

DÉFICIT DE CRESCIMENTO OU BAIXO PESO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Astrid Berg

Editores: Bianca Besteti Fernandes e Yoichi Takaki Konno

Tradutores: Bruno Queiroz Luz Hirano e Edilberto Vasconcelos Pereira Júnior



Uma família javanesa em
Tasik Malaya, Java (Foto:
CH Graves, c1902)

Astrid Berg MB ChB,
FCPsych (SA), M Phil
(Psiquiatria Infantil e
Adolescente)

Memorial do Hospital da Cruz
Vermelha, Hospital Infantil e
Universidade da Cidade do
Cabo, Cidade do Cabo, África
do Sul.

Conflito de interesse: nenhum
declarado.

Esta publicação destina-se a profissionais de formação ou prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam necessariamente os pontos de vista da Editora ou da IACAPAP. Esta publicação visa descrever os melhores tratamentos e práticas baseadas na evidência científica disponível no momento da escrita, avaliada pelos autores e podem ser alterados como resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento para os pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país de prática. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar o medicamento específico e informações uma vez que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e websites são citados ou linkados para ilustrar os problemas ou como uma fonte de informações complementares. Isso não significa que os autores, o editor ou IACAPAP estão a endossar seu conteúdo ou recomendações, que devem ser criticamente avaliadas pelo leitor. Sites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2012. Esta é uma publicação de acesso aberto sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio é permitida sem autorização prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o uso não seja comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmreyATbigpond.net.au

Citação sugerida: Berg A. Failure to thrive or weight faltering in a primary health care setting. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

A primeira preocupação de uma mãe é sobre se ela pode manter a vida e o crescimento de seu bebê (Stern, 1995). Alimentar o bebê e vê-lo se desenvolver é uma tarefa primordial que todos os pais desejam cumprir. A maioria das mães quer apenas o melhor para seus filhos. Por sua vez, a criança possui uma natureza inata de avançar, crescer e progredir - criança deve prosperar. Infelizmente, este direito fundamental está em falta para muitas crianças em todo o mundo. Quando as coisas dão errado, quando o crescimento do bebê é impedido por qualquer motivo, torna-se um problema grave e profundo para os pais. Vale a pena refletir sobre isso, ou seja, nomear essa condição de “falha de crescimento”: ele não significa um fracasso por parte do prestador de cuidados? Isto não seria uma injustiça para os pais? No futuro podemos considerar “peso vacilante” como melhor, termo menos pejorativo para descrever esta condição.

A alimentação varia consideravelmente entre as crianças durante a infância e os problemas de alimentação são muito comuns, afetando até 30% das crianças dependendo de como são definidos os tais problemas. No entanto, distúrbios de alimentação são ainda pouco entendidos. As causas dos problemas de alimentação infantil são multifatoriais, não são bem conhecidas e sobrepõem as áreas de pediatria e saúde mental, embora causas físicas precisem ser sempre excluídas.

Uma pesquisa mostrou que, nos países em desenvolvimento, as crianças com idade inferior a 5 anos são impedidas de alcançar o seu pleno potencial por causa da exposição a múltiplos fatores de risco. A pobreza tem um papel central na saúde mental em geral para adultos (Lund C et al, 2010), mas sobretudo para as crianças. A desnutrição nos primeiros anos tem graves consequências para o desenvolvimento do cérebro (Grantham-McGregor et al, 2007), o que poderia prejudicar futuramente os filhos quanto à capacidade de aprender e progredir na escola. O efeito adverso a longo prazo de não prosperar na capacidade cognitiva não deve ser ignorado; estima-se que seja em torno de quatro pontos de QI. (Corbett & Drewett, 2004)

É importante que os profissionais de saúde da criança saibam que a desnutrição não é simplesmente uma questão de ingestão inadequada de alimentos ou doença física, mas que pode ser uma manifestação de fatores que deram errado na relação entre mãe e filho. O termo alimentação implica que uma relação de mão dupla faz parte do ato de comer na primeira infância (Chatoor, 2002) - existe uma interação delicada entre mãe e filho na situação de alimentação. Enquanto a Organização Mundial da Saúde reconhece a importância da estimulação para crianças pequenas, não deixa de enfatizar a centralidade da relação cuidador-criança na real situação de alimentação.

Este capítulo foca especificamente na prioridade que pode ser dada ao relacionamento entre cuidador e criança dentro do contexto de um ambiente de cuidados de saúde primários num país em desenvolvimento como a África do Sul. As categorias que descrevem as várias razões para peso vacilante são descritas. O foco como um todo será na criança muito jovem, com menos de 12 meses, tendo em vista que os efeitos dos problemas iniciais neste domínio vão muito além do primeiro ano de vida. A palavra “Mãe” é utilizada para designar o adulto que é o cuidador principal e que cumpre as tradicionais funções “maternais”. Não exclui outros cuidadores, como pai, avós, cuidadores diaristas e pais adotivos.

DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO

Falha de crescimento pode ser considerada como um termo genérico que se refere

Alimentação

O termo “alimentação” implica uma relação de mão dupla, uma delicada interação entre mãe e filho na situação de alimentação.

descritivamente a um crescimento inadequado, devido a uma deficiência nutricional. “Falha de crescimento” é muitas vezes usado na prática clínica para significar que o peso ou a taxa de ganho de peso de uma criança atualmente são significativamente abaixo do esperado de crianças semelhantes do mesmo sexo e idade. Não há nenhuma medida que seja definitivamente aceita para diagnosticar a doença; na prática se faz o diagnóstico quando o peso de uma criança para determinada idade cai abaixo do quinto percentual do gráfico de crescimento padrão (ver Apêndice B.2.1 - em inglês). Apesar do déficit de crescimento ter sido uma vez classificado em orgânico e não-orgânico, agora é visto como o resultado da interação entre o ambiente e a saúde, o desenvolvimento da criança e o comportamento (Gahagan, 2006). Alimentação bem sucedida é necessária não apenas para sobrevivência física, mas também está vinculada com o desenvolvimento geral da criança.

DSM-IV e DC: sistemas de classificação 0-3R

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) define “alimentação e transtornos da infância ou início da infância” como um fracasso persistente para comer resultando adequadamente em fracasso significativo para ganhar peso ou perda significativa de peso ao longo de pelo menos um mês, e o distúrbio não é devido a uma comorbidade gastrointestinal ou outra condição médica geral. Esta definição é contudo limitada, uma vez que não inclui as subcategorias ou grupos que são evidentes quando se trabalha com crianças muito pequenas que apresentam peso vacilante.

A *Diagnostic Classification: Zero to Three Revised Edition (DC0-3R)* (Zero to Three, 2005) revisada faz uso das categorias originalmente descritas por Chatoor (2002). De acordo com DC0-3R, o diagnóstico de *distúrbio de comportamento alimentar* deve ser considerado quando um bebê ou criança tem dificuldade no estabelecimento de padrões regulares de alimentação. Como já foi dito, a ingestão de alimento nesta fase inicial da vida não é uma atividade isolada, mas parte integrante da relação que existe entre o cuidador e o bebê. Quatro fases de distúrbio de comportamento alimentar são descritos - estes podem tornar-se evidentes durante fases específicas de desenvolvimento desde as primeiras semanas de vida até a primeira infância:

- *Transtorno de alimentação do estado de regulação.* Dificuldade com a alimentação torna-se evidente durante o período neonatal. Lactentes jovens devem chegar a um estado de alerta calmo, a fim de se alimentar com sucesso. Crianças vulneráveis podem ter dificuldade em chegar a este estado de alerta calmo - um cuidador em sintonia vai ser capaz de ajudar seu filho atingir e manter um estado ideal para a alimentação. No entanto, se o cuidador é sobrecarregado ou deprimido, ele pode ter dificuldade em ajudar a criança a atingir este estado de alerta calmo.
- *Transtorno de alimentação de reciprocidade cuidador-bebê.* Entre 2 e 6 meses de idade a criança se envolve afetivamente com o cuidador. Vocalizações recíprocas, contato dos olhos e proximidade física são as principais características desta fase, que Daniel Stern chamou de “período mais exclusivamente social da vida” (Stern, 1985). É assim de se esperar que, se o cuidador é incapaz de responder as pistas do bebê, a alimentação pode ficar afetada. De acordo com Chatoor (2002), essas crianças poderiam ser chamadas de “negligenciadas”, na medida em que suas mães muitas vezes sofrem de problemas psiquiátricos, tais como doenças afetivas e abuso de substâncias. Por causa da desorganização psíquica, elas são incapazes de estar suficientemente em sintonia com os sinais de seus filhos. No entanto, a associação de transtornos mentais graves com transtorno alimentar de reciprocidade cuidador-criança pode ser mais aplicável a países de alta renda. Em países de renda média baixa, a perturbação das mães é

A falha de crescimento pode ser considerada como um guarda-chuva descritivo para bebês ou crianças que têm dificuldade em estabelecer padrões alimentares regulares e não ganham o peso esperado.



Foto: Kent Page, UNICEF, DRC, 2003.

muitas vezes uma forma mais reativa a eventos estressantes com que elas têm de lidar diariamente. Estas dificuldades são a causa de preocupação e afeto depressivo que por sua vez pode ser responsável por uma falta de sensibilidade aos sinais de seu filho, dando assim origem a um distúrbio alimentar de reciprocidade. Isso não implica, necessariamente, negligência ou perturbação mental grave na mãe.

- *Anorexia Infantil.* Esta desordem se torna aparente entre as idades de 6 meses e 3 anos. Chatoor (2002) vincula a dificuldades na fase de desenvolvimento da separação e de individualização, como descrito por Margaret Mahler (1972). Se pistas da criança não têm sido entendidas e pedidos de conforto foram respondidos com alimentação, a criança confunde fome com experiências emocionais e aprende a comer ou não comer em resposta à sentimentos negativos. Comer pode, então, tornar-se um campo de batalha, resultando em uma regulação externa da alimentação pelos pais. Esta condição causa enorme ansiedade nos pais, que podem recorrer a medidas extremas, a fim de persuadir seu filho para comer.
- *Aversões sensoriais alimentares.* Estas tornam-se evidentes quando as transições infantis de comida de bebê para a comida da casa. Estas crianças estão muito conscientes de vários estímulos sensoriais e podem responder ao sabor, textura, aroma e aparência de certos alimentos. Elas podem apresentar reações aversivas quando alimentos específicos são colocados em suas bocas e são geralmente relutantes em experimentar novos alimentos, muitas vezes resultando numa dieta restrita.

Desordem alimentar associada com condição médica simultânea e doença alimentar associada com insultos ao trato gastrointestinal não serão tratadas aqui visto que elas não são relacionadas ao desenvolvimento e podem, assim, ser vistas em qualquer idade.

INSUFICIÊNCIA DE CRESCIMENTO, APEGO E SENSIBILIDADE MATERNA

DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) incluiu *deficiência de crescimento* sob o diagnóstico de *transtorno afetivo reativo*; no entanto, no momento em que o DSM-III

(American Psychiatric Association) apareceu em 1987, a ligação entre déficit de crescimento e transtorno afetivo reativo foi eliminada (Boris & Zeanah, 2005). Pesquisas posteriores mostraram que a maioria das crianças com déficit de crescimento não satisfazem os critérios para transtorno afetivo reativo. Irene Chatoor e colegas (1998) chegaram à conclusão de que os problemas de alimentação e deficiências de crescimento podem ocorrer dentro de um contexto organizado afetivamente e de relacionamentos seguros. No entanto, uma ampla relação entre déficit de crescimento e da relação entre mãe e bebê pode ser facilmente feita, mesmo que os critérios para transtorno afetivo não sejam observados.

A relação de afeto é construída, em grande medida, na capacidade da mãe para estar em sintonia com o seu filho. De seus estudos, Uganda Mary Ainsworth formulou o conceito de sensibilidade materna aos sinais infantis, que ela correlaciona com a segurança afetiva mais tarde (Bretherton, 1992). As mães que estão deprimidas ou preocupadas tendem a ser menos disponíveis para responder às suas crianças prontamente e apropriadamente (Patel et al, 2004). Esta falta de sensibilidade pode ser manifestada na situação da alimentação - que durante o primeiro ano de vida é a principal tarefa da mãe e principal necessidade física da criança. O que é, então, necessário, é que as mães estejam cientes dessa ligação e ajudem-os tornando-se sensíveis a seus bebês no cotidiano na situação alimentar.

ALIMENTAÇÃO RESPONSIVA

Os programas de nutrição e de cuidados de saúde primários enfatizam práticas concretas de alimentação e a dieta real aplicada (Bourne et al, 2007; Bowley et al, 2007; Cattaneo et al, 2008), muitas vezes sem mencionar o fato de que a alimentação em crianças pequenas é incorporada na relação com o cuidador. No entanto é encorajador notar que ao longo da última década, tem havido um aumento da consciência da necessidade de que uma criança tenha um cuidador sensível, também na situação da alimentação. Assim, o conceito de alimentação responsiva foi desenvolvido e está sendo incorporado na literatura científica, bem como programas de nutrição (Bentley et al, 2011).

Os pais e cuidadores variam na maneira de alimentar seus filhos - isso depende não só do contexto sócio-econômico, mas também do ambiente cultural no qual a criança está crescendo. No entanto, de um modo geral, verbalizações positivas de mães atenciosas estão associadas a uma maior aceitação de alimentos e melhor crescimento. Enquanto

A educação infantil no contexto de Moçambique: *Madzawde*

Uma vez nascido um bebê era considerado no Madzawde - durante este período a mãe devia amamentar o seu filho por 2 anos e uma relação simbiótica entre mãe e bebê era incondicionalmente garantida por este estado de Madzawde. A mãe usava o peito para proporcionar conforto, a criança era levada nas costas e ela dormia com a criança. Isto proporcionava uma oportunidade de cuidados físicos e psicológicos ideal durante a fase inicial da vida. Dois anos após o nascimento do bebê os pais realizaram um ritual Madzawde que marcava o ponto de separação entre mãe e filho e permitia o restabelecimento da relação conjugal. Se esse ritual não fosse realizado de acordo com o costume um conjunto de sintomas físicos poderiam acontecer, o que afetaria a criança e poderia até mesmo levar à morte. Esta fase e ritual estão enraizados no conhecimento cultural profundo do que uma criança precisa nos primeiros anos de vida e tem sido transmitida de uma geração para a seguinte. No entanto, as experiências de guerra nesta região interromperam a capacidade dos pais de levar a cabo este ritual e postula-se que a etiologia da Desnutrição Energético-Proteica posteriormente vista nesta área é relacionada não tanto à falta de alimentos, mas com a desorganização da Madzawde (Igreja, 2003).

a amamentação é a norma na maioria das culturas não-ocidentais, tempos de desmame podem ser marcados por rituais específicos, o que, se perturbado, pode levar a peso vacilante (ver caixa na página 5).

Ao planejar programas de intervenção nutricional para crianças, mensagens simples e básicas que devem ser dadas, mensagens que são facilmente transportadas e que fazem sentido em diferentes contextos culturais. Black and Aboud (2011) conceitua um processo de quatro etapas entre cuidador e criança que refletem reciprocidade e mutualidade e estão no coração da alimentação responsiva:

1. O cuidador cria um contexto que promove a interação - isto inclui ter uma rotina, uma estrutura, expectativas e uma atmosfera emocional positiva.
2. A criança responde e dá seus sinais para o cuidador.
3. O cuidador, por sua vez, responde prontamente de uma forma que é de suporte, contingente e adaptada às capacidades e necessidades de desenvolvimento da criança.
4. A criança sentirá, então, uma resposta previsível.

Embora os passos anteriores sejam claros e, em face disto, fáceis de implementar, dependem muito da capacidade do cuidador para estar em sintonia com a criança e para ser capaz de responder de forma contingente. O terceiro passo na sequência acima é o que mais depende do cuidador, e reflete o seu estado de espírito. Falta crônica de recursos, o que inclui não só materiais, mas também a falta de relações de apoio, tornam as pessoas mais vulneráveis ao estresse adicional, o que contribui para uma maior perda de recursos (Hobfoll, 2001). Em países de renda baixa, ou em desenvolvimento, esta falta crônica de recursos é mais prevalente. Assim, não é surpreendente que a baixa estatura de crescimento seja um elo importante na cadeia de eventos que levam à derradeira pobreza educacional para as crianças no mundo em desenvolvimento (Grantham-McGregor et al, 2007).

Conceitos como *alimentação responsiva* são úteis na articulação dos possíveis mecanismos que estão em jogo na situação de alimentação. No entanto, deve ser lembrado que a maioria dos pais são capazes de manter seus filhos vivos e alimentá-los bem sem ter sido ensinado como fazê-lo. É o conhecimento que tem sido repassado através das gerações e, qualquer que sejam os métodos utilizados, ele tem funcionado, caso contrário, esse grupo particular de seres humanos não teria sobrevivido. As palavras de Daniel Stern (2002) soam verdadeiras: “*O repertório de cuidado da mãe não precisa ser ensinado, de fato não pode ser ensinado, mas pode ser desinibido.*”

A questão, então, é como pode uma mãe, pai ou outro cuidador ser *desinibido* de modo a tornar-se um alimentador sensível de seu bebê? E, se damos um passo para trás, como podemos identificar cuidadores que estão se esforçando? Tendo em conta que pode haver milhões de tais crianças em países em desenvolvimento, como é que vamos encontrá-las e seus pais? Um ponto de encontro possível será apresentado aqui.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA BEBÊS EM UM PAÍS EM DESENVOLVIMENTO

É prática habitual que todos os bebês e crianças sejam pesadas em suas visitas agendadas a clínicas de imunização. A monitorização do crescimento tem sido usada como uma ferramenta de triagem para identificar crianças vulneráveis durante essas visitas. O

quadro de saúde da criança usado na África do Sul contém um gráfico que incorpora o peso para a idade da criança em cada visita clínica. As crianças que se desviam da sua trajetória são consideradas em risco e são encaminhadas para suporte nutricional. A experiência clínica demonstrou que peso vacilante pode ser associado com uma variedade de fatores socio-emocionais e pode ser um ponto de entrada útil para os profissionais de saúde mental.

Se os serviços de saúde mental estão disponíveis, essas crianças e seus cuidadores também são encaminhados para um profissional de saúde mental infantil. Seria a tarefa deste profissional verificar se os fatores relativos ao desenvolvimento sócio-emocional da criança podem estar contribuindo para o peso vacilante. Deve-se notar que, para muitos cuidadores em qualquer lugar, principalmente nos países em desenvolvimento, a noção de que um infante está sendo afetado por fatores psicológicos, como conflito familiar ou depressão materna, é novo e deve ser tomado cuidado para introduzir esta possibilidade de uma forma suave e compreensível (Berg, 2007). Os passos seguintes são orientações que são úteis quando se encontra uma mãe e um bebê com peso vacilante no setor de saúde primária.

Informações gerais da família e da criança

- *A confiança da mãe deve ser conquistada.* Ela pode vir de um ambiente onde ela foi responsabilizada pelo pouco ganho de peso do seu filho e, portanto, pode estar com raiva ou fechada em sua atitude para com os profissionais de saúde. A confiança é estabelecida por ter uma atitude de não-julgamento e dar uma explicação simples sobre a constatação de que muitas vezes os problemas das crianças com a alimentação e ganho de peso têm a ver com outros fatores além do fornecimento de alimentos. Tais fatores são problemas emocionais causados por dificuldades no seio das famílias, como eventos estressantes. Geralmente isso faz sentido para os cuidadores e eles estão dispostos a conversar sobre suas vidas. Além disso, a confidencialidade deve ser salientada. A maioria das mães é oriunda de comunidades pequenas, onde há muita observação e focos, o que resulta em muitas que não se sentem seguras para discutir abertamente suas preocupações.
- *Informações sobre a constelação familiar.* Informação relevante aqui é o paradeiro do pai do bebê e a presença ou ausência do avó materna. A experiência clínica atesta o fato



Clique na imagem para acessar a diretriz clínica Cuidados de Rotina Pós-Natais para Mulheres e seus Bebês.

A criança RN foi encaminhada com a idade de 14 meses com o problema de peso vacilante, que começou quando ela tinha 3 meses de idade. Enquanto a história clínica era feita em termos de arranjos familiares e de cuidados diários, observou-se que RN estava muito hesitante em se aproximar do biscoito que tinha sido colocado na frente dela. Ela levou um longo tempo para abordá-lo e, uma vez ela o tinha na mão, examinou-o com muito cuidado. Só então ela colocou-o na boca e começou a mordê-lo. Esta observação cuidadosa e longa hesitação fez o prestador de cuidados de saúde perguntar mais detalhes sobre seu desmame. Este acabou por ter sido um momento traumático para a mãe e RN que, na idade de 3 meses, não estava pronto para ser retirada o peito - por pelo menos um mês a mãe lutou para levá-la a aceitar a mamadeira; a mãe não tinha nenhuma escolha pois tinha que voltar ao trabalho.

A sensibilidade e o temperamento de RN foram explicados para a mãe, que concordou com as observações. Quando ela voltou duas semanas depois, seu peso aumentou de 8,3 kg para 9,1 kg e a mãe espontaneamente disse que estava feliz que ela havia sido encaminhada para nós. Este caso simples ilustra a quantidade de informação que pode ser adquirida através da observação infantil e que alívio pode ser fornecido para a mãe quando ela e seu filho podem ser entendidos e não julgados.



Peso vacilante em cuidados de saúde primários

O Serviço de Saúde Mental Pais-Filhos da Universidade da Cidade do Cabo é baseado no hospital infantil local e como parte de seu programa de extensão oferece um serviço de clínica a um grande município, nos arredores da cidade. Uma psiquiatra infantil, juntamente com um conselheiro da comunidade que também atua como intérprete e mediador cultural, visita a clínica de puericultura semanalmente. É conhecido como o “Centro Mdezana”.

Saúde mental infantil é um conceito que é novo e desconhecido em muitas comunidades. Mesmo que ele seja central, saúde mental, como tal, não está no topo da lista de prioridades que têm a ser tratadas nestas comunidades, que estão lutando para lidar com as tarefas diárias em torno de sobrevivência. Saúde mental em recém-nascidos é ainda mais estranho. Um caminho tinha de ser encontrado em que os riscos da díade mãe-bebê poderiam ser identificados e referidos. E também teve de ser feito de tal forma que não assustasse ou afastasse as mães que

poderiam apresentar tal encaminhamento para um médico de fora.

Com o tempo, tornou-se evidente que o peso vacilante constituía um sinal de que nem tudo estava bem, e que esta era não necessariamente devido à insegurança alimentar, mas devido à inibição materna. O peso infantil é registrado em cada visita e anotado no “gráfico de monitorização do crescimento”. Em muitas clínicas, alimentação complementar é dada em casos onde o crescimento tem sido insatisfatório. No entanto, apesar disso, muitos bebês não conseguem responder, sublinhando a afirmação feita anteriormente de que alimentação depende da relação entre mãe e infante. A declaração do centro de missão pode ser vista na página 9 (em inglês).

de frequentemente mães nutrirem sentimentos e pensamentos negativos em relação ao pai do bebê; isso pode resultar na mãe rejeitar a criança por causa da associação consciente ou inconsciente de seu filho com seu pai. O apoio da avó materna é crucial, especialmente para mães muito jovens. Tradicionalmente, as avós maternas executam o papel central de dar conselhos e quando isso é interrompido por qualquer motivo, a jovem se sente abandonada, tanto física como emocionalmente.

- A terceira tarefa é olhar de perto a *trajetória de peso* do bebê e notar quando o peso caiu. Consultas podem ser feitas a respeito de mudanças ou dificuldades tanto da mãe ou de sua família, separações ou perdas que ocorreram durante esse tempo. É importante explicar para a mãe o impacto que esses eventos poderiam ter tido sobre ela e seu filho. Deve-se notar que a perda de peso muitas vezes ocorre no tempo de desmame. Amamentação prolongada pode ser um sinal de dificuldade na separação e poderia afetar a aceitação de alimentos sólidos - que poderia ser o início da anorexia infantil.

The MDLEZANA CENTRE MISSION STATEMENT

Mohweni BooMama!



We are the team from the Mdzlezana Centre and would like to talk to you about your babies. While most other people talk about the healthy body of the babies, we also talk about the happiness of you and your baby.



Babies do not just need food, but they need love – this is not always so easy to give, especially when you are feeling heart-sore, upset or angry. Sometimes we feel that something is just not right, and then we cannot enjoy our children.



You must know that even new-born babies are able to hear and see. They pick up from the environment far more than we ever thought they would. If the mother is unhappy, she cannot smile at her baby when the baby is looking at her. If the mother is angry, she will not talk to her baby. So, it can happen that the baby too becomes sad, because it is not being looked at and spoken to the way it needs to. A sad baby will not eat properly and then will be behind in his/her development.



We are taking the first 3 years of life very seriously because it is during this time that the foundation is laid down for the future development of the child. Not just whether the child will be happy or unhappy, but whether the child will be able to learn and concentrate in school.



We thus ask you to come to us and talk with us if you feel something is not right between you and your baby. We cannot offer food or employment, but we can offer a listening ear and advice. Whatever you discuss with us is confidential and remains only with us. We have the time and the knowledge to listen to your troubles.

If you are feeling well then your baby will feel well and develop in the way you want it to. Just as you pay attention to your baby's physical needs, like food and immunisation, so you must pay attention to your own and your baby's emotional needs.



- Um *exame físico* pode ser necessário se existem características dismórficas ou sugestões de doenças subjacentes que podem afetar o crescimento. Coisas a avaliar incluem erupções cutâneas, fenda palatina, sintomas de doença respiratória ou cardíaca (por exemplo: cianose, taquipnéia), distensão abdominal ou organomegalias, avaliação da coordenação de chupar-engolir; a presença de características dismórficas é sugestiva de uma desordem genética, tal como a síndrome de Down; crianças com deficiência intelectual muitas vezes têm problemas de alimentação.

No entanto, o ponto em questão neste capítulo é sobre a conexão emocional ou desconexão entre cuidador e criança e que é este que afeta a relação de alimentação. O

objetivo da coleta de informações sobre as facetas da mãe e a vida do bebê é para permitir que a mãe tenha um espaço em que pensar, fazer ligações e encontrar significado e, assim, produzir uma maior consciência de como sua mente e suas ações impactam sobre seu filho. Ele também fornece à mãe uma oportunidade única para ela poder compartilhar suas dificuldades com um ouvinte compreensivo. A maioria dos cuidadores entende que ajuda concreta na forma de emprego, bolsas e comida não pode ser dada em um serviço como esse e ainda aprecia o fato de que exista um espaço seguro, no qual eles podem ser ouvidos.

Avaliação da interação entre a criança e o cuidador

Embora as informações acima estejam sendo coletadas, é tomado nota sobre a forma como a mãe dá a informação, a forma como ela lida e mantém sua criança. Em particular, nota-se como a mãe interage com seu filho - ela está consciente de suas necessidades? Ela está em sintonia com o que está fazendo? Esta observação natural, como oposição ao uso de medidas de observação formais, tem a vantagem de permitir uma abordagem aberta.

Em ambientes de cuidados de saúde primários e nos países em desenvolvimento, padronizações de escalas de avaliação são muitas vezes difíceis de usar, pois elas exigem treinamento especializado e são baseadas principalmente em amostras de países desenvolvidos. A *relação pais-bebê* pode ser classificada de acordo com Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS) do DM0-3R (Apêndice B.2.2). O *funcionamento emocional e social da criança* pode ser avaliado por meio da Description of Capacities for Emotional and Social Functioning of the Zero to Three System (2005) (Apêndice B.2.3).

Além dessas observações naturalistas e avaliações, existe uma técnica que pode ser particularmente útil num ambiente pobre em termos de recursos. O Winnicott utiliza o jogo “espátula”, a fim de avaliar o nível de ansiedade do lactente, no qual um biscoito pode ser usado, a fim de observar a criança mais de perto. O biscoito é colocado dentro do alcance da criança e uma estreita observação é feita sobre a forma como a criança se aproxima deste novo objeto. Existe a curiosidade de sentir, de colocar na boca? Existe um longo período de hesitação ou a criança o agarra com confiança e espontaneidade? Será que a criança mostra interesse por ele, afinal? Observa-se que a técnica do biscoito é semelhante à observação do modo como uma criança mais velha lidaria com um brinquedo e é um complemento útil para a avaliação global da criança. Um bebê que pega o biscoito com confiança, que o coloca na boca e que brinca com ele, é menos preocupante do que uma criança que mal nota o novo objeto ou que é muito inibida para se aventurar e segurá-lo. Esse bebê pode não estar fisicamente bem, mas também pode significar que a criança esteja cansada, com falta de energia e vitalidade - de qualquer forma, o bebê requer a nossa atenção (Berg, 2010).

Oferecer um biscoito é útil para se observar o comportamento da criança mais de perto.

Trabalhando com um conselheiro cultural e intérprete

A maioria das interações de cuidados de saúde em um país em desenvolvimento como a África do Sul tem a interação de uma terceira pessoa. Esta pessoa, que pode ser um enfermeiro ou um indivíduo leigo, é esperada para servir a uma função que vai bem além de um mero intérprete de linguagem e deve ser considerado como um *mediador cultural* e co-terapeuta. Se o prestador de cuidados de saúde vem de uma cultura diferente, então é natural garantir que a tradução seja adequada. É imperativo que normas culturais e valores sejam compreendidas e, se houver uma disjunção entre a bio-medicina ocidental e os métodos tradicionais de cura, em seguida, a mediação e a explicação são essenciais. O próximo trabalho conjunto entre o profissional de saúde e o mediador cultural garantirá que a comunicação seja clara e respeitosa. A clínica de cuidados de saúde primária é um

sistema em si mesmo e tem a sua própria cultura. É sábio se ater a isso, sempre que possível, e não se indispor com o pessoal, fazendo exigências adicionais em seu tempo.

CONCLUSÃO

Peso vacilante em uma criança é um sinal de que nem tudo está bem. Isto não significa necessariamente que a ingestão de calorias e proteínas insuficientes seja a causa, ou que a criança esteja fisicamente doente, embora ambos esses fatores precisem ser excluídos antes que outras influências sejam consideradas. Este capítulo aborda estas outras influências, dos quais os mais importantes podem ser a depressão materna e a preocupação que pode ser a causa de alimentação não-responsiva da criança.

Oferecer um espaço em que a confidencialidade é garantida, e onde a mãe é capaz de pensar e fazer ligações é muitas vezes tudo o que é necessário para ganhar consciência e discernimento. Desta forma, são previsíveis as mudanças de comportamento e o desenvolvimento de uma resposta adequada na situação de alimentação. Não só pode esta levar a um ganho de peso mais robusto, mas também irá lançar as bases para um mundo mais seguro na relação entre a criança e o cuidador, o que é o início de saúde mental para todos.

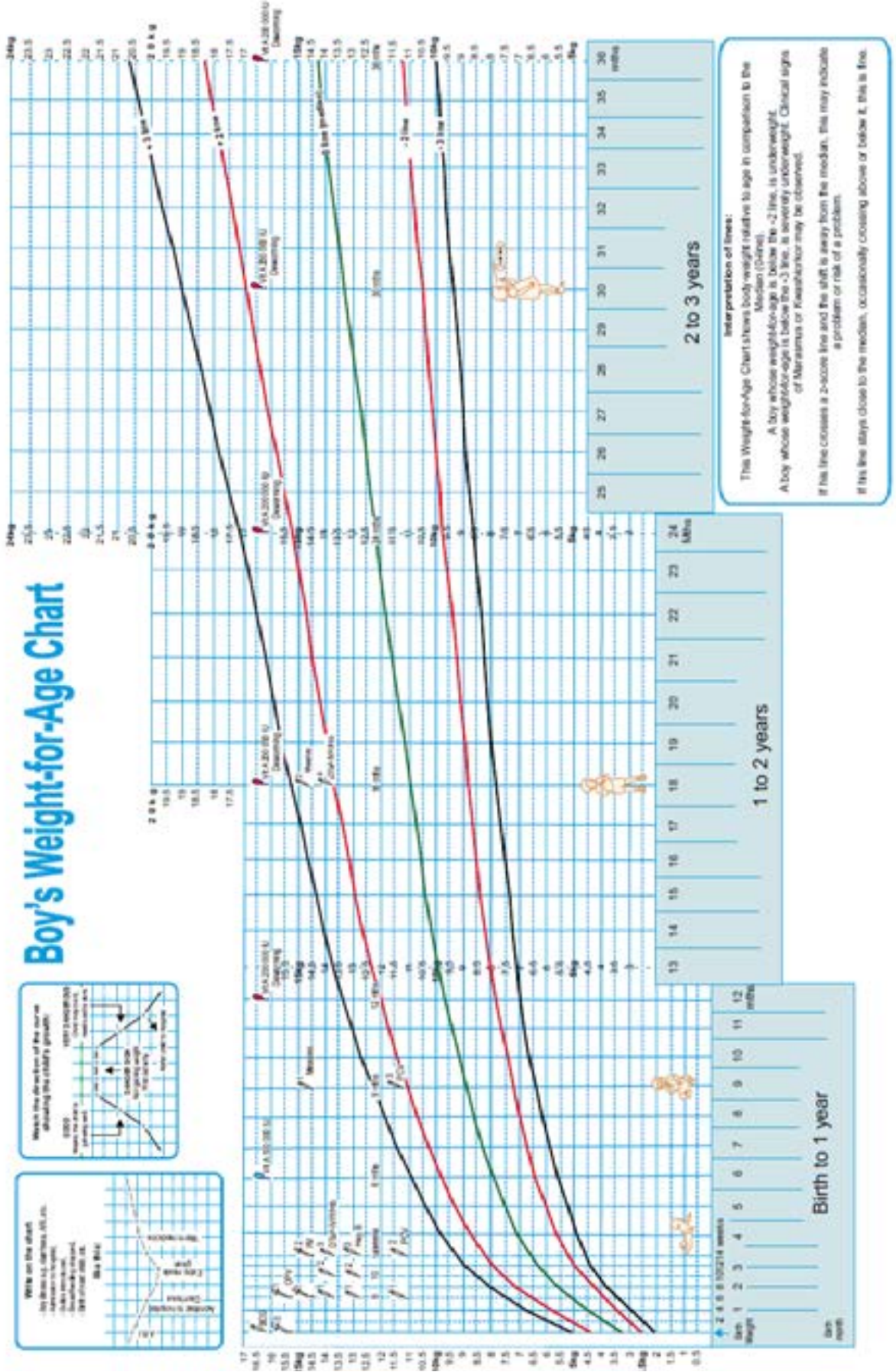
A autora trabalhando com um intérprete (e mediador cultural) em uma clínica na África do Sul.



REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition Revised. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bentley ME, Wasser HM, Creed-Kanashiro HM (2011). Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries. *Journal of Nutrition*, 141:502-507.
- Berg A (2007). Ten years of parent-infant psychotherapy in a township in South Africa. What have we learnt? In Pozzi-Monzo M (Ed.), *Innovations in Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac (pp. 215-230).
- Berg A (in press). Infant-parent psychotherapy at primary health care level in South Africa – Report on the establishment of a service. *South African Medical Journal*.
- Berg A (2010). [Fallire la crescita. Il dubbio sul cibo per nascondere il dubbio sull'amore]. Failure to Thrive. Doubt about food to hide doubt about love? In Bisagni F (Ed.), *Dialoghi d'Infanzia. Voci dall'Inter-School Forum on Child Analysis 2008-2009*. Torino: Antigone.
- Black MM, Dubowitz H, Hutcheson J et al (1995). A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics*, 95:807-814.
- Black MM, Aboud FE (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition*, 141:490-494.
- Boris N, Zeanah CH (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Bourne LT, Hendricks MK, Marais D et al (2007). Addressing malnutrition in young children in South Africa. Setting the national context for paediatric food-based dietary guidelines. *Maternal & Child Nutrition*, 3:230-238.
- Bowley NA, Pentz-Kluyts MA, Bourne LT et al (2007). Feeding the 1 to 7-year-old child. A support paper for the South African paediatric food-based dietary guidelines. *Maternal & Child Nutrition*, 3:281-291.
- Bretherton I (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28:759-775.
- Cattaneo A, Timmer A, Bomestar T et al (2008). Child nutrition in countries of the Commonwealth of Independent States: time to redirect strategies? *Public Health Nutrition*, 11:1209-1219.
- Chatoor I (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11:163-183.
- Chatoor I, Ganiban J, Colin V et al (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:1217-1224.
- Corbett SS, Drewett RF (2004). To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:641-654.
- Gahagan S (2006). Failure to thrive: A consequence of undernutrition. *Pediatrics in Review*, 27:e1-e11.
- Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S et al (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.
- Hobfoll SE (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50:337-421.
- Igreja V (2003). The effects of traumatic experiences on the infant-mother relationship in the former war zones of central Mozambique: The Case of Madzawde in Gorongosa. *Infant Mental Health Journal*, 24:469-494.
- Lund C, Breen A, Flisher AJ et al (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 71, 517-528.
- Mahler MS (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psychoanalysis*, 53:333-338.
- Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *British Medical Journal*, 328:820-823.
- Stern D (2002). *The First Relationship*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Stern DN (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern D (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB et al (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic." *Pediatrics*, 14:421-435.
- Zero to Three (2005). DC: 0-3R: *Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood* (Revised ed). Washington, DC: Zero to Three Press.

Apêndice B.2.1



Apêndice B.2.2

Escala de Avaliação Global da Relação Pais-Criança

Classificações PIR-GAS de acordo com DC: 0-3 R

91-100 Bem adaptada

Apreciação mútua sem angústia ou conflito sustentado.

81-90 Adaptada

Às vezes pode haver conflito, mas que não persiste mais do que alguns dias; interações são principalmente recíprocas e síncronas.

71-80 Perturbada

Algum aspecto no funcionamento global é inferior ao ideal; a criança e os pais podem experimentar angústia transitória com duração de até algumas semanas. A perturbação é limitada a um domínio de funcionamento.

61-70 Significativamente Perturbada

As relações são tensas, mas ainda bastante adequadas. Os conflitos são limitados a uma ou duas áreas problemáticas. O pai e a criança podem experimentar angústia e dificuldade por um mês ou mais.

51-60 Afligida

Conflitos podem se espalhar em vários domínios do funcionamento e a resolução é difícil. O progresso do desenvolvimento da dupla pode fracassar se o padrão não melhorar.

41-50 Perturbada

A relação está começando a ser ofuscada por aspectos problemáticos. Padrões disfuncionais são mais do que passageiros, e o progresso do desenvolvimento pode ser temporariamente interrompido.

31-40 Desordenada

Interações rigidamente não-adaptativas, interações em conflito são evidentes. O progresso de desenvolvimento da criança é susceptível de ser influenciado negativamente.

21-30 Severamente Desordenada

Relacionamento severamente comprometido. O pai e a criança são significativamente angustiados pelo próprio relacionamento. Padrões interativos parecem ter sido afetados por um longo tempo. O progresso de desenvolvimento da criança é influenciado negativamente e a criança pode perder habilidades de desenvolvimento previamente adquiridas.

11-20 Grosseiramente prejudicada

Relacionamento perigosamente desorganizado e a criança está em perigo iminente de dano físico.

1-10 Maus-tratos documentados

Negligência documentada e abuso físico ou sexual que está a afetar negativamente o desenvolvimento físico e emocional da criança.

Apêndice B.2.3

Escala de classificação das capacidades da criança para o funcionamento emocional e social

Conforme DC: 0-3 R

Capacidade de funcionamento emocional e social	Classificação funcional						
	1	2	3	4	5	6	n/a
Atenção e regulação							
Formação de relacionamentos/engajamento mútuo							
Comunicação bidirecional intencional							
Gestos complexos e resolução de problemas							
Uso de símbolos para expressar pensamentos/sentimentos							
Conexão de símbolos de forma lógica/pensamento abstrato							

Classificação funcional

1. Funções a um nível apropriado para a idade em todas as condições e com uma gama completa de estados de afeto
2. Funcional em um nível apropriado para a idade, mas é vulnerável ao estresse ou com um intervalo restrito de afeto
3. Funções imaturas (isto é, tem a capacidade de, mas não em uma idade/nível adequado)
4. Funções de forma inconsistente ou intermitentes, a menos que estrutura especial ou apoio sensório-motor estejam disponíveis
5. Mal evidencia essa capacidade, mesmo com suporte
6. Não realizou este