

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ALESSANDRA SANTIN**

***FAILURE TO THRIVE* - ATRASO NÃO-ORGÂNICO DO  
CRESCIMENTO INFANTIL:**

Um desafio para a Enfermagem

**Porto Alegre  
2007**

**ALESSANDRA SANTIN**

***FAILURE TO THRIVE* - ATRASO NÃO-ORGÂNICO DO  
CRESCIMENTO INFANTIL:**

Um desafio para a Enfermagem

Monografia apresentada como requisito parcial para  
a conclusão do curso de Enfermagem, da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob  
orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Algeri.

**Porto Alegre  
2007**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida que tenho e por ter me guiado para esta profissão.

A meus pais Julia e Jurides, pelo amor e por sempre serem exemplos para minha vida e ao meu mano Frederico, pelo carinho, amizade e auxílio na elaboração do *folder*.

Aos meus cães e à Cláudia, pelo incentivo, compreensão e companheirismo de todas as horas.

À minha querida orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Algeri, pelos ensinamentos em Pediatria, estímulo, amizade e paciência, e por ser um exemplo de pessoa e enfermeira para todos os alunos.

Aos professores desta Escola de Enfermagem, pelo carinho e dedicação com os alunos e pela aprendizagem que tive ao decorrer da faculdade.

À bibliotecária Michele, pelas dicas e paciência.

A todos que contribuíram de uma forma ou outra para este trabalho.

## RESUMO

O atraso não-orgânico do crescimento infantil ou *non-organic failure to thrive* é um tema ainda pouco difundido nos meios acadêmicos no Brasil, e desconhecido para a maioria dos profissionais da área da saúde.

Este estudo, realizado através de uma pesquisa bibliográfica, conforme Gil (2002) visa conhecer o conteúdo das abordagens referentes a essa desordem infantil, bem como suas causas, sinais e sintomas mais frequentes e qual o papel que a Enfermagem desempenha frente a essa situação, a fim de ampliar o conhecimento desses profissionais.

É de grande importância que o profissional de Enfermagem saiba reconhecer e perceber os sinais que caracterizam o Atraso não-orgânico do Crescimento Infantil, para que possa cuidar adequadamente da criança e sua família frente este quadro.

**Descritores:** *Failure to thrive*. Insuficiência de crescimento. Estado nutricional.

Privação materna.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>06</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>08</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b>	<b>08</b>
<b>2.2 Objetivo específico</b>	<b>08</b>
<b>3 CONHECENDO O ATRASO NÃO-ORGÂNICO DO CRESCIMENTO INFANTIL (ANOCI)</b>	<b>09</b>
<b>3.1 Identificando os fatores de risco do ANOCI</b>	<b>11</b>
3.1.1 Características dos Pais/Cuidadores e perfil familiar	12
3.1.2 Interações nas situações alimentares	12
3.1.3 Depressão e privações emocionais maternas	13
3.1.4 Distúrbios de relacionamento familiar	15
3.1.5 Dependência de drogas dos pais	17
3.1.6 Fatores socioeconômicos e contextuais da família	18
3.1.7 Fatores culturais e religiosos	19
<b>3.2 Características das Crianças - Sinais e Sintomas</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Diagnóstico e manifestações clínicas</b>	<b>21</b>
<b>3.4 Conseqüências para a criança</b>	<b>22</b>
<b>3.5 O desafio da Enfermagem: cuidados na intervenção e prevenção</b>	<b>22</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Campo de Estudo</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Amostra</b>	<b>27</b>
<b>4.4 Coleta de Dados</b>	<b>27</b>
<b>4.5 Aspectos Éticos</b>	<b>28</b>
<b>4.6 Análise dos resultados</b>	<b>29</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>30</b>
<b>6 SUGESTÕES ELABORADAS ATRAVÉS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA REALIZADA</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados</b>	<b>36</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O termo *non-organic failure to thrive* ou atraso não-orgânico do crescimento infantil (ANOCI) foi utilizado pela primeira vez na década de 90, para descrever uma situação de falha em ganhar peso em crianças geralmente abaixo de dois anos de idade, em comparação com crianças da mesma faixa etária, onde causas psicossociais ou não-orgânicas foram identificadas como desencadeantes dessa condição (OWRLY, 1996)

O ANOCI é também considerado um tipo de negligência infantil, se enquadrando nos parâmetros de conceituação referentes à negligência nutricional e emocional.

Sendo assim, a partir da minha necessidade de aprofundar meus conhecimentos sobre o assunto, decidi realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o ANOCI, quais são as causas psicossociais que levam a criança a desenvolver esse problema, quais os principais fatores de risco, sinais e sintomas, de que forma isso repercute no desenvolvimento da criança, e como a Enfermagem pode atuar nesse contexto.

Acredito que o ANOCI é pouco abordado no currículo acadêmico e desconhecido para a maioria dos profissionais e estudantes da área da saúde. Assim, essa falta de conhecimento e preparo, conforme relata Morais e Eidt (1999) em conhecer e reconhecer esse tipo de negligência com a criança é percebido quando estes se deparam com situações onde não há causa orgânica relacionada, dificultando o diagnóstico e intervenções precoces para as crianças vítimas desse distúrbio.

Segundo Wright (2000), o atraso de crescimento infantil é muito mais freqüente do que é diagnosticado, atingindo em torno de 10 % das crianças em países desenvolvidos e 30 % em países em desenvolvimento. Em torno de 80-90 % desses casos não existiu uma causa orgânica que dificultasse o ganho ponderal, sendo então diagnosticado atraso não-orgânico pelos sinais e sintomas psicossociais apresentados pelas crianças e que estavam impedindo, de diversas maneiras, o ganho adequado de peso.

Breitman (1999) afirmam que o inadequado ganho de peso da criança e/ou a falta de interesse pela alimentação é motivo freqüente de consultas e preocupação dos pais.

Portanto, os profissionais da Enfermagem, que têm no cuidado o fator principal de suas práticas, atuando de forma crítica e reflexiva no exercício do seu trabalho,

devem estar aptos a prestar assistência e suporte integral às crianças que apresentam o ANOCI, bem como a seus pais ou cuidadores, através da identificação das causas, sinais e sintomas dessa desordem infantil.

Através da elaboração de um *folder* informativo e explicativo, esta pesquisa bibliográfica procura contextualizar o ANOCI em todos os âmbitos, visando o conhecimento e aprimoramento do profissional da Enfermagem frente esse quadro.

Este estudo permitirá também que, posteriormente, sejam realizados grupos de Educação em Saúde, em enfermarias pediátricas e na atenção primária à saúde, com familiares ou cuidadores de crianças que apresentem os fatores de risco para o desenvolvimento do ANOCI, a fim de intervir precocemente e evitar o aparecimento ou a progressão desse distúrbio infantil.

## **2 OBJETIVOS**

A seguir serão descritos os objetivos geral e específico que esta pesquisa se propõe a atingir:

### **2.1 Objetivo geral**

Este estudo tem como objetivo geral identificar a existência de abordagens referentes ao *non-organic failure to thrive* ou Atraso não-orgânico do crescimento infantil (ANOCI), em materiais publicados em periódicos indexados em bases de dados BDEnf, *Lilacs*, Paho, ADOLEC e Biblioteca Virtual Scielo, entre outros, no período de 1990 a 2006, nos idiomas espanhol, inglês e português.

### **2.2 Objetivo específico**

Conhecer e contextualizar o conteúdo das abordagens referentes ao atraso não-orgânico do crescimento infantil, a fim de elaborar um *folder* explicativo, divulgando informações sobre essa desordem infantil, destinado a acadêmicos e profissionais de Enfermagem.

### 3 CONHECENDO O ATRASO NÃO-ORGÂNICO DO CRESCIMENTO INFANTIL (ANOCI)

O desenvolvimento do comportamento alimentar e de habilidades associadas durante a infância, é um processo complexo que envolve o regulamento fisiológico, de crescimento, de peso e de fatores psicológicos, tanto da criança, pais e ambiente social em que estão inseridos.

Segundo Osório, Weissaub e Castillo (2002), os modos de se alimentar, preferências e gostos estão fortemente ligados e condicionados às aprendizagens e experiências vividas nos primeiros cinco anos de vida.

A mãe tem, geralmente, um papel fundamental na educação e transmissão de hábitos e práticas alimentares ao filho e deve ser o alvo na abordagem de conteúdos educativos e preventivos à criança, a fim de enfrentar precocemente os distúrbios físicos e psicológicos relacionados com as condutas alimentares.

Portanto, o comportamento alimentar nos primeiros anos de vida influencia diretamente no crescimento e desenvolvimento na infância e por toda a vida.

Os pais e/ou cuidadores tem uma importante tarefa sendo responsáveis diretos pelo modo de alimentar e pelo ganho ou perda de peso da criança.

Quando há falta de estímulos adequados e privação de afetividade, em especial por parte da mãe, a criança pode ter um ganho de peso inadequado para sua idade, sem que haja alguma doença orgânica que leve a esse quadro.

Segundo Breitman (1999) o retardo de crescimento sem causa orgânica é, na maioria dos casos, de difícil diagnóstico, sobretudo quando os sinais e sintomas são pouco evidentes, e em razão das causas subjetivas envolvidas nessa desordem. Sabe-se que a origem é multifatorial e complexa, mas com uma via final de baixa ingesta calórica e conseqüentemente perda de peso da criança.

O termo *non-organic failure to thrive* ou ANOCI tem sido utilizado para definir uma falha no crescimento e conseqüentemente no bem-estar da criança.

Bauchner (2000) descreve o ANOCI como uma desordem alimentar onde as causas psicossociais ou não-orgânicas são identificadas como desencadeantes desse processo, atribuídas a fatores como privação materna ou a um ambiente familiar insuficientemente provido de afetividade e estimulação.

A criança com baixo ganho de peso por causas psicossociais é aquela que está insuficientemente nutrida por não receber alimentos e/ou por não receber interações afetivas adequadas que propiciem a incorporação de nutrientes da dieta (FARINATTI, BIAZUZ E LEITE, 1993).

No ANOCI, a dificuldade da criança ganhar peso reside na coexistência de múltiplos fatores e a variável carência econômica não é, na maioria das vezes, a principal causa, mas atua como coadjuvante importante nesse processo.

Pode parecer estranho que uma criança saudável e vivendo num ambiente favorável (à primeira vista), apresente um atraso no crescimento pondero-estatural.

Segundo Wright (2000), isso se deve ao fato de que a criança necessita de uma quantidade de energia, e essa perda precoce de peso resulta de uma combinação de fatores psicossociais que limitam ou interrompem a entrada de energia, contribuindo para a falha em alcançar o desenvolvimento adequado para a idade. Ou seja, a criança é “apenas” alimentada, mas não é “nutrida”, de amor, de carinho e de segurança pela sua mãe e família.

O ANOCI também é considerado como uma negligência infantil por parte dos pais/cuidadores. A criança é um indivíduo que, desde o seu nascimento, está em constante evolução, desenvolvendo sua personalidade e dotada de ampla capacitação de assimilação de tudo o que acontece ao seu redor e com ela própria.

Segundo o Ministério da Saúde (1991), negligência infantil é o fato da família se omitir em prover as necessidades físicas e emocionais da criança, configurando no comportamento dos pais quando falham no vestir, alimentar, medicar, educar e evitar acidentes.

Assim, a negligência infantil, conforme Moraes e Eidt (1999), DePanfilis (2006) e Gaudim (1993) é definida como toda ação ou omissão por parte dos pais ou cuidadores, que resulte em prejuízos ao desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social da criança.

As famílias negligentes, mais especificamente os pais, apresentam comportamentos contínuos que refletem ausência ou insuficiência de cuidados destinados às suas crianças.

Segundo Moraes e Eidt (1999), um contexto de pobreza e isolamento social, e muitas outras carências apresentadas na história de vida dos pais estão presentes em torno do sistema familiar, influenciando negativamente no desenvolvimento dos filhos e assim tornando-os vulneráveis aos fatores importantes para o aparecimento do ANOCI.

A mãe pode negligenciar a alimentação adequada porque está envolvida com demandas externas ou preocupada com problemas internos, ignorando a alimentação ou estimulação apropriada para o filho. A privação materna é uma acompanhante invariável da privação nutricional.

Definir o comportamento negligente dos pais é tarefa complicada para qualquer profissional da saúde. Gaudin (1993) sugere direções através das seguintes perguntas:

- a) O que é indispensável para os mínimos cuidados adequados que uma criança requer?
- b) Quais ações ou falhas dos pais/cuidadores constituem em um comportamento negligente?
- c) Qual é o efeito dessas ações na saúde, segurança e desenvolvimento das crianças?

Assim, a classificação de ANOCI se relaciona diretamente com a definição de negligência infantil emocional.

Segundo DePanfilis (2006) a negligência emocional é a mais difícil de avaliar e detectar, e é a que mais comumente ocorre conseqüências severas e a longo prazo. É caracterizada por uma inatenção persistente às necessidades emocionais da criança, traduzidos, no caso do ANOCI, pelo ganho de peso inadequado e prejuízos futuros no desenvolvimento geral da criança.

### **3.1 Identificando os fatores de risco do ANOCI**

Para compreender os fatores de risco para o ANOCI, é pertinente trazer definições de risco.

Risco é definido como perigo ou possibilidade de perigo (RISCO, 1986, p.1000). Sapienza e Pedromônico (2005) acrescentam que o fator de risco predispõe a um resultado negativo ou indesejado, que pode desencadear um distúrbio ou doença.

O atraso não-orgânico do crescimento infantil pode ocorrer em crianças de todas as classes sócias, raças, religiões, estruturas familiares e ambientais.

Entretanto, existem alguns fatores de risco que fazem com que a criança seja mais suscetível ao aparecimento do ANOCI, não ocorrendo de forma isolada, mas sim se entrelaçando e interagindo entre si causando essa desordem infantil.

### 3.1.1 Características dos Pais/Cuidadores e perfil familiar

Os profissionais de saúde, em especial os que interagem regularmente com as crianças e as famílias devem reconhecer os fatores de risco de modo que possam identificar as situações onde possa ocorrer o ANOCI.

Identificar os sinais de perigo precocemente, seja individual, familiar ou na comunidade onde esta família se contextualiza, dando especial atenção e cuidado à mãe e à criança, durante a gestação, lactação e infância, e propiciar informações e orientações pertinentes, é tarefa primordial do profissional de saúde para prevenir ou amenizar os danos físicos e psicológicos do ANOCI, tanto na criança como em toda a família.

### 3.1.2 Interações nas situações alimentares

Percebe-se que as interações entre mãe-bebê são infinitas, iniciando desde a gestação e perdurando durante todo o crescimento e desenvolvimento da criança. É delas que dependem o equilíbrio nutricional, físico, psicológico e intelectual da criança.

O elevado valor simbólico da alimentação para o bebê, nos primeiros meses de vida, permite visualizar futuras inaptações na relação entre pais-filho, quando o ato de nutrir é frustrante para mãe e sem a importância devida.

A relação psicológica está presente através da reciprocidade de certos atos da mãe-bebê, como o aconchego do colo da mãe, a percepção do odor, do calor e da forma materna. (FARINATTI, BIAZUZ E LEITE, 1993). O bebê adquire a percepção de que ser alimentado é ser amado e são essas relações alimentares os primeiros contatos com o mundo exterior.

O apego é uma variação do vínculo afetivo, no qual existe a necessidade da presença do outro e um acréscimo de segurança na presença deste (FIGUEIRA, ALVES E BACELAR, 2002).

A falta de apego entre mãe-bebê é geralmente evidenciada por meio de um transtorno alimentar, em que a criança, mesmo sendo “alimentada”, é insuficientemente nutrida, causando o ANOCI.

Essa falha na relação de apego é caracterizada pela falta de vínculo afetivo entre o binômio mãe-bebê, tornando-se um ato sem prazer e sem compromisso mútuo.

Assim, o ato de alimentar, que normalmente é carregado de trocas, de carinho e afeto entre a mãe e seu filho é demonstrado através de atos que a mãe deixa de executar com seu bebê, e é revelado através da falta de interesse da mãe com o filho, onde não há reciprocidade na relação do binômio mãe-bebê

Portanto, concordo com Farinatti, Biazuz e Leite (1993), quando sugerem que as observações dos fenômenos interativos entre a mãe e seu filho podem funcionar como indícios de que esses bebês poderão desenvolver o ANOCI, pois são alvo de trocas afetivas precárias e inadequadas com a mãe.

### 3.1.3 Depressão e privações emocionais maternas

A depressão materna e outros distúrbios psiquiátricos são importantes fatores de risco para o desenvolvimento do ANOCI.

As mães depressivas exibem comportamentos hostis, de rejeição e indiferença em relação ao bebê (GAUDIN, 1993). Há também uma estreita relação entre a negligência emocional e mães depressivas, devido ao acúmulo de estresse e descompensação nas trocas psicossociais, traduzidas por timidez excessiva, isolamento, recusa em cuidar do bebê e ansiedade profunda (MORAIS e EIDT, 1999).

As mães deprimidas são menos responsivas aos seus bebês, podem parecer indecisas, insensíveis ou confusas, prejudicando suas habilidades em resolver as necessidades da criança, causando déficits no seu papel materno.

Conforme Frizzo e Piccinini (2005) a mãe depressiva priva o bebê temporária ou permanentemente de sua função de reguladora externa de estimulação, tendem a ficar reclusas, ocorrendo assim a inatenção e insensibilidade à saúde, proteção, segurança e necessidades psicológicas de seu filho, o que acarreta falhas no desenvolvimento e comportamento afetivo do bebê, causando distúrbios como o ANOCI.

Além disso, Field (1992) apud Motta, Lucion e Manfro (2005) sugerem que a mãe deprimida pode desenvolver dois estilos de interação com o bebê: o comportamento intrusivo, caracterizado por irritação e estímulos em excesso ao bebê; e o retirado, que é o comportamento ausente e apático emocionalmente. Esses comportamentos levam o bebê a responderem, dentre outras formas, com a recusa alimentar ou com a dificuldade em ganhar peso, ou seja, podem desenvolver o ANOCI em resposta às inadequadas estimulações maternas.

Autores como DePanfilis (2006), Morais e Eidt (1999) e Gaudin (1993) sugerem que as mães que foram negligenciadas ou vítimas de algum tipo de abuso quando crianças costumam ter comportamentos negligentes para com seus filhos, visto que há uma reprodução do comportamento violento já vivenciado, o que caracteriza o fenômeno da transgeracionalidade quando se classifica um comportamento sofrido na infância e repetido na fase adulta.

Segundo os autores acima citados, uma das principais razões da negligência materna é a falta de amor das mães na sua infância, fazendo com que se sintam incapazes de prover a uma criança um ambiente de trocas positivas, sendo um importante fator de risco para o aparecimento dessa desordem infantil.

A sociedade espera das mães um padrão de comportamento no que se refere ao cuidado para com o filho, o que significa que há um mito sobre o amor materno.

Badinter (1988) fala que, desde o século XIX, desenha-se uma nova imagem da mãe, que deveria sacrificar-se a todo o custo para que o filho viva bem, sendo vigilante de maneira ilimitada e sendo responsável pela felicidade de seu filho. Assim as mães que não conseguem, por problemas internos, sociais e culturais, desempenhar esse papel, são carregadas de angústia e culpa, e ainda hoje são apontadas pela sociedade como não sendo uma boa mãe, ocasionando transtornos mais difíceis de serem resolvidos e ressaltando fatores de risco para vários problemas na relação mãe-filho.

### 3.1.4 Distúrbios de relacionamento familiar

Algumas características familiares são comuns em crianças com ANOCI e incluem problemas que vêm desde a infância dos pais.

Farinatti, Biazuz e Leite (1993) sugerem que a história de uma infância infeliz e situações de separações precoces traumáticas podem levar os pais a terem dificuldade na interação com seu filho, em consequência de experiências desastrosas na infância.

Os genitores que não tiveram suas necessidades supridas, dificilmente conseguem compreender, entender e suprir as necessidades dos filhos, ocasionando comportamentos negligentes.

Os pais negligentes têm maior probabilidade de terem sido vítimas de abuso ou negligência na sua infância, tanto física e/ou emocionalmente (GAUDIN, 1993).

Segundo DePanfilis (2006), fatores de personalidade de cada genitor e inabilidade em resolver problemas também contribuem para o desenvolvimento do ANOCI.

Conforme Farinatti, Ferrão e Baldisserotto (1994) e Algeri (2001) geralmente as famílias das crianças com ANOCI são desestruturadas, não prepararam espaço físico e psicológico para o nascimento da criança, funcionam desarmonicamente e são isoladas de outros parentes e da sociedade.

Os distúrbios de relacionamento entre os pais também podem afetar de maneira importante o desenvolvimento e crescimento infantil. São caracterizadas por brigas constantes, atritos entre os pais, promiscuidade, traições, pouca comunicação entre o casal, entre outros.

Outro fator de risco é a limitação educacional dos pais. Eles necessitam ter recursos cognitivos que ajudem a cuidar adequadamente do seu filho. O desconhecimento de condutas adequadas na alimentação e demais cuidados de saúde com o filho acabam por acarretar prejuízos enormes no crescimento da criança.

Segundo Savage, Fischer e Birch (2007), um ambiente familiar desfavorável para a alimentação é considerado ruim para o desenvolvimento adequado da criança.

Geralmente essas famílias são desregradas, não mantêm horários habituais para as refeições e não costumam sentar-se à mesa nesses momentos.

Podem ocorrer brigas, discussões entre os pais ou com os filhos, e um comportamento repressor ou de autoridade excessiva tem efeito negativo sobre o

comportamento do filho, que acaba, por esses motivos, por recusar o alimento ou não metabolizar adequadamente as calorias ingeridas, ocorrendo assim um fator de risco para o ANOCI.

Conforme DePanfilis (2006), a composição familiar é um dado importante a considerar nas crianças que desenvolvem o ANOCI. A instabilidade familiar afeta negativamente o crescimento da criança, pois ela se sente insegura em relação aos seus cuidadores, ocasionando um comprometimento no desenvolvimento e comportamento afetivo do bebê, podendo ocasionar distúrbios como o ANOCI.

Geralmente, as crianças que desenvolvem ANOCI vivem com um só genitor, que é, na maioria das vezes, a mãe. Solteiras, com outros filhos e de pais diferentes, essas mães são jovens e demonstram pouco contato físico e verbal com o bebê. Por ter pouca experiência ou por outros fatores associados, a mãe dedica pouco tempo à amamentação ou alimentação adequada da criança.

Nesse contexto é associado também o risco de negligência emocional da mãe, pois o tempo dispensado ao filho é escasso, seja por trabalhar fora de casa para prover financeiramente a casa, seja porque a mãe está preocupada com outras demandas externas ou internas, ficando em segundo plano as necessidades psicológicas do seu filho.

Observa-se respaldo nesse sentido conforme destaca Goldani (1994), que ao analisar as famílias brasileiras, menciona que houve mudanças significativas no início dos anos 90: a família diminuiu de tamanho, diversificou-se em relação aos arranjos, e a complexidade da vida familiar aumentou. Para essa autora, isso se deve à existência de transformações demográficas expressas pela elevação da taxa de separações e de divórcios, a crescente proporção de mulheres solteiras com filhos, e o aumento do índice de viuvez feminina, entre outros fatores.

Algeri (2001), em seus estudos sobre violência intrafamiliar em relação à mãe detectou que das 50 famílias pesquisadas, 30 famílias eram compostas por mãe solteira. Assim, neste sentido, esses autores apontam a tendência do aumento de famílias monoparentais, no Brasil, o que implica um fator desencadeante para a ocorrência de negligência materna, visto que via de regra, é a mãe a pessoa mais próxima da criança, que passa mais tempo com junto do filho, responsável única pela criança, cabendo-lhe culturalmente o cuidado e a educação da criança.

Quando o pai está presente na família, ele é ausente ou distante e não supre as necessidades afetivas da criança. Ele está apenas “de corpo presente”, porém, não

contribui de maneira positiva para o desenvolvimento cognitivo e emocional do filho (FARINATTI, FERRÃO E BALDISSEROTTO, 1994).

Em contrapartida, concorda-se com DePanfilis (2006) quando alerta que negligência emocional pode ocorrer em lares aparentemente saudáveis, onde a união dos pais é estável e o clima é, num primeiro momento, favorável ao desenvolvimento da criança. Muitas vezes, os pais delegam a responsabilidade de prover as necessidades físicas e emocionais a terceiros, dificultando as trocas afetivas entre o bebê/ crianças e seus pais, contribuindo para o aparecimento do ANOCI e de outras desordens da infância.

### 3.1.5 Dependência de drogas dos pais

Um dos fatores de risco mais severos para a negligência infantil, incluindo o ANOCI, é o abuso de álcool e outras drogas por parte dos pais. Nas famílias onde um ou os dois genitores apresentam comportamento abusivo de álcool ou dependência química de qualquer outro tipo de droga, a negligência infantil está quase sempre presente. (MORAIS e EIDT, 1999)

Algeri (2001) em estudo sobre o padrão familiar do uso de drogas, constatou que, em 50 famílias estudadas, 24 famílias apresentavam a confirmação do padrão familiar usual de drogas, revelando em muitas delas, o fenômeno da dependência cruzada, álcool e maconha, álcool e cocaína, medicação ansiolítica foram as mais prevalentes, esse dado confirma o uso abusivo de álcool ou outra droga como fator predisponente a negligência infantil.

Os pais que utilizam essas drogas danificam o funcionamento mental, afetando a tomada de decisão (GAUDIN, 1993). Assim, colocam indubitavelmente suas necessidades antes da dos filhos, que ficam em segundo plano, tanto nos cuidados emocionais quanto nos cuidados físicos. Essa díade abuso de substância X negligência infantil se entrelaça a outros fatores como: baixa afeição aos filhos, desinteresse na criança, isolamento social, raiva, desemprego e relacionamentos pobres (DEPANFILIS, 2006).

### 3.1.6 Fatores socioeconômicos e contextuais da família

Os fatores socioeconômicos e ambientais são amplamente responsáveis pela desnutrição infantil, seja por causas orgânicas ou psicossociais, impulsionados pelo rápido crescimento da população e migração para a área urbana (BINDARY, 1987).

Aliados ao contexto onde a família está inserida, são fortes fatores de risco para o aparecimento de negligências físicas e emocionais, dentre elas o ANOCI.

Morais e Eidt (1999) afirmam que o baixo nível econômico, quando associados a demais fatores de risco como exclusão social, incertezas financeiras, desemprego e a instabilidade na família, impedem os pais de terem acesso ao conhecimento adequado para o bem-estar de seus filhos. Assim, reforçam os riscos presentes nessas famílias, onde as crianças ficam vulneráveis, sob os aspectos emocionais e sociais, de serem vítimas dessa desordem infantil.

Do mesmo modo, a rede social em que a família está inserida pode contribuir ou não para o aparecimento desse distúrbio infantil. Farinatti, Biazuz e Leite (1993) sugerem que a falta de suporte social, bem como a exclusão da família ou discriminação por raça, etnia ou cultura, podem levar a conflitos internos da estrutura familiar, permitindo o desenvolvimento do ANOCI.

Conforme DePanfilis (2006) e Gaudin (1993), as famílias que vivem em bairros com baixo poder aquisitivo, populosos e perigosos, apresentam um risco importante de terem comportamentos negligentes com suas crianças. Ao contrário, quando há uma rede social estruturada na vizinhança, quando há trocas positivas entre as famílias da comunidade, a criança, de certa maneira, está protegida dos comportamentos negligentes dos pais.

Essa interação com parentes, amigos e vizinhos ajudam-na a conseguir melhores resultados emocionalmente, sobretudo quando há presença de um adulto visto como positivo para a criança, agindo como “amortecedor” das precárias interações que ela possui em casa, diminuindo, dessa maneira, os riscos de negligência e de transtornos da infância, inclusive o ANOCI.

### 3.1.7 Fatores culturais e religiosos

Os fatores sociais e religiosos também são de extrema relevância quando se trata do ANOCI.

A criança aprende a se alimentar geralmente com a mãe, que por sua vez adquiriu os conceitos de alimentação com sua mãe, o que determina uma transmissão cultural por via feminina (OSÓRIO, WEISSTAUB, CASTILLO, 2002).

Portanto, a mãe alimenta seu filho de acordo com suas crenças, costumes, símbolos e valores, que são individuais e diferentes para cada família.

Morais e Eidt (1999) afirmam que o conhecimento inadequado ou crenças familiares sobre os cuidados com a criança podem comprometer o desenvolvimento físico e social da infância. Pode-se citar um exemplo de um bebê que não chora e passa a maior parte do tempo dormindo, para uma mãe inexperiente, pode achar que não é necessário alimentar seu filho em intervalos regulares e acaba por alimentá-lo menos do que ele necessita para um adequado crescimento e desenvolvimento, acarretando dessa maneira os transtornos alimentares, entre eles o ANOCI.

Assim, o profissional de saúde, como detentor do saber e de crenças, deve ter cuidado ao lidar com esses tipos de questões e tentar explicar, conforme a aceitação da família, a melhor forma de contribuir para o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

A rede de apoio religioso é, muitas vezes, um fator protetor do aparecimento de fatores de risco para o ANOCI e de outros tipos de negligência. A família que frequenta uma comunidade religiosa tem mais suporte social, emocional e em muitos casos são financeiramente ajudados. (DEPANFILIS, 2006).

A participação em igrejas, de qualquer religião, faz com que a família não fique isolada ou excluída, e geralmente reforçam os mecanismos positivos de interação dos pais com a criança, havendo conseqüentemente maior troca de afeto, auxiliando na composição de uma família saudável física e emocionalmente.

### 3.2 Características das Crianças - Sinais e Sintomas

Sabe-se que cada criança nasce com um temperamento, uma forma de ser e agir, percebidas logo após o nascimento. As crianças podem apresentar sinais do ANOCI, conforme Farinatti, Biazuz e Leite (1993), desde os primórdios da infância.

Figueira, Alves e Bacelar (2002) afirmam que o sinal mais precoce do ANOCI é a ausência de sinais de desenvolvimento afetivo de acordo com a idade em que se encontra. O não-estabelecimento de contato visual, ausência de riso social, falta de reciprocidade vocal e o fato de a criança não procurar se ajustar ao corpo do adulto que a segura nos braços são encontrados nas crianças com esse distúrbio infantil.

São consideradas de difícil manejo pelas mães, apresentando dificuldades alimentares, como a recusa em sugar o peito da mãe, gritam ou dormem durante a mamada, recusam a mamadeira e lutam com quem tenta alimentá-las (FARINATTI, FERRÃO e BALDISSEROTTO, 1994).

Esses comportamentos podem ser frustrantes para os pais, em especial a mãe, fragilizando a relação do binômio mãe-bebê. Combinado com as características da mãe, essas situações acabam deteriorando a relação e conseqüentemente ocorre a falha em ganhar peso.

A criança com ANOCI geralmente sorri e verbaliza muito pouco, preferem contatos à distância, preferem objetos inanimados à pessoas, e não reagem bem ao serem tocados ou levados ao colo. Não demonstram ansiedade quando separadas da mãe, porém, são mais medrosas e apáticas.

Segundo DePanfilis (2006) e Motta, Lucion e Manfro (2005), as crianças negligenciadas emocionalmente podem ainda ter comportamentos distintos, em resposta às inadequadas interações com a mãe.

Apresentam comportamentos ditos internos, exemplificados por passividade, apatia, baixo padrão de atividades, depressão, permanecer dormindo por muito tempo, agitação noturna, dificuldade de concentração, entre outros. Os comportamentos externalizados são caracterizados por irritabilidade, hiperatividade, dificuldade de concentração, comportamentos destrutivos, e distração (FIELD, 1992 apud FRIZZO E PICCININI, 2005).

### 3.3 Diagnóstico e manifestações clínicas

O ANOCI, segundo Nunes (2002) e Breitman (1999), é bem mais freqüente do que é diagnosticado, pois ainda é um tema pouco abordado e pouco discutido nos meios acadêmicos e hospitais pediátricos. Wright (2000) afirma que o ANOCI é visto de forma pejorativa por muitos profissionais, relutantes em fazer esse diagnóstico.

Geralmente são dois os critérios utilizados para inclusão de crianças no diagnóstico do Atraso não-orgânico do Desenvolvimento Infantil, conforme Breitman (1999) e Bauchner (2000):

- a) Baixo peso para a idade.
- b) Ausência de causa orgânica que justifique o baixo peso.

Para estabelecer esses critérios, é necessário se estudar as características dos pais e da família como: idade dos pais, profissão, estabilidade, relações sociais e familiares, problemas na gestação e parto, situações de estresse, doenças familiares e vícios dos pais (BREITMAN, 1999).

Em relação à criança, deve-se obter toda a história de saúde, desde o peso ao nascer, idade gestacional, idade em que se observou o baixo peso, tipo e problemas de alimentação. Durante a anamnese e exame físico, pode-se perceber se há indícios de abuso ou negligência infantil de qualquer natureza. (BAUCHNER, 2000)

Embora todas essas informações sejam importantes para o diagnóstico de ANOCI, é de extrema relevância a observação da relação entre pai/mãe/cuidador - bebê/criança, em especial durante a alimentação, quando possível, já que as causas do ANOCI resultam exatamente de relações inadequadas entre os pais e a criança.

Concordo com Osório, Weisstaub e Castillo (2002), quando dizem que os pais, os filhos e todo o meio social estão em constante interação. A alteração de uma das partes afeta inevitavelmente os outros, explicando desse modo, o aparecimento dos transtornos alimentares na infância, como o ANOCI.

### **3.4 Conseqüências para a criança**

As crianças com ANOCI sem tratamento adequado sofrem danos prejudiciais à saúde física e psicológica, em especial no primeiro ano de vida (BAUCHNER, 2000).

Nos EUA, segundo o mesmo autor, um terço das crianças diagnosticadas apresentam atraso no desenvolvimento e problemas psicológicos e sociais.

Segundo Wright (2000), estudos realizados na Inglaterra sugerem que a persistência de baixo peso pode levar a uma subalimentação crônica. Também poderá causar raciocínio e fala lenta, sendo o diagnóstico feito pelos professores nas escolas (FARINATTI, FERRÃO E BALDISEROTTO, 1994)

Conforme Morais e Eidt (1999), as crianças vítimas dessa negligência infantil podem ser insuficientemente providas de cuidados psicológicos, afetivos e cognitivos, acarretando danos que se prolongam por toda a vida.

Essa privação, tanto alimentar quanto de amor e afeto, onde as crianças são alvos da rejeição e indiferença por parte de seus pais/mãe/cuidadores, causa um impacto tão grande que, com o passar dos anos, podem causar ausência de afeições, empatias e aceitação, tornando-se adultos instáveis e com enorme déficit emocional.

### **3.5 O desafio da Enfermagem: cuidados na intervenção e prevenção**

Para Farinatti, Biazuz e Leite (1993), no ANOCI, a dificuldade da criança em ganhar peso reside na coexistência dos múltiplos fatores de riscos envolvidos nessa desordem infantil. Esses fatores interagem entre si, envolvendo também características psicodinâmicas individuais dos pais e da criança, nas peculiaridades do ambiente que se impõe à família, como redes sociais, situação econômica e crenças à respeito de saúde.

Há unanimidade entre os autores de que o melhor modo para tratar a criança com ANOCI é um manejo de uma equipe multiprofissional. (FARINATTI, BIAZUZ E LEITE, 1993; NUNES, 2002).

Todos os profissionais de saúde têm competências específicas para identificar os fatores de risco que levam ao ANOCI, e assim intervir o mais rápido possível, evitando ou diminuindo as consequências dessa desordem infantil.

Para isso, o profissional de saúde necessita utilizar, além das habilidades técnicas, as capacidades de intuição e sensibilidade, necessárias para trabalhar com outro ser humano, uma vez que todas as intervenções nessas famílias se fazem necessárias no sentido de precocemente procurar diminuir o sofrimento da criança e da família, promovendo mais saúde, bem-estar e maior qualidade de vida.

Segundo Wright (2000) e Morais e Eidt (1999), é na atenção primária o melhor meio para perceber possíveis sinais do ANOCI e de outras formas de negligência infantil. Através das consultas de enfermagem e visitas domiciliares, o enfermeiro observa com mais fidelidade os vínculos afetivos entre a criança e a família, suas fragilidades e necessidades. Uma visita domiciliar, realizada por um profissional habilitado e treinado, pode revelar questões óbvias e de simples resolução, ou mesmo apontar uma causa importante que não era identificada nas consultas ou na internação. A partir disso, a equipe deve intervir, focando o bem-estar e saúde da criança e da família.

Porém, infelizmente, como lembra Farinatti, Biazuz e Leite (1993), no nosso país, as visitas domiciliares não estão a serviço de toda a população, e, além disso, os profissionais, na sua maioria, não são treinados para identificar as causas do ANOCI e de outros transtornos de alimentação infantil.

A equipe multidisciplinar deve estar ciente de que a abordagem com as famílias e crianças com essa desordem infantil requer tempo e sensibilidade. O sucesso do tratamento depende do estabelecimento de um vínculo positivo e de confiança entre a família - equipe, a fim de obter a cooperação de todos os indivíduos envolvidos no tratamento (OWRLY, 1996).

O atendimento da equipe multiprofissional deve levar em conta a história de cada criança, compreendendo todas as causas psicossociais presentes na família e de todos os elementos que contribuem para o crescimento de uma criança: torna-se relevante atentar para a saúde em geral, o estado nutricional, questões familiares e as interações com os genitores, para assim implementar uma assistência individualizada.

Os pais ou cuidadores necessitam estar envolvidos em todo o tratamento da criança com ANOCI, ficando a par de todas as intervenções da equipe, que devem ser sensatas e aceitáveis, de acordo com a realidade de cada família (WRIGHT, 2000).

Devem ser encorajados a tomar decisões conjuntas com a equipe e a participarem nos cuidados à criança, descobrindo suas qualidades e reforçando seus pontos positivos. De maneira alguma devem se sentir culpados pela desordem da criança, visto que os pais são essenciais para o sucesso do tratamento.

A hospitalização da criança com ANOCI é indicada, segundo autores como Farinatti, Biazuz e Leite (1993) e Bauchner (2000) e é válida quando ocorre falhas no tratamento domiciliar, tais como: desnutrição importante da criança, doença orgânica associada ou maus-tratos e negligência severas. Os objetivos da hospitalização são obter a recuperação do peso da criança e a educação dos pais.

Dentro do ambiente hospitalar, os profissionais, em especial a equipe de Enfermagem, necessitam estar atentos às necessidades entre mãe e a criança, e ensiná-la as melhores forma de interação com seu filho, ajudando-a a ter um relacionamento positivo. Além disso, é importante registrar em detalhes a ingesta alimentar, horários e modos da mãe em alimentar seu filho.

Como afirma Farinatti Biazuz e Leite (1993) é comum as crianças serem internadas, tratadas de suas carências nutricionais e, após, serem devolvidas no mesmo ambiente familiar e social, ocasionando novamente a falha no crescimento e desenvolvimento, pois voltam a interagir com os mesmos problemas. Assim, é importante que toda a família obtenha a ajuda necessária, através de tratamento adequado, em especial para a mãe, auxiliando-a resolver seus problemas internos para que possa contribuir positivamente no tratamento de seu filho.

Vários autores (MORAIS e EIDT, 1999; FARINATTI, BIAZUZ E LEITE, 1993; WRIGHT, 2000) sugerem que, grande parte dos profissionais de saúde, por desconhecimento ou por medo de se envolverem com os problemas detectados, não dão o devido valor às questões sociofamiliares e às crianças que falam sem ninguém entender: “ Temos fome não só de comida, mas de afeto!”

Seja no domicílio ou no ambiente hospitalar, as intervenções devem ser sempre centradas em alcançar a recuperação da saúde física e mental da criança e da família.

DePanfilis (2006) sugere alguns passos essenciais para que as intervenções da equipe multiprofissional sejam eficazes no que diz respeito ao alcance da saúde da criança com ANOCI:

- a) Construir um ambiente favorável com a família, passando segurança é crucial para o bom andamento do tratamento.
- b) Estabelecer objetivos concretos e adaptáveis à realidade de cada família.
- c) Obter o *feedback* com cada membro da família: é importante para a equipe entender a dinâmica familiar e assim obter a confiança de todos.
- d) Ouvir a família: quando a família acredita que seus interesses e sentimentos estão sendo ouvidos e respeitados, é mais fácil a compreensão e colaboração da família em todo o processo.
- e) A equipe deve estar preparada também para famílias apáticas e que não demonstram interesse nas mudanças propostas.
- f) Planejar mudanças na família com o intuito de aumentar os fatores protetores, isto é, positivos da família e/ou diminuir os fatores de risco identificados.

Wright (2000) alerta que, após todo o empenho dos profissionais envolvidos, algumas crianças podem continuar com o ANOCI. Para esses casos, manter diálogos envolvendo a família pode revelar novas possibilidades e oferecer uma nova oportunidade para reforçar as mensagens passadas para a família.

Bauchner (2000), Owrlly (1996), Wright (2000) lembram que o tratamento das crianças com ANOCI é a longo prazo. Elas devem ser acompanhadas adequadamente até pelo menos completarem os cinco anos de idade, através de apoio alimentar, afetivo e social, principalmente nas consultas de enfermagem ou visitas domiciliares.

Quanto à prevenção, a Educação em Saúde constitui a principal medida utilizada para o ANOCI e outros transtornos alimentares infantis. Cabe ao profissional Enfermeiro promover um cuidado integral, de forma competente e educativa, auxiliando a família nas suas escolhas, visando qualidade de vida para todos. Orientar a mãe, desde a gestação, em especial nas consultas de enfermagem, é a melhor forma de evitar comportamentos errôneos e não adequados para o desenvolvimento do vínculo entre a mãe e seu bebê.

## **4 METODOLOGIA**

Abaixo será descrita a metodologia utilizada como base para a confecção deste estudo.

### **4.1 Tipo de Estudo**

O estudo realizado foi do tipo exploratório, descritivo e foi desenvolvido por meio de uma Pesquisa Bibliográfica, conforme metodologia descrita por Gil (2002). Segundo este autor, a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, sendo estes constituídos principalmente por livros e artigos científicos. A fundamental vantagem deste tipo de pesquisa é permitir ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela pesquisada diretamente.

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, sendo a primeira através de Pesquisa Bibliográfica e a segunda etapa contemplou a confecção de um *folder* explicativo.

### **4.2 Campo de Estudo**

A pesquisa foi realizada nas bases de dados disponíveis na página eletrônica da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), tais como: ADOLEC, *Lilacs* entre outras e em acervo bibliográfico, contemplando o período de 1990 a 2006 nos idiomas português, inglês e espanhol.

### 4.3 Amostra

Foram verificados os periódicos indexados nas bases de dados disponíveis na página eletrônica da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), tais como: ADOLEC, *Lilacs* e *MedCaribe*, no período de 1990 à 2006, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, referentes ao *Failure to Thrive*, ou Atraso não-orgânico do Crescimento Infantil. Fizeram também parte da amostra informações complementares de materiais extras, encontrados em acervo bibliográfico.

### 4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um plano provisório, de acordo com Gil (2002), o qual consistiu na organização sistemática das diversas partes que compuseram o objeto de estudo.

Para encontrar as fontes que mais se adequaram à solução do problema proposto, foram realizadas as leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa respectivamente, conforme Gil (2002), indicando o nível de complexidade.

Uma busca bibliográfica foi realizada com o intuito de encontrar os artigos de periódicos indexados nas bases de dados disponíveis na página eletrônica da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Foram encontrados um total de 160 artigos situados no período de 1990 à 2006, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, utilizando-se os termos *failure to thrive* e insuficiência de crescimento. Destes artigos, 120 foram encontrados na base de dados *Lilacs*, 14 na base de dados MEDCARIB, 16 na base de dados ADOLEC, 8 na base de dados PAHO e 2 na base de dados WHOLIS. A leitura dos resumos dos trabalhos gerou a seleção final dos textos relevantes para esta pesquisa, e estes foram selecionados na íntegra, por meio da biblioteca virtual *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, Portal dos Periódicos CAPS (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) ou ainda, em alguns casos, por meio da comutação bibliográfica. Um total de 12 artigos foi selecionado para a pesquisa, sendo que destes, apenas 1, que constava diretamente sobre o tema, foi encontrado em Língua Portuguesa. Estes artigos foram lidos de forma

analítica e interpretativa, conforme Gil (2002), para atingir os objetivos aos quais esta pesquisa se propôs.

Como critérios de inclusão para a seleção dos artigos utilizados foram levados em consideração os trabalhos que contivessem dados pertinentes a respeito da classificação da desordem, sinais e sintomas mais associados ao *non-organic failure to thrive*.

Foi necessário estabelecer também, para a seleção destes artigos, critérios de exclusão. Artigos que tratavam somente a respeito da legislação não fizeram parte desta pesquisa, pois foram encontrados, em sua maioria, textos na Língua Inglesa e as leis, referentes aos países de origem dos trabalhos, diferem muito em relação às leis brasileiras. Também foram excluídos desta pesquisas artigos que tratavam sobre o *failure to thrive* de causa orgânica.

As informações sobre o Atraso não-orgânico do Crescimento Infantil (ANOCI) foram, ainda, complementadas por meio de materiais extras, encontrados em acervo bibliográfico. Estas obras foram consideradas fundamentais para se trabalhar esta temática, pois algumas delas foram citadas em praticamente todos os trabalhos e são, portanto, um marco referencial para o estudo dessa desordem infantil.

A confecção de fichas de leitura de apontamentos e bibliográficas, conforme consta no apêndice A, foi adotada para o registro de comentários acerca da obra, registro de conteúdo e identificação das obras consultadas (GIL, 2002).

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Os dados utilizados na realização desta pesquisa seguiram os princípios éticos, pois foram citados fielmente conforme a bibliografia selecionada e o preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) vigente.

#### **4.6 Análise dos resultados**

A análise dos resultados foi realizada por meio de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa do material selecionado para a pesquisa. As informações sobre o ANOCI, obtidas na coleta de dados, foram ordenadas e relatadas no sentido de identificar os aspectos relevantes do distúrbio para relacioná-los com os objetivos da pesquisa e oferecer subsídios, através da elaboração de um *folder*, aos profissionais e acadêmicos da área da saúde, em especial, da Enfermagem para o reconhecimento e manejo deste transtorno.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo *non-organic failure to thrive* ou Atraso não-orgânico do crescimento infantil (ANOCI) é utilizado para descrever uma criança que mostra uma falha ou declínio em relação a um padrão de crescimento previamente estabelecido, sem que haja uma correlação com causa orgânica, ou quando a história familiar é sugestiva de carência de afeto causando ingesta calórica inadequada.

O ANOCI é uma desordem reativa de relacionamento da infância, enfatizando-se a ligação materno-infantil. A criança com ANOCI é aquela que, por diversos fatores, é privada de amor materno, originando assim um bloqueio do desenvolvimento em geral.

Crianças com baixo peso ao nascer e crianças que vivem em situação de pobreza são mais propensas a desenvolver essa desordem. Além da pobreza, fatores estressores como interação precária entre criança-pais, estresse grave, maus-tratos infantis também são descritos como possíveis desencadeantes para o desenvolvimento de ANOCI.

O ANOCI é visto como uma forma de negligência dos pais, pois estes apresentam comportamentos contínuos que refletem ausência ou insuficiência de cuidados destinados às suas crianças.

É de suma importância que o profissional de saúde, em especial o pessoal da Enfermagem, tenha condições de identificar e reconhecer os fatores de risco do ANOCI, para ter condições de intervir rapidamente e assim minimizar os efeitos negativos no crescimento e desenvolvimento da criança e nas interações familiares.

É preciso que o profissional de Enfermagem busque propostas de intervenções para a construção de ações de saúde efetivas para a criança, considerando seu contexto social, possibilitando um cuidado integral e humanizado para toda a família.

Uma das limitações encontradas ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa foi a escassez de trabalhos publicados, principalmente no Brasil. A maioria dos artigos encontrados referente à temática são de literatura inglesa. É necessário obter dados da realidade brasileira, a fim de objetivar cuidados e intervenções pertinentes às crianças e famílias do nosso país. Contudo, essa carência de materiais sobre o ANOCI serviu como estímulo para o desenvolvimento desta pesquisa bibliográfica, com o intuito de

conhecer essa desordem infantil e contribuir para que os profissionais e acadêmicos da área da saúde também possam conhecê-la e identificá-la.

Discutir o ANOCI, a partir de uma pesquisa bibliográfica e confecção do folder explicativo, sugere a continuação desse estudo, pois entendo que cuidar de uma criança que sofre com ANOCI significa atuar em todo o contexto familiar.

É necessário que este assunto esteja presente no currículo dos cursos de graduação da área da saúde, permitindo assim aos acadêmicos, em especial de Enfermagem, compreender a realidade deste problema, adquirindo subsídios para uma adequada identificação e intervenção efetiva, direcionando o cuidado para o bem-estar da criança com ANOCI e de sua família.

## **6 SUGESTÕES ELABORADAS ATRAVÉS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA REALIZADA**

Para auxiliar na compreensão e identificação do Atraso Não-Orgânico do Crescimento Infantil (ANOCI), foi elaborado um *folder* explicativo, com intuito de oferecer subsídios aos acadêmicos e profissionais de enfermagem no reconhecimento dos fatores de risco e juntamente com uma equipe multidisciplinar, prevenir ou intervir precocemente nessa desordem infantil. (Apêndice B)

O *folder* é constituído por quatro partes essenciais:

- a) O que é o ANOCI.
- b) Principais fatores de risco.
- c) Características das Crianças.
- d) Intervenções de Enfermagem.

O *folder* foi baseado no material utilizado para realização desta pesquisa bibliográfica. Além disso, as imagens utilizadas foram selecionadas e gentilmente cedidas do acervo de imagens da fotógrafa Cláudia Gatal.

## REFERÊNCIAS

ALBERTON, M.S. **Violação da Infância**: crimes abomináveis: humilham, machucam, torturam e matam!. Porto Alegre: AGE, 2005. 230 p.

ALGERI, S. Caracterização de Famílias de Crianças em Situação de Violência Intrafamiliar. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado - o Mito do Amor Materno**. São Paulo: Círculo do Livro, 1988. 310 p.

BAUCHNER, H. Failure to thrive. *In*: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. **Nelson**: text book of pediatrics. 16.th. New York: W.B. Saunders Company, 2000.

BINDARY, A. (Org.) Guidelines on the at-risk concept and the health and nutrition of young children. **American journal of clinical nutrition**. Califórnia, v. 30, n.2, p. 242-254,1987.Disp.em:<[http://www.ajcn.org/cgi/search?sortspec=relevance&author1=&fulltext=guidelines&pubdate\\_year=1977&volume=&firstpage=242](http://www.ajcn.org/cgi/search?sortspec=relevance&author1=&fulltext=guidelines&pubdate_year=1977&volume=&firstpage=242)> Acesso em 18 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1991.

BREITMAN, F. Programa de atención intedisciplinaria de lactantes com retardo de crecimiento nó orgânico. **Archivos Argentinos de Pediatría**. Buenos Aires, v. 97, n. 6, p. 365-375, diciembre 1999.

DEPANFILIS, D. Child Neglect: Guide for Prevention, Assessment and Intervention . **Child Welfare Information Gateway** - Children´s Bureau. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, 2006. Disp. em: <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/neglect/index.cfm>. Acesso em 12 de fevereiro de 2007.

FARINATTI, F.; BIAZUZ, D.B.; LEITE, M.B. **Pediatria Social à Criança Maltratada**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

FARINATTI, F.; FERRÃO, Y.A.; BALDISSEROTTO, S.V. Retardo do desenvolvimento de causa não orgânica. **Revista Pesquisa Médica**. Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 23-28, 1994.

FIGUEIRA, F., ALVES, J.G.B., BACELAR, C.H. **Manual de diagnóstico diferencial em pediatria**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 10, n. 1, 2005. Disp. em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000100007&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 20 de abril de 2007.

GAUDIN, J.Jr. Child Neglect: a guide for intervention. **Child Welfare Information Gateway** - User Manual Series. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, abril 1993. Disp. em: <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/neglect/neglectf.cfm>. Acesso em 10 de fevereiro de 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOLDANI, A.M. As Famílias Brasileiras. **Cadernos de Pesquisa**. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, n.91, p. 5-6, nov, 1994.

MORAIS, E.P.; EIDT, O.R. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n. especial, p. 6-21, 1999.

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANFRO, G.G. Efeito da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 27, n.2, p. 165-176, mai/ago 2005. Disp. em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082005000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 de abril de 2007.

NUNES, E.F. Crecimiento Inadecuado: Failure to thrive FFT. **Pediatria al dia**. Santiago, v. 18, n. 5, p. 5-9, 2002

OSORIO E., Jessica, WEISSTAUB N., Gerardo y CASTILLO D., Carlos. DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES. **Revista chilena de nutrición**, Santiago, vol.29, no.3 p.280-285., dic. 2002. Disp. em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de abril de 2007.

OWRLY, K.J. Pediatric Health Supervision. *In*: RUDOLPHS, A. M.; HOFFMAN, J.I.E.; RUDOLPHS, C.D. **Rudolph's Pediatrics**. 20 th. Stanford: Appleton & Lange, 1996.

RISCO. *In*: BUENO, F.S. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Abril, 1986. 1263 p.

SAPIENZA, G.; PEDROMONICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n.2, mai/ago2005. Disp.em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de maio de 2007.

SAVAGE, J.; FISCHER, J.O., Birch, L.L. Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. **Journal of law, medicine and ethics**. Oxford, v. 35, issue 1, p. 22-34, spring, 2007. Disp. em <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>. Acesso em 15 de maio de 2007.

WRIGHT, C. M. Identification and management of failure to thrive: a community perspective. **Archives of disease in childhood**. London, v. 82, p. 5-9, january 2000.

**APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados**

Título da obra	
Autor (s) da obra	
Ano de publicação	
Local disponível	
Idéia Central	
Considerações acerca da obra	

**Ficha de leitura de apontamentos para pesquisa bibliográfica.**

**APÊNDICE B - Modelo do folder informativo**

