação congênita;

- óbitos em filhos menores de cinco anos;
- problemas familiares e da criança;
- atraso vacinal;
- atraso no crescimento e desenvolvimento.

Ainda no pré-natal, o profissional deverá avaliar **situações familiares** de risco.

As famílias, durante a gestação e após o nascimento do bebê, encontram-se em um momento vulnerável ao adoecimento. É de fundamental importância que possamos identificar aquelas que acumulam riscos, de maneira a intervir de forma aceitável e útil aos familiares.^{78,80,80}

Situações familiares que devem ser identificadas⁷⁸:

- Mãe apresentou gravidez de alto risco ou vivenciou eventos traumáticos durante gestações (aborto, natimorto);
- rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez;
- separações e lutos na família;
- mãe em situação de sofrimento agudo ou com diagnóstico de doença mental;
- parto difícil ou traumático;
- separação precoce decorrente por exemplo da necessidade de hospitalização do bebê em serviço de neonatologia;
- mãe com grandes dificuldades de assumir os cuidados básicos do bebê;
- pais que apresentam dificuldades no tornar-se pai ou mãe, distúrbios da "parentalidade";
- pais que apresentam uma ansiedade pós-natal exacerbada, reações ou atitudes de rejeição ou de evitamento na relação com o bebê;
- pais que evidenciam dificuldades nos cuidados básicos do bebê, na comunicação com o bebê ou no acompanhamento das primeiras experiências de separação e de autonomia da criança (desmame, entrada na creche ou pré-escola, recomeço do trabalho da mãe);

- famílias com problemas múltiplos: alcoolismo, pobreza, separação dos pais, doenças crônicas.

A identificação de fatores de risco impõem a identificação de fatores de proteção, para que possamos melhor intervir.

A resiliência, palavra-chave em saúde mental, traduz as condições nas quais uma criança pode **resistir** a um traumatismo ou a situações de risco e **manter** a integridade de seu desenvolvimento psicológico.⁷⁸

Situações “protetoras” em saúde mental

- apego seguro;
- bom nível de funcionamento familiar;
- família que orienta com firmeza, oferece limites;
- capacidade de acreditar em mudanças;
- capacidade de ação;
- auto-suficiência;
- capacidade de lutar frente a situação de estresse;
- boa auto-estima;
- senso de humor;
- auto-conhecimento;
- características próprias da criança, ex: temperamento sociável.

Não somente a família, mas também os serviços de saúde, as escolas e a comunidade podem tornar uma criança “mais resistente” às adversidades para aquisição de autonomia e de sua independização.

As instituições, evitando cuidados fragmentados e abordagens intrusivas que dificultam a comunicação e autonomia, também estarão facilitando um melhor crescimento e desenvolvimento da criança.⁷⁸

Desde a primeira consulta da criança, os profissionais podem avaliar sistematicamente a presença de indicadores de risco com suas respectivas

pontuações através da ficha do Pré-Nenê. A pontuação reflete a gravidade dessas características. Quando a soma total dos pontos for superior a 6, a criança estará em situação de alto risco e deverá ser melhor acompanhada, com plano de ação individual, de acordo com as necessidades específicas identificadas pelo profissional responsável ou, preferencialmente pela equipe de forma interdisciplinar.⁷⁹

3.9 Avaliações periódicas - Anotação 11

Recomendamos que estas avaliações sejam feitas pelas equipes de saúde dos serviços, com periodicidade a ser definida, a partir dos registros realizados, podendo contar com o banco de dados do programa Pré-Nenê para as crianças menores de um ano.

Para tanto, sugerimos a utilização de indicadores que possibilitarão avaliar a qualidade da atenção individual e coletiva. As metas para cada indicador poderão ser pactuadas pelos serviços com sua respectiva Gerência Distrital.

Indicadores sugeridos

· **Tempo de chegada ao serviço** – é o intervalo entre o nascimento e a primeira consulta. Idealmente a primeira consulta da criança deverá ocorrer até o 10º dia de vida.

Este é um indicador de avaliação que pode ser utilizado individualmente.

$$\text{Tempo de chegada ao serviço} = \text{data de nascimento} - \text{data da 1ª consulta}$$

E coletivamente, para avaliar o percentual de crianças que consultaram nos primeiros 10 dias de vida.

$$\% \text{ crianças consultaram até 10 dias de vida} = \frac{\text{nº de crianças consultaram até 10 dias de vida} \times 100}{\text{total de crianças inscritas no Pré-Nenê}}$$

Cobertura da 1ª consulta do Programa Pré-Nenê – percentual de crianças com menos de dois meses de idade que realizaram a primeira consulta. Deve ser meta para este indicador uma cobertura de 100% dos nascidos vivos SUS usuários do território.

Consideramos população não usuária do SUS somente os nascidos vivos de hospitais privados. No ano de 2003, 26% das AIH de partos foram de pacientes privativas ou com algum plano de saúde (Fonte: GRSS-SMS).

Esse é um indicador coletivo que permite avaliar a cobertura de 1ª consulta do Pré-Nenê no serviço de saúde.

$$\frac{\% \text{ de cobertura da primeira consulta} = \text{n}^\circ \text{ de crianças inscritas no Pré-Nenê que consultaram} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos do território}}$$

A informação de nascidos vivos é repassada aos serviços de saúde diariamente por meio da RNUS- Relação de Nascido Vivo por Unidade de Saúde. Esse indicador poderá ser calculado considerando a atual definição de territórios da cidade.

Acompanhamento mínimo – Considera-se como uma criança “acompanhada” pelo serviço de saúde no primeiro ano de vida aquela que comparecer a, no mínimo, quatro consultas no primeiro semestre e três no segundo semestre. No segundo ano de vida, três consultas (aos 15, 18 e 24 meses) e uma consulta anual a partir dos 24 meses.

O número de consultas de cada criança é um indicador individual que permite avaliar se houve ou não o acompanhamento mínimo preconizado.

E coletivamente, este indicador permite avaliar o percentual de crianças que tiveram o acompanhamento preconizado no primeiro ano de vida.

$$\frac{\% \text{ crianças com acomp. mínimo preconizado} = \text{n}^\circ \text{ de crianças com acomp. mínimo preconizado} \times 100}{\text{total de crianças inscritas no Pré-Nenê}}$$

Atualmente, é possível calcular o acompanhamento mínimo no primeiro ano de vida a partir do banco de dados do Pré-Nenê. Nos anos que se seguem poderão ser calculados com os registros de prontuário, utilizando a mesma fórmula.

Amamentação – avalia o tempo de aleitamento exclusivo (somente leite materno). Considere-se > a 6 meses o ideal, de 4 a 6 meses razoável e < 4 meses ruim.

O número de meses de aleitamento exclusivo de cada criança é um indicador individual que permite avaliar se a criança teve o tempo de aleitamento materno preconizado.

E coletivamente podemos avaliar o percentual de crianças que receberam aleitamento materno exclusivo ideal.

$$\frac{\% \text{ de crianças amamentadas com LM exclusivo} > 6 \text{ meses} = \text{número de crianças com LM exclusivo} \geq 6 \text{ meses}}{\text{total das crianças inscritas}}$$

Teste do Pezinho

Cobertura é o percentual de crianças que realizaram o teste. Este indicador permite avaliar a cobertura do teste para a população de responsabilidade do serviço e para a população atendida. Uma vez que o teste deve ser oferecido à todas as crianças desta faixa etária que buscarem o serviço, mesmo para aquelas que serão encaminhadas para consulta em outra unidade, a meta é 100%.

Idade de realização do teste é um indicador que p... e com

quantos dias de vida as crianças estão chegando ao serviço para fazer o Teste do Pezinho.

Maiores informações sobre o cálculo e parâmetros adequados consultar o Protocolo do Teste do Pezinho (*no prelo*).

.

Vacinas

Cobertura é o percentual de crianças que realizaram os diferentes tipos de vacinas.

Maiores informações sobre o cálculo e parâmetros adequados consultar o Protocolo de Imunizações (*no prelo*).

Novos indicadores poderão ser definidos no decorrer do trabalho, atendendo a questões do nível local.

IV REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan B. Epidemiologia Clínica e Medicina Baseada em Evidências. In: Rouquayrol MZ, de Almeida Filho N, .., editors. Epidemiologia e Saúde. 6 Ed. Medsi; 2003.
- Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação. Prá-saber: informações de interesse á saúde. Porto Alegre: 2001.
- Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Merhy EE, Campos GW, Cecílio LC, editors. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994: 117-160.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editors. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Critérios de gravidade para pacientes pediátricos na sala de pré-consulta. Rotina de atendimento do Centro de Saúde Bom Jesus . Porto Alegre: SMSPOA; 2002.
- OPAS/OMS, Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Módulo 2. Avaliar e classificar a criança de 2 meses e menor de 5 anos. Brasília: 1999.
- Phenylketonuria (PKU): screening and management. NIH Consensus Statement 2000; 17:1-33.
- Lees CM, Davies S, Dezateux C. Neonatal screening for sickle cell disease (cochrane review). In: Lees CM, Davies S, Dezateux C, editors. The cochrane library. Oxford: Update Software; 2003.
- Seymour CA, Thomason MJ, Chalmers RA, Addison GM, Bain MD, Cockburn F et al. Newborn screening for inborn errors of metabolism: a systematic review. Health Technol Assess 1997; 1:i-95.
- Farhat CK, Carvalho ES, Weckx LY, Carvalho LH, Succi RC. Imunizações - fundamentos e prática. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência em Saúde. Calendário básico de vacinação. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Portaria nº 597/GM/em 08 de abril de 2004. Acesso em: 31 maio 2004.
- Feldman W. Well-baby care in the first two years of life. Canadian task force on the periodic health examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada; 1994: 258-266.
- Health care guidelines: preventive services for children and adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement. Disponível em: <http://www.icsi.org/guide/PrvSvC.pdf>. Acesso em: 2002.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: 2002.
- Site desenvolvido pelo Centro Nacional de Estatísticas de Saúde em colaboração com o Centro Nacional para Prevenção de Enfermidades Crônicas e promoção de Saúde (2000). CDC. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts>. Acesso em: 07 julho 2004.
- Green, M. and Palfrey, J. S. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. Arlington: National Center for Education in Maternal and Child Health. Disponível em: <http://www.brightfutures.org/fb2/index.html>. Acesso em: 2002.

17. Health care guideline: preventive counseling and education .Institute for clinical systems improvement. Institute for Clinical Systems Improvement. ed. 2001.
18. Neto, F. F. and Resegue, R. Semiologia pediátrica . Programa Saúde da Família. Disponível em:http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema4/texto44_definicao.asp. Acesso em: 13 junho 2003.
19. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.
20. Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/AIDS - Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
21. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Disponível em:<http://www.ctfpchc.org/sections/ddh.htm>. Acesso em: 2002.
22. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatría* 2003; 79:S13-S22.
23. American Optometric Association. Pediatric eye and vision examination. 2. ed. St. Louis : American Optometric Association; 2002.
24. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. *Pediatrics* 2003; 111:902-907.
25. Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, Robinson TN, Steinberger J, Paridon S et al. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* 2002; 106:143-160.
26. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children—1987. Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Heart, Lung, and Blood Institute, Bethesda, Maryland. *Pediatrics* 1987; 79:1-25.
27. Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents: a working group report from the National High Blood Pressure Education Program. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. *Pediatrics* 1996; 98:649-658.
28. IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em:<http://www.sbn.org.br> e <http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/default.asp>. Acesso em: 16 setembro 2003.
29. Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. *Am J Prev Med* 2003; 25:159-164.
30. Kurowski K, Rudy DR. Preventive care of the preschool child (1-5 years). *Clin Fam Pract* 2000; 2:251-269.
31. Goonasekera CD, Dillon MJ. Measurement and interpretation of blood pressure. *Arch Dis Child* 2000; 82:261-265.

32. Lipid screening in children and adolescents. Bloomington: Institute for Clinical Systems improvement (ICSI); 2000.
33. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Centro de Informações Toxicológicas. Parecer sobre intoxicação por chumbo. Porto Alegre: Obtido através de consulta; 2002.
34. Wang E. Breastfeeding. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada; 2003: 232-242.
35. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: 2002.
36. Material didático do curso de capacitação em aleitamento materno. Porto Alegre: IAME, Hospital Conceição; 2002.
37. Organização Mundial de Saúde. Amamentação e medicação materna: recomendações sobre drogas da 8ª lista básica de medicamentos da OMS. IBFAN/Brasil e Instituto de Saúde; 1996.
38. Feightner JW. Prevention of iron deficiency anemia in infants. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada; 1994: 244-255.
39. Gartner LM, Greer FR. Prevention of rickets and vitamin D deficiency: new guidelines for vitamin D intake. Pediatrics 2003; 111:908-910.
40. Zeferino AM. Acompanhamento do crescimento. Jornal de Pediatria 2003; 79:S23-S32.
41. Aerts DR, Giugliani ER. Vigilância do estado nutricional da criança. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ER, editors. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.3. Porto Alegre: Artmed; 2004: 180-189.
42. Garza C, De Onis M. A new international growth reference for young children. Am J Clin Nutr 1999; 70:169S-172S.
43. Needlman RD. Growth and development. In: Behrman RE, editor. Nelson textbook of pediatrics. U.S.A: Saunders Company; 1996: 30-72.
44. Organização Panamericana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância. Promoção do crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. Washington: 2000.
45. Ricco RG. Puericultura: princípios e práticas em atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu; 2000.
46. Sucupira AC. Pediatria em consultório. 4. ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
47. Nunes ML. Considerações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a seis anos. XIV Curso de Atualização em Pediatria e Preparatório para o Concurso do Título de Especialista em Pediatria. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul; 2002: 1-6.
48. Zagury T. Limites sem trauma. São Paulo: Record; 2002.
49. Nunes ML. Distúrbios do sono. J Pediatr 2002; 78:S63-S72.

50. Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Risk factors for suspicion of developmental delays at 12 months of age. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 76:421-428.
51. Koff SA, Wagner TT, Jayanthi VR. The relationship among dysfunctional elimination syndromes, primary vesicoureteral reflux and urinary tract infections in children. *J Urol* 1998; 160:1019-1022.
52. Bloom DA, Seeley WW, Ritchey ML, McGuire EJ. Toilet habits and continence in children: an opportunity sampling in search of normal parameters. *J Urol* 1993; 149:1087-1090.
53. Projeto educação para a saúde: aquisição do controle miccional (retirada de fraldas). Unidade de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina/UFRGS. Coordenadora: Noemia Perli Goldraich. Disponível em: <http://www.famed.ufrgs.br/projetos/nefroped/fraldas>. Acesso em: setembro 2003.
54. Brazelton TB, Christophersen ER, Frauman AC, Gorski PA, Poole JM, Stadler AC et al. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics* 1999; 103:1353-1358.
55. Schum, T. R., Kolb, T. M., McAuliffe, T. L., Simms, M. D., Underhill, R. L., and Lewis, M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. *Pediatrics*. Disponível em: PM:11875176. Acesso em: setembro 2003.
56. Goldraich NP, Gonçalves LG. Attainment of bladder and bowel control in healthy 0-6 years children: steps, duration of training period, and diurnal wetting (no prelo, 2003). 2003.
57. Issenman RM, Filmer RB, Gorski PA. A review of bowel and bladder control development in children: how gastrointestinal and urologic conditions relate to problems in toilet training. *Pediatrics* 1999; 103:1346-1352.
58. Sureshkumar P, Craig JC, Roy LP, Knight JF. Daytime urinary incontinence in primary school children: a population-based survey. *J Pediatr* 2001; 137:814-818.
59. Cubbin C, Smith GS. Socioeconomic inequalities in injury: critical issues in design and analysis. *Annu Rev Public Health* 2002; 23:349-375.
60. Fonseca SS. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. *J Pediatría* 2002; 78:97-104.
61. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. American Academy of Pediatrics. Task force on infant sleep position and sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 2000; 105:650-656.
62. Bittencourt PF, Camargos PA. Aspiração de corpos estranhos. *J Pediatría* 2002; 78:9-18.
63. Sociedade Brasileira de Pediatria, FIOCRUZ, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência. 2. ed. Rio de Janeiro: 2001.
64. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco. Polígrafo; 2003.
65. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: 2002.

66. Didaticamente, quais e como são as formas mais comuns de maus tratos? Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br>. Acesso em: 16 setembro 2003.
67. Reconhecendo os diferentes tipos de violência. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br>. Acesso em: 16 setembro 2003.
68. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. CMAJ 2000; 163:1451-1458.
69. Bartoshuk IM. Chemical sensation. In: Pollack RL, Kravitz E, editors. Nutrition in oral health and disease. Philadelphia: Lea & Febiger; 1985: 53-67.
70. Figueiró MC, Reis IC, Caudfield PW. Transmissibilidade da doença cárie entre mães e filhos adotivos. J ABOPREV 2000; 3-4.
71. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. Morb Mortal Wkly Rep (MMWR) 1999; 48:933-940.
72. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1999; 104:348-350.
73. Cavalcanti AL, Valença AM, Duarte RC. A odontopediatra diante dos maus-tratos infantis: diagnóstico e conduta. J Bras Odontoped Odonto Bebê 2000; 3:451-455.
74. Neiva A. Análise in vitro da concentração de sacarose e pH de antibacterianos de uso pediátrico. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2001; 1:9-16.
75. Mueller DH, Kravitz E, Pollack RL. Nutrition for infants, children and adolescents. In: Pollack RL, Kravitz E, editors. Nutrition in oral health and disease. Philadelphia: Lea & Febiger; 1985: 32-41.
76. Forte FD, Bosco VL. Prevalência de mordida aberta anterior e sua relação com hábitos de sucção não nutritiva. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2001; 1:3-8.
77. Valença AM. Prevalência e características dos hábitos orais em crianças. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2001; 1:17-22.
78. Corrêa Filho L, Corrêa MH, França PS. Novos olhares sobre gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E; 2002.
79. Programa Pré-Nenê. Pré-saber.2. Porto Alegre, Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde, Centro de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação em Saúde; 1997.
80. Falceto OG. A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS; 2002.

VI LEITURA COMPLEMENTAR

McGoldrick, M., Carter, B. e cols. As mudanças no ciclo de vida familiar - 2ª ed., Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995

Ana Cecilia Silveira Lins Sucupira, Lucia Ferro Bricks, Maria Elizabeth B. A. Kobinger, Maria Ignez Saito e Sandra Maria Callioli Zuccolotto. Pediatria em Consultório. 4ª edição. Sarvier. 2000

Whitaker, C.A. ; Bumberry, W. M. Dançando com a família: Uma abordagem simbólico experiencial.

Porto Alegre: Artes Médica, 1990. 159p.

Duarte Bornholdt & Castro. A Prática da Psicoterapia Infantil. 5ª edição. Porto Alegre, Artes Médicas. 1998

Desmame Precoce e relações familiares. Tese de Doutorado. Dra Olga Falceto. UFRGS. 2002

Falceto O.G., Fernandes C.L.C, Wartchow E.S. O Médico, Paciente e sua Família. In: Duncan BB, Schmidt MI & Giugliani E. Medicina Ambulatorial. 3ª edição, Porto Alegre. Artmed. 2004.

VI ANEXOS

6.1 Técnicas da Antropometria

6.1.1 Peso

Crianças até dois anos: utilizar balança tipo “bebê”, com capacidade para 16 kg e escalas com intervalos de até 10 g.

Crianças maiores de dois anos: utilizar balança tipo “plataforma”, também usada para adultos, com intervalos na escala de 100g.

Procedimentos

1 - A criança deve estar completamente despida e descalça.

2 - Colocar a balança em local plano, afastada da parede e a uma altura que permita uma boa visualização da escala.

3 - Destruar e tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem.

4 - Colocar a criança pequena, deitada ou sentada, no meio do prato da balança. A criança maior deve ficar em pé, no centro da plataforma, com os braços estendidos ao longo do corpo.

5 - Mover o marcador maior do 0 (Zero) da escala até um determinado ponto que evidencie mais peso que o real da criança (braço da balança inclinado para baixo).

6 - Mover o marcador maior em sentido contrário e, se necessário, o marcador menor, até haver equilíbrio entre o peso evidenciado na escala e o peso da criança (braço da balança em linha reta).

7 - Ler o peso da criança em quilos (Kg) na escala maior e em gramas (g) na escala menor.

8 - Anotar o peso e marcá-lo no gráfico, ligando-o ao ponto anterior e completando o traçado de crescimento da criança.

9 - Colocar novamente o marcador no ponto zero da escala e travar a balança após cada pesagem.

6.1.2 Comprimento

A criança com até dois anos de idade deverá ser medida deitada, sem fraldas, calçados e meias.

Procedimentos

1 - Deitar a criança em uma superfície plana (sem colchonete), de barriga para cima.

2 - Ajustar a superfície fixa do antropômetro à cabeça da criança, formando com a mesma um ângulo de 90°.

3 - Com uma das mãos sobre o joelho da criança, estender os membros inferiores de forma a ficarem bem encostados à superfície da mesa, próxima à marcação métrica. Com a outra mão, ajustar a parte móvel do antropômetro à planta dos pés da criança, verificando se a mesma está em posição vertical, de modo a formar um ângulo de 90° com a superfície móvel do antropômetro.

4 - Anotar os centímetros e os milímetros.

6.1.3 Altura

As crianças maiores de 24 meses deverão ser medidas com auxílio de fita métrica e esquadro ou balança antropométrica.

a) Aferição com o uso de esquadro e fita métrica

Procedimentos

1 - Fixar uma fita métrica à parede, sendo o ponto zero colocado junto ao chão.

2 - Retirar os sapatos e as meias da criança e colocá-la de pé no chão, de costas para a parede, com os pés paralelos e os tornozelos unidos.

3 - As nádegas, os ombros e a parte posterior da cabeça devem tocar a fita métrica, os braços devem ficar soltos ao longo do corpo.

4 - A cabeça deve ser posicionada de forma que a parte inferior da órbita ocular esteja no mesmo plano horizontal do orifício externo do ouvido.

5 - Posicionar o esquadro na linha imaginária que divide a cabeça da criança ao meio, de forma que ele encoste na cabeça e na parede.

6 - Proceder a leitura dos centímetros e milímetros junto à borda inferior do esquadro, colocado sobre a marcação métrica fixada na parede. Anotar o resultado da medição.

b) Aferição com balança antropométrica

1- Retirar os sapatos e meias da criança e colocá-la em pé na plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo, com os pés paralelos e os tornozelos unidos de costas para a marcação métrica.

2 - Observar que as nádegas, os ombros e a parte posterior da cabeça toquem a marcação milimétrica.

3 - Posicionar a cabeça de forma que a parte inferior da órbita ocular esteja no mesmo plano horizontal do orifício externo do ouvido.

4 - Descer a haste móvel até tocar a cabeça da criança, fazendo a leitura correspondente. Anotar o resultado da medição

6.1.4 Perímetro Cefálico

O perímetro cefálico deve ser medido com fita métrica, não distensível, passando-a sobre a glabella (protuberância do osso frontal, logo acima do nariz) e da protuberância occipital.

6.2. Técnica para aferição da Pressão Arterial ^{26,27,30}

a) Instrumento: manômetro e manguitos

Há 2 tipos de manômetros: de mercúrio e os aneróides. Os de mercúrio são os mais confiáveis, por serem mais acurados. Eles não necessitam de

calibragem. Os aneróides são os mais usados. São menores, necessitam de calibragem (são aferidos pelo INMETRO, pelo menos uma vez por ano, tendo como padrão um manômetro de mercúrio). São estes que estão disponíveis nos serviços.

Antes de medir a PA é muito importante verificar se o manômetro está calibrado

Há 3 larguras de manguitos pediátricos padronizados com 5, 7 e 9 cm. O manguito adulto tem 12 cm. Manguitos padronizados têm sempre comprimento proporcional a sua largura. As referências à largura do manguito se aplicam somente à borracha inflável.

b) Seleção do manguito apropriado:

O manguito de tamanho apropriado deve obrigatoriamente:

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

Exemplo:

- medida da distância entre o acrômio e o olégrano: 18 cm
- dividir por 2 = 9 cm
- marcar este ponto (9cm) no braço da criança
- medir a circunferência do braço neste ponto: 20 cm
- calcular 40% deste valor: 8 cm
- largura do manguito a ser escolhido: 9 cm (como não há manguitos com 8cm de largura, deve ser escolhido o de 9cm)

Um manguito de tamanho apropriado é essencial para a medida correta de PA.

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

A PA deve ser medida e registrada pelo menos 2 vezes em cada ocasião

Aferição da PA:

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

- a) local do exame: deve ser calmo e com temperatura agradável, contribuindo para o relaxamento do paciente;
- b) descanso prévio: de 5 a 10 minutos;
- c) explicar o procedimento para o paciente e para o seu responsável;
- d) perguntar ao paciente ou responsável: se está com a bexiga cheia (em caso afirmativo, o paciente deverá urinar antes da medida), se praticou exercícios físicos intensos ou se ingeriu bebida com cafeína ou alimentos até 30 minutos antes da medida da PA;
- e) posição para medida da PA: a partir da idade pré-escolar, a criança deverá estar sentada. Lactentes podem estar sentados ou na posição supina;
- f) o braço direito deverá estar totalmente exposto, sem qualquer vestimenta;
- g) localizar a artéria radial por palpação;
- h) colocar o manguito adequado, deixando espaço na fossa cubital para o estetoscópio e não obstruindo

do a axila, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;

- i) posicionar o braço do paciente na altura do átrio direito;
- j) os olhos do observador devem estar no nível do mostrador do manômetro aneróide;
- k) palpar o pulso radial e inflar o manguito até 20 mmHg acima do desaparecimento do pulso;
- l) colocar a campânula do estetoscópio sobre a fossa cubital, sem realizar pressão excessiva;
- m) desinsuflar o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/segundo. A cada medida, o esfigmomanômetro deverá ser completamente esvaziado até o zero;
- n) determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff);
- o) determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);
- p) registrar: os valores de PA sistólica e diastólica, a posição da criança (sentada ou deitada), o estado da mesma (agitada, calma, etc), tamanho do manguito, braço em que foi feita a medida e a frequência cardíaca;
- q) esperar cerca de 5 minutos antes de realizar nova medida em outra posição (em decúbito ou ortostatismo).

Tabelas pediátricas padronizadas

As tabelas apresentadas a seguir são as usadas atualmente para classificar os valores de PA sistólica e diastólica.^{27,28} 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 anteriormente.

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: IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br> e <http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/default.asp>. Acesso em: 16 setembro 2003.²⁸

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: IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br> e <http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/default.asp>. Acesso em: 16 setembro 2003.²⁸

Como usar as tabelas:

- medir a altura da criança e determinar o percentil de altura, de acordo com o sexo e a idade do paciente, usando as tabelas do NCHS, disponíveis neste protocolo;
- na tabela de PA, verificar quais os valores de PA sistólica

- e diastólica que correspondem aos percentis 90 e 95 para a idade, sexo e percentil de altura da criança;
- comparar esses valores com os medidos no paciente, indicando se os valores estão abaixo do percentil 90, entre o 90 e 95 e acima do percentil 95.

6.3. Documentos utilizados no PRÁ-NENÊ - Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida

6.3.1 Declaração de Nascido Vivo

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo Nº 5094011

Localização

Cidade: _____ Código: _____ Registro: _____ Data: _____

Município: _____ UF: _____

Local de Observação

Local de Observação: 1 - Hospital 2 - Outro estabelecido 3 - Domicílio 4 - Outrora 5 - Ignorado

Estabelecimento: _____ Código: _____

Endereço de ocorrência, se fora do estado, ou do local de nascimento (Rua, praça, avenida, etc): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Cidade: _____ Código: _____ Município de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____

Nome da mãe _____ RSC: _____

Mãe

Nome: _____ Estado civil: 1 - Solteira 2 - Casada 3 - Viúva 4 - Separada 5 - União consorciada 6 - Ignorada

Profissão: 1 - Sem profissão 2 - De 1 a 5 3 - De 6 a 7 4 - De 8 a 11 5 - 12 a mais 6 - Ignorado

Ocupação habitual e nome de atividade: _____ Código: _____

Nome do filho(a) em gestações anteriores (com data de nascimento): _____

Residência da mãe

Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Cidade: _____ Código: _____ Município: _____ Código: _____ UF: _____

Parto

Ordem da gestação (em ordem): 1 - Menor de 21 2 - De 22 a 27 3 - De 28 a 31 4 - De 32 a 35 5 - De 36 a 41 6 - Mais de 42 7 - Ignorada

Tipo de gravidez: 1 - Simples 2 - Dupla 3 - Tripla/multipla 4 - Ignorada

Tipo de parto: 1 - Vaginal 2 - Cesáreo 3 - Ignorado

Resumo do curso da pré-natal: 1 - Nenhum 2 - De 1 a 2 3 - De 3 a 5 4 - 6 ou mais 5 - Ignorado

Nascimento

Nome do bebê: _____ Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado

Estados de saúde: 1 - Bem 2 - Não 3 - Ignorado

Quart: _____

Observações

Prégores detectados na mãe: _____

Risco detectado na criança: _____

Assinatura

Responsável pelo preenchimento: _____

Nome: _____ Função: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Data: _____

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

6.3.2 Relação de Nascimentos por Unidades de Saúde (RNUS)

Relação de Nascimentos por Unidade de Saúde - 2004

Unidade	1 U.S. Restinga		Gerência Distrital	Restinga Extremo Sul
DNV 16003355	Local de nascimento hospital		Hospital	HOSPITAL MI PRESIDENTE VARGAS
Nome da mãe			Idade 22 anos	Escolaridade de 8 a 11 anos de estudo
Endereço			Nº consultas pré-natal	Baixo Risco
Data de nascimento 29/8/2004	Sexo masculino		Duração da gestação de 37 a 41 semanas	
Tipo de gravidez única	Peso 2460 gramas		Apgar 5º minuto 10	
DNV 16003399	Local de nascimento hospital		Hospital	HOSPITAL MI PRESIDENTE VARGAS
Nome da mãe			Idade 31 anos	Escolaridade de 8 a 11 anos de estudo
Endereço			Nº consultas pré-natal ignorado	Baixo Risco
Data de nascimento 3/9/2004	Sexo feminino		Duração da gestação de 37 a 41 semanas	
Tipo de gravidez única	Peso 3260 gramas		Apgar 5º minuto 10	
DNV 16004388	Local de nascimento hospital		Hospital	IRM SANTA CASA MISERICORDIA
Nome da mãe			Idade 25 anos	Escolaridade nenhuma
Endereço			Nº consultas pré-natal de 1 a 3	Alto Risco
Data de nascimento 13/8/2004	Sexo masculino		Duração da gestação	
Tipo de gravidez única	Peso 3040 gramas		Apgar 5º minuto 10	
DNV 16004426	Local de nascimento hospital		Hospital	IRM SANTA CASA MISERICORDIA
Nome da mãe			Idade 21 anos	Escolaridade de 8 a 11 anos de estudo
Endereço			Nº consultas pré-natal 7 e mais	Baixo Risco
Data de nascimento 8/8/2004	Sexo masculino		Duração da gestação de 37 a 41 semanas	
Tipo de gravidez única	Peso 3880 gramas		Apgar 5º minuto 10	



Prefeitura Municipal de Porto Alegre -
Secretaria Municipal da Saúde -
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
Equipe de Informações
**Programa de Vigilância da
Saúde das Crianças no
Primeiro Ano de Vida**



Pré - Natal	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Local	<input type="checkbox"/> Serviço de Saúde _____
	<input type="checkbox"/> Hospital _____
	<input type="checkbox"/> Convênio/particular _____

Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento
(devolva esta ficha à Equipe de Informação/CGVS após o 1º atendimento e após a avaliação do 12º mês)

1 - Identificação	2 - Visitas Domiciliares
Serviço: _____	Foram realizadas VD para o chamamento da 1ª Consulta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DNV _____ Número Substituto (na Falta do nº da DNV) _____	Data 1ª VD ____/____/____
Ficha Família _____	Data 2ª VD ____/____/____
Hospital _____	
Data Nascimento ____/____/____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nome criança _____	
Nome mãe _____	
Endereço _____ nº _____	
Vila _____ Bairro _____ Área Atuação <input type="checkbox"/> Dentro <input type="checkbox"/> Fora	

3 - Informações sobre a 1ª consulta	
<input type="checkbox"/> SIM houve consulta	Onde Ocorreu?
	<input type="checkbox"/> Serviço Saúde, espontânea
Data: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Serviço Saúde, após VD
	<input type="checkbox"/> Domicílio, casos especiais
<input type="checkbox"/> NÃO houve consulta. Qual foi a razão?	
<input type="checkbox"/> óbito	
<input type="checkbox"/> família não fez contato após 2ª VD	
<input type="checkbox"/> endereço não localizado	
<input type="checkbox"/> mudança de endereço	
<input type="checkbox"/> criança hospitalizada	
<input type="checkbox"/> família busca outro Serviço	
<input type="checkbox"/> não é do território	<input type="checkbox"/> outra situação

4 - Caracterização do Risco (marque com X o campo do risco identificado)

Indicadores	ALTO RISCO			BAIXO RISCO		
	Até 2 m	6 m	12 m	Até 2 m	6 m	12 m
Peso ao Nascer [____]g	<2500 g	6		≥ 2500g	0	
Duração da Gestação	< 37 semanas	4		≥ 37 semanas	0	
Aleitamento Materno	Suspensão/Misto	6		Exclusivo	0	
Gestação Gemelar	Sim	2		Não	0	
Hospitalização últimos 2 meses*	Sim	2	4	4	Não	0
Malformação Congênita*	Sim	1	1	1	Não	0
Idade Mãe [____] anos	≤ 15 anos	6	6	6	≥ 18 anos	0
	16 e 17 anos	3	3	3		
Escolaridade Materna	≤1º grau incomp	2	2	2	≥1º grau comp	0
Óbito filho < 5 anos	Sim	4	4	4	Não	0
Demais filhos morando junto	> 3 filhos	2	2	2	≤ 3 filhos	0
Consultas de Pré-Natal	0 a 2 consultas	2			≥ 6 consultas	0
	3 a 5 consultas	1				
Renda per capita	< 1 salário min.	3	3	3	≥ 1salário min.	0
Problemas familiares e Socioeconômicos: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infra-estrutura e outros	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0
Problemas da Criança: problemas importantes que interferiram no crescimento ou desenvolvimento	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0
Vacinas	Em atraso	4	4	4	Em dia	0
Avaliação do desenvolvimento	Suspeito		3	3	Normal	0
	Com problemas		6	6		
Altura/Idade	< Percentil 10		6	6	≥ Percentil 10	0
Peso/Altura	< Percentil 10		6	6	≥ Percentil 10	0
Peso/Idade	< Percentil 10		6	6	≥ Percentil 10	0
Pontos somados	TOTAL				TOTAL	0

* Pontuação pode ser aumentada utilizando as variáveis com pontos em aberto (Problemas Familiares e da Criança)

Considerar como **ALTO RISCO** quando o total de **pontos somados** for **maior ou igual a 6**

Técnico responsável pelo preenchimento

Até 2º mês _____

6º mês _____

12º mês _____

5 - Aleitamento Materno

Exclusivo até |__|_|__| dias ou |__|_|__| meses.

Misto até |__|_|__| dias ou |__|_|__| meses

Não Amamentou |__|_| Motivo: _____ |__|_|

6 - Crescimento (Registre mensalmente **Peso** e **Altura**)

	Data	Peso	Altura	Altura/ Idade	Peso/ Altura	Peso/ Idade
Ao nascer	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
1 ^o cons.(dias)		_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
1 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
2 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
3 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
4 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
5 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
6 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
7 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
8 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
9 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
10 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
11 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _
12 ^o mês	___/___/___	_ _ , _ _ _ g	_ _ , _ _ _ cm	_ _	_ _	_ _

7 - Desfecho
 Considerar **acompanhada** quando a criança tiver no mínimo **4 consultas no 1º semestre e 3 consultas no 2º semestre** de vida.

A criança teve o acompanhamento mínimo preconizado?
 Sim Não

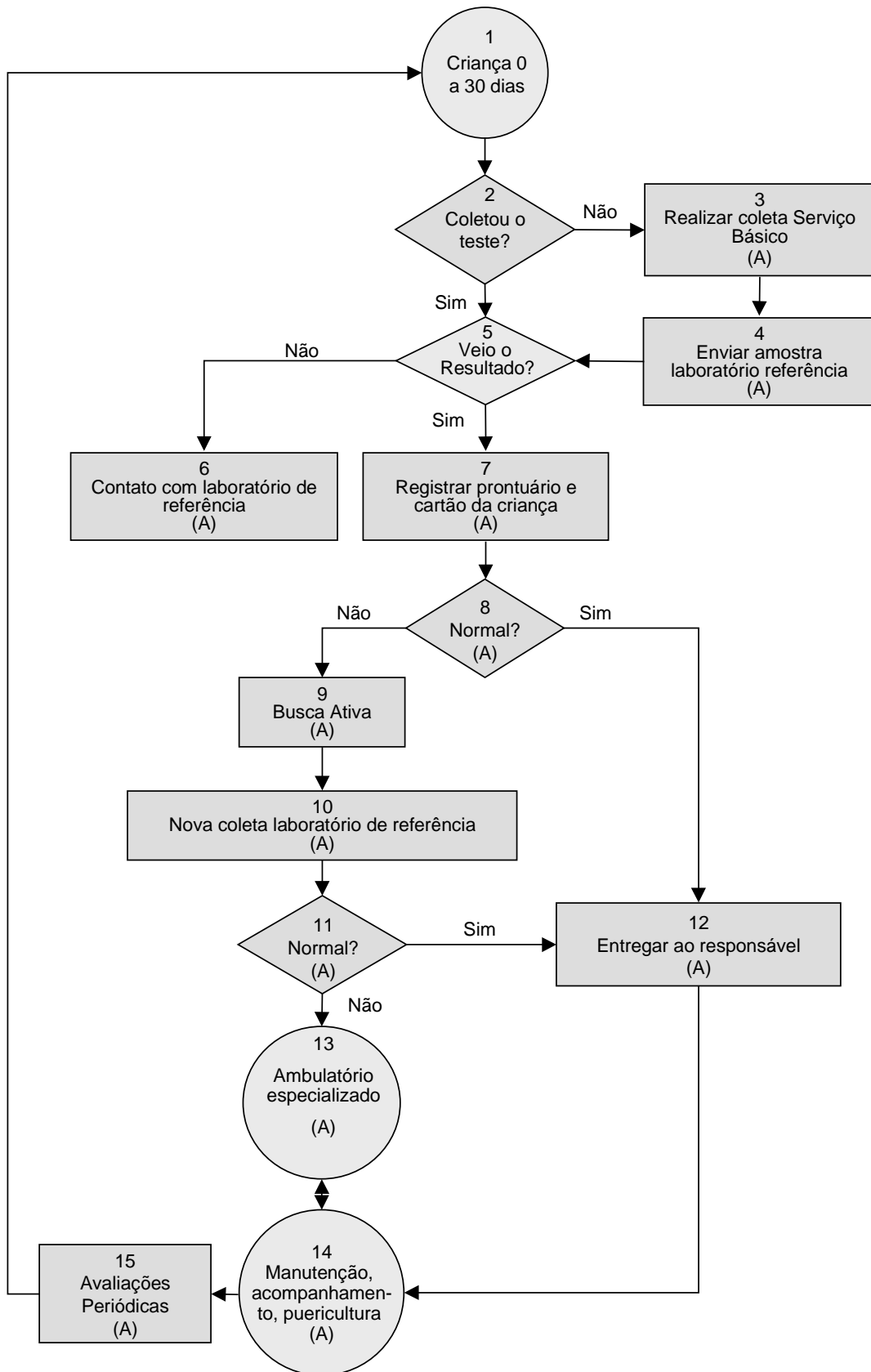
Se **Não**, qual foi a razão?
 óbito
 família não fez contato após 2ª VD
 endereço não localizado
 mudança de endereço
 criança hospitalizada
 família busca outro Serviço de Saúde
 número consultas inferior preconizado
 outra situação

Caso tenha ocorrido óbito, informar a data:
 ___/___/___

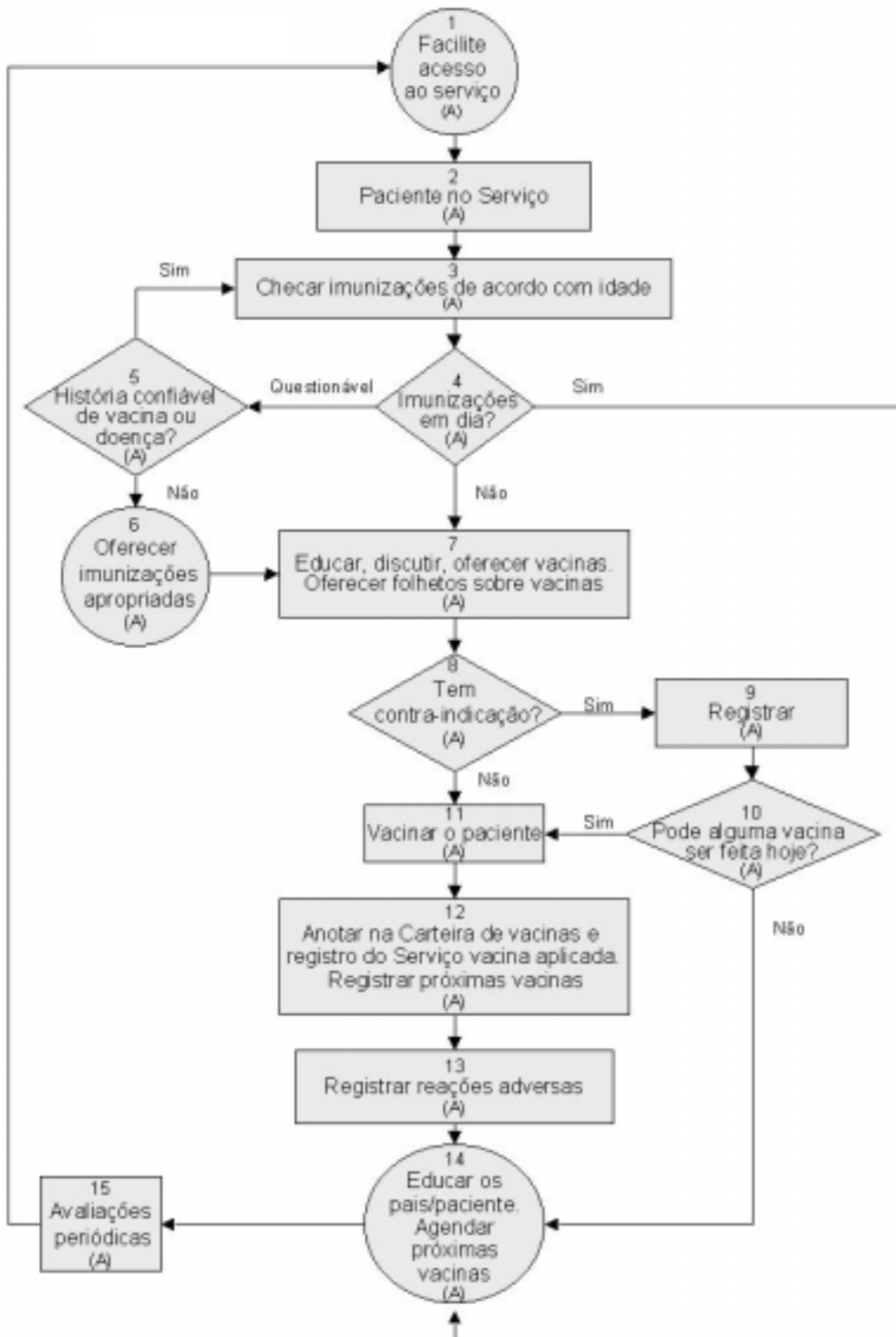
Houve VD para buscar a criança faltosa após ter iniciado o acompanhamento?
 Sim Não

8 - Observações
 Registre aqui problemas que possam interferir no crescimento e desenvolvimento da criança (como doenças transmissíveis, hospitalizações) ou outras situações em relação ao Programa.

6.4 Algoritmo do Teste do Pezinho



6.5 Algoritmo de Imunizações



6.6 Conselhos Tutelares

O Conselho Tutelar é o órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90. Têm a responsabilidade de garantir que todos os problemas envolvendo crianças e adolescentes sejam tratados no campo social, visando a cidadania dos mesmos. Suas atribuições são de fiscalizar, encaminhar denúncias, realizar atendimentos, bem como requisitar serviços públicos na área de educação, saúde, serviço social, previdência, trabalho e segurança. Fiscalizam também entidades governamentais e não governamentais quanto à atuação no atendimento à criança e ao adolescente.

PLANTÃO CENTRALIZADO

Rua Coronel Vicente, 43, Centro, F: 3226-5788, Fax: 3225-5481.

Horário: de 2º a 6º feira, das 18h às 8h horas, domingos e feriados – 24 horas

CORREGEDORIA DOS CONSELHOS TUTELARES

Trav. Francisco Leonardo Truda, 40/14º andar, Centro, de 2º a 6º feira, das 8h às 12h. F: 3221-4508

Horário de funcionamento das microrregiões: de 2º a 6º feira, das 8h às 12h e das 13h às 18h; às 3º feiras o expediente é interno.

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 1

Rua Dr João Inácio, 549, Navegantes,

F: 3343-5470, Fax: 3343-0676

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 2

Av. Maria Josefa da Fontoura, 424, Sarandi,

F: 3364-1977, Fax: 3364-1977

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 3

Rua São Felipe, 140, Bom Jesus, F: 3381-5430, Fax: 3338-3995;

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 4

Rua Manoel Vitorino, 10, Partenon, F: 3339-2233, Fax: 3339-2233;

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 5

Av. Moab Caldas, 125, Medianeira, F/Fax: 3231-6620

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 6

Av. Eduardo Prado, 1974, Cavalhada, F/Fax: 3246-7311

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 7

Rua Eugênio Rodrigues, 4950, Restinga, F/Fax: 3250-1515

CONSELHO TUTELAR – MICRORREGIÃO 8

Rua Demétrio Ribeiro 581, Centro

F: 3226-5788, Fax: 3221-7006.