

Desenvolvimento Normal de 1 a 5 anos

Desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. É um processo dinâmico com mudanças nos aspectos físico, social, emocional, de linguagem e cognitivo.

O diagnóstico precoce dos atrasos do desenvolvimento é importante para o melhor prognóstico, pois quanto mais cedo ocorre a intervenção, melhor o resultado.

O papel do pediatra é fundamental no acompanhamento do desenvolvimento e diagnóstico precoce dos seus desvios. A avaliação do desenvolvimento deve fazer parte de todas as consultas pediátricas, pois como na maioria das vezes a busca pela atenção médica é motivada por queixa específica e determinada pelos pais, restringir a avaliação do desenvolvimento às consultas de puericultura, previamente agendadas, implicaria em numerosas oportunidades perdidas de detecção de seus desvios. Desta forma, a visão atual é de que a puericultura deva ser também parte integrante da atenção pediátrica.

Para que possamos acompanhar o desenvolvimento infantil, orientar a mãe e detectar precocemente seus desvios, é necessário conhecer as características do mesmo, em cada faixa etária. A seguir descreveremos as características do desenvolvimento de crianças de 1 a 5 anos de idade, objeto deste capítulo.

Segundo ano de vida:

Nesta fase a criança dá seus primeiros passos, ganhando progressivamente uma maior mobilidade. As habilidades de manipulação adquiridas somadas a esta maior mobilidade irão permitir a exploração do ambiente. Assim, a criança aprende a caminhar, a alcançar e manipular objetos desejados.

A maior mobilidade irá contribuir também para a percepção do eu e do outro. Já pode separar-se da mãe e começa a descobrir o mundo. Entretanto, nesta fase ainda sente necessidade da segurança proporcionada pela presença materna. Assim, distancia-se da mãe sem perdê-la de vista, retornando com frequência.

A linguagem evolui até a criança poder falar de si mesma, fazer escolhas e se afirmar dizendo não. Neste período a imitação, dos pais ou irmãos mais velhos, é um importante modo de aprendizagem.

A consciência crescente da possibilidade de separação faz com que em

torno dos 18 meses surja a angústia da separação. A criança volta a apresentar dificuldade em separar-se dos pais, o que muitas vezes se expressa como dificuldade na hora de dormir. A criança, que já dormia bem, volta a acordar durante a noite e buscar pelos pais. Outra característica desta fase é a dificuldade na consulta médica, sendo indicado iniciar a consulta e o exame físico no colo da mãe.

Durante o segundo ano ocorre uma diminuição da velocidade do crescimento e, em consequência disso, diminuição do apetite. Apesar de fisiológica, esta diminuição do apetite frequentemente é causa de preocupação para os pais. O pediatra deve tranquilizá-los informando que a redução do apetite é esperada devido à diminuição fisiológica da velocidade do crescimento nesta faixa etária. A utilização do gráfico de crescimento ajuda a demonstrar que a redução de apetite é normal e não é prejudicial

Eliane Maria Garcez Oliveira da Fonseca¹

1. Presidente do Comitê de Pediatria Ambulatorial; Doutora em Saúde da Criança e da Mulher, IFF - Fiocruz; Professora de Pediatria da Escola de Medicina Souza Marques; Chefe do Setor de Distúrbios da Micção e Urodinâmica Pediátrica - HSE - RJ; Representante da International Children's Continence Society na América Latina

para seu crescimento. Esta compreensão diminui a ansiedade dos pais e ajuda a prevenir transtornos alimentares comuns nos pré-escolares.

Neste período ocorre a fase de transição e amadurecimento do controle esfincteriano e o lactente pode reclamar quando estiver sujo ou molhado (ver tópico sobre controle esfincteriano no final do capítulo).

Segunda infância ou pré-escolar: 2 a 5 anos

Esta fase caracteriza-se pelo aprimoramento das habilidades adquiridas: comunicação, locomoção, manuseio de objetos e jogos simbólicos. É a idade de explorar e brincar. Distingue-se também pela exposição a uma esfera social maior, com adaptação a novas regras e relacionamentos.

A redução da velocidade de crescimento e a diminuição do apetite fazem com que muitas vezes a criança apresente um hábito alimentar seletivo, tor-

nado-se exigente e “difícil de agradar”.

Aos três anos desenvolve-se a lateralidade e frustrações podem ocorrer com tentativas de mudar a preferência de mão da criança.

O desenvolvimento motor fino dependerá de estímulos do ambiente e oportunidades de aprendizagem como a utilização de giz de cera, por exemplo.

O controle esfinteriano ocorre neste período apesar de sofrer grandes variações individuais e culturais. O mesmo está detalhado em um tópico específico no final do capítulo.

A linguagem desenvolve-se rapidamente nesta fase. O vocabulário aumenta de 50 a 100 palavras aos dois anos para 2.000 palavras aos cinco anos. Como uma regra geral, de dois a cinco anos de idade, o número de palavras numa frase é igual a idade em anos. Por exemplo: 2 anos = 2 palavras; 3 anos = 3 palavras etc.

O desenvolvimento da linguagem depende muito do estímulo recebido do ambiente. Os principais determinantes incluem a quantidade e variedade de falas dirigidas à criança, a frequência com que os adultos fazem perguntas e encorajam a criança a falar. Os livros de figuras têm um papel importante no seu desenvolvimento.

A capacidade de elaboração simbólica aumenta progressivamente permitindo que a criança fale de si, seja criativa na linguagem e pense sobre si. A capacidade de representação permitirá que a criança pense e fale sobre a mãe e sobre os objetos na sua ausência.

A criança percebe o que é o “eu” e “o outro”, o que é “meu” e “do outro”. Aparecem as perguntas sobre as diferenças sexuais e a curiosidade sobre a origem dos bebês.

Nesta fase as expectativas dos pais a respeito dela são muito importantes para a criança. Ela passa a se interrogar sobre as mesmas e a perceber os desejos pater-

nos. Destaca-se que no funcionamento psíquico das crianças, prevalece o desejo muitas vezes inconsciente dos pais.

Entretanto, o desejo dos pais é uma referência para as crianças e não um determinante absoluto. A criança pode fazer suas próprias escolhas diferentes dos mesmos. Surgem os sentimentos ambivalentes em relação aos pais. As proibições muitas vezes resultam em birras e choro. Esta fase pode ser difícil para os pais, mas é fundamental para o desenvolvimento da criança em direção à independência e à socialização. Esta aprenderá a respeitar os limites necessários para a sua participar da vida social.

A percepção dos limites e de que ela não pode tudo, faz com que comumente surjam manifestações de medo (escuro, animais etc) neste período.

Aos três anos a criança reconhece o outro e a alteridade, sabe esperar sua vez, gosta de brincar com outras crianças e também sozinha. Estas aquisições e a sedimentação das funções motoras e sociais permitem a ampliação do campo de trocas da criança do domínio exclusivo da família em direção à escola.

Implicações destas características para pais e pediatras:

Os pediatras devem:

- Tranquilizar os pais em relação à preocupação com a diminuição do apetite e da ingestão alimentar.
- Esclarecer os pais sobre a angústia da separação. Orientar sobre rotinas e dificuldades na hora de dormir, na entrada na creche etc. Sempre que possível examinar a criança no colo da mãe.
- Valorizar a conquista progressiva da independência pela criança, alertando sempre sobre medidas de segurança e prevenção de acidentes.
- Orientar sobre a importância dos limites e da disciplina. Salientando a importância de tratar a criança com

paciência, evitando a violência desnecessária e prejudicial na educação da criança.

- Estimular um ambiente positivo para o desenvolvimento infantil.
- Perguntar e orientar sobre treinamento esfinteriano.

Avaliação do desenvolvimento: quando e como?

- Avaliar o desenvolvimento em todas as oportunidades.
- Desde o início da consulta.

Identificar os fatores de risco:

- Problemas na gestação, parto, nascimento ou período neonatal.
- Doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões.
- Parentesco entre os pais.
- História de deficiência ou doença mental na família.
- Ambiente: violência doméstica, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

Perguntar aos pais sobre o desenvolvimento da criança

Valorizar a queixa dos pais

História

Exame físico

Utilização de instrumentos de vigilância do desenvolvimento:

- Instrumentos de vigilância do desenvolvimento

Caderneta de Saúde da Criança – Ministério da Saúde

- Testes de Denver II (0 a 6 anos)
- Rastrear crianças assintomáticas para possíveis problemas (15, 30, 48 meses)
 - Confirmar uma suspeita intuitiva através de medida objetiva
 - Monitorizar crianças com risco para problemas do desenvolvi-

mento (Exemplo: problemas perinatais)

- Áreas funcionais avaliadas:
- Social = capacidade de se relacionar com as pessoas e cuidar de si
- Motor-adaptativa fina = habilidade em manipular objetos e desenhar
- Linguagem = capacidade de entender e se expressar
- Motora grosseira = habilidade de andar, correr, saltar...

Marcos do Desenvolvimento: 2 a 5 anos

- 15 meses:
 - Motor: anda sozinho e raramente cai.
 - Adaptativo: constrói torre de três cubos, faz uma linha com giz de cera.
 - Linguagem: jargões, obedece a comandos simples, podem nomear objetos familiares.
 - Social: expressa seus desejos ou necessidades apontando, abraça os pais.
- 18 meses:
 - Motor: corre, sobe escada seguro por uma mão.
 - Adaptativo: constrói torre de quatro cubos.
 - Linguagem: dez palavras, nomeia figuras, identifica uma ou mais partes do corpo.
 - Social: leva os alimentos à boca com a sua mão, começa a reclamar que a fralda está suja ou molhada.
- 24 meses:
 - Motor: corre bem, sobe e desce escada, abre portas, sobe nos móveis.
 - Adaptativo: constrói torre de sete cubos, risca em padrão circular.
 - Linguagem: usa frase.
 - Social: ajuda a tirar a roupa, con-

ta experiências imediatas, escuta histórias quando são mostradas figuras.

- 30 meses:
 - Motor: sobe escada alternando os pés.
 - Adaptativo: constrói torre de nove cubos, imita círculos.
 - Linguagem: refere-se a si mesmo por pronome "eu", diz seu nome e nomeia objetos como seus.
 - Social: controle esfinteriano.
- 36 meses:
 - A. Motor: pedala, fica momentaneamente num pé só.
 - B. Adaptativo: constrói torre de dez cubos, copia círculos.
 - C. Linguagem: sabe idade e sexo, conta três objetos.
 - D. Social: joga jogos simples, lava a mão, ajuda a se vestir.
- 48 meses:
 - A. Motor: mantém-se em um pé só, joga bola, usa tesoura para cortar.
 - B. Adaptativo: copia cruz e quadrado, desenha um homem com 2 a 4 partes além da cabeça.
 - C. Linguagem: conta histórias.
 - D. Social: brinca com várias outras crianças, vai ao banheiro sozinho.
- 60 meses:
 - A. Motor: consegue saltar.
 - B. Adaptativo: copia triângulo, distingue o mais pesado de dois objetos.
 - C. Linguagem: nomeia quatro cores.
 - D. Social: veste-se e despe-se, pergunta sobre o significado das palavras.

CONTROLE ESFINCTERIANO

O controle esfinteriano é um marco tanto do desenvolvimento quanto social. Sua aquisição é fortemente influenciada por fatores educacionais, ambientais, sociais, familiares, psicológicos e hereditários.

A retirada inadequada das fraldas tem consequências negativas para a criança, entre estas: dificuldade para completar o aprendizado, constipação intestinal, disfunção miccional, infecção urinária recorrente, conflitos familiares e repercussões sociais.

O conhecimento pelo pediatra da fisiologia e funcionamento do trato urinário inferior, bem como do seu progressivo amadurecimento, é necessário para que possa atuar na orientação aos pais e cuidadores, prevenção e reconhecimento precoce dos distúrbios de função do trato urinário inferior e intestinal.

A aquisição da continência urinária e fecal normalmente segue um padrão evolutivo. Inicialmente a criança adquire o controle fecal noturno, seguido pelo controle fecal diurno, posteriormente o urinário diurno e finalmente o urinário noturno. Por terem a mesma origem embriológica e inervação, além da proximidade anatômica, a coexistência de distúrbios do controle intestinal e urinário é bastante frequente e tem sido denominada Síndrome de Disfunção das Eliminações.

A continência urinária e a micção são controladas por uma integração complexa entre sistema nervoso somático e autônomo. Os padrões de armazenamento e esvaziamento vesical modificam-se no lactente e pré-escolar até atingir o amadurecimento.

O desenvolvimento da continência envolve várias etapas:

- aumento da capacidade vesical;
- percepção da plenitude vesical e inibição da contração do detrusor, inicialmente quando acordado e depois durante o sono;
- facilitação da micção, isto é, habilidade para iniciá-la antes de alcançar a capacidade vesical funcional;
- inibição da micção, postergando-a, apesar da bexiga cheia, até local e

momento socialmente adequados, através da regulação cortical e inibição do arco reflexo no nível da ponte.

No lactente, a bexiga se esvazia quando atinge sua capacidade funcional. Esta é de aproximadamente 30 ml no recém-nascido e 60 ml com um ano de idade. A micção ocorre com intervalos de aproximadamente uma hora e não pode ser iniciada ou inibida voluntariamente e o esvaziamento vesical pode ser incompleto. Nesta fase, a micção ocorre por reflexo com controle do centro pontino da micção e pequena participação cortical.

Entre um e três anos de idade, a aquisição da continência depende de um aumento progressivo da capacidade vesical (em torno de 30 ml a cada ano até a puberdade) e do desenvolvimento da atuação reguladora do córtex cerebral sobre o centro pontino da micção. Esta última permitirá à criança o controle voluntário sobre os reflexos que controlam o detrusor e o esfíncter. A coordenação entre o detrusor e o esfíncter está desenvolvida e não há mais resíduo pós-miccional. Neste período, a criança passa a ter consciência da plenitude vesical e reconhece que a micção é iminente, mas inicialmente não é capaz de controlá-la. A maioria das crianças nesta idade começa a comunicar que quer urinar, mas o intervalo entre o aviso e a micção ainda é muito curto.

Progressivamente, a criança desenvolverá a capacidade de inibição cortical do arco reflexo ao nível da ponte, que permitirá que ela controle a micção. A continência social resulta da soma desta habilidade adquirida com a percepção de que existem horas e locais socialmente aceitos para que as eliminações ocorram.

Durante a fase de transição do desenvolvimento, entre 18 meses a três anos de idade, a latência entre o desejo e a micção poderá ser prolongada e a continência mantida pela contração voluntária da musculatura perineal. Nesta fase, a

criança, muitas vezes, percebe a pressão exercida pelos pais e/ou cuidadores pela continência, sem ainda ter adquirido a capacidade de controle cortical da micção. Esta cobrança inadequada faz com que ela utilize da contratura do assoalho pélvico para este fim, o que pode gerar incoordenação vésico-esfincteriana, disfunção miccional e/ou intestinal.

Aos três anos, a maioria das crianças está continente durante o dia. Após a continência existe um período variável, usualmente de até seis meses, em que o escape urinário pode ocorrer. Em estudo realizado com crianças de uma creche no Rio Grande do Sul os acidentes (escapes urinários) aconteceram em 95% das crianças e não ultrapassaram os três meses de duração.

Aos quatro anos, a capacidade vesical dobra em relação ao que era aos dois anos e a criança adquire a habilidade de iniciar e parar a micção quando deseja. Este período caracteriza-se pela aquisição do controle voluntário do esfíncter. Nesta idade, 85% a 88% das crianças já alcançaram o controle completo. O controle urinário noturno ocorre em torno de seis meses a um ano após a retirada de fraldas durante o dia.

A maioria das crianças aprende a controlar voluntariamente a eliminação de urina e de fezes durante o dia entre dois anos e dois anos e meio. A retirada da fralda só deve ser iniciada quando a criança e os pais estiverem preparados. A criança inicialmente sinaliza este preparo, avisando que a fralda está molhada ou suja de fezes. O processo de retirada deve ser iniciado quando a criança for capaz de: falar, andar, sentar por cinco a dez minutos, tirar suas roupas (de fácil manuseio, com elástico), compreender os termos utilizados para nomear urina e fezes, entender que existem locais apropriados, socialmente aceitos, para suas eliminações.

O pediatra deve perguntar e orientar

sobre controle esfincteriano. Deve também reconhecer os fatores de risco e obstáculos para a aquisição da continência. Toda queixa relativa ao controle esfincteriano deve ser valorizada e avaliada através da anamnese e exame físico, que indicarão se investigações adicionais e/ou intervenções terapêuticas são necessárias. Os achados da anamnese e do exame físico que alertam para esta necessidade são:

Na anamnese:

- Incontinência urinária contínua em qualquer idade
- Incontinência urinária diurna intermitente¹ após os quatro anos²
- Incontinência urinária noturna intermitente após cinco anos
- Força para urinar em qualquer idade
- Jato urinário fraco ou gotejamento em qualquer idade
- Urgência após a aquisição do controle urinário ou após cinco anos, o que ocorrer antes
- Manobras de contenção após a aquisição do controle urinário ou após cinco anos, o que ocorrer antes
- Micção intermitente após os três anos de idade
- Infecção urinária em qualquer idade
- Constipação e/ou escape fecal em qualquer idade
- Urina pouco concentrada e em grande volume
- História de diabetes gestacional e asfixia neonatal

No exame físico:

- Presença de estigma neurocutâneo na região lombo-sacra: tufo de pelo, hemangiomas, manchas hipo ou hiperocrômicas, "dimple",

1. Diferenciar dos escapes urinários ocasionais normais até seis meses após a continência.

2. A ICCS (Sociedade Internacional de Continência em Crianças) considera incontinência urinária diurna após cinco anos de idade.

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> lipoma. Anomalias do sulco interglúteo: ausência ou assimetria Alteração no exame neurológico: | <ul style="list-style-type: none"> reflexo bulbocavernoso e reflexos profundos dos membros inferiores Alterações ortopédicas de membros inferiores e/ou coluna | <ul style="list-style-type: none"> Palpação de massa abdominal Alterações no exame da genitália Déficit de crescimento |
|--|--|---|

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Desenvolvimento de um a cinco anos:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. www.soperj.org.br. Acessado em: 06/2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. FONSECA, E.M.G.O. Integração Universidade-Comunidade: Uma metodologia de sucesso na promoção da saúde. Rio de Janeiro: Imprinta, 2009.

4. HALPERN, R.; FERREIRA, J.P. Vigilância do desenvolvimento infantil no consultório pediátrico. In: FERREIRA, J.P. et al. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 649-51.
5. UNICEF Brasil. Família brasileira fortalecida. www.unicef.org. Acessado em: 06/2010.
6. www.zerotothree.org. Acessado em: 06/2010.

Desenvolvimento de um a cinco anos – controle esfinteriano:

1. KOFF, S.A.; WAGNER, T.T.; JAYANTHI, V.R. The relationship among dysfunctional elimination syndromes, primary vesicoureteral reflux and urinary tract infection in children. *J Urol* 1998; 160: 1019 – 1022.
2. MCLELLAN, D.L.; BAUER, S.B. BLADDER,

Dysfunction. In: AVNER E.D.; HARMON, W.E.; NIAUDET, P. (Orgs.). *Pediatric Nephrology*. 5th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 1077-90.

3. NEVÉUS, T.; VON GOTARD, A.; HOEBEKE, P.; HJÁLMS, K.; BAUER, S. et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol* 2006; 176(1):314-24.
4. SILLEN, U.; SOLSNES, E.; HELLSTROM, A.L. et al. The voiding pattern of healthy preterm neonates. *J Urol* 2000; 163: 278.
5. YEUNG, C.K.; GODLEY, M.L.; HO, C.K.W. et al. Some new insights into bladder function in infancy. *Br J Urol* 1995; 76: 235.
6. www.i-c-c-s.org. Acessado em: 06/2010.

AVALIAÇÃO

1. Com relação ao papel do pediatra no desenvolvimento infantil, é correto afirmar que o mesmo deve:

- a) Detectar precocemente os atrasos.
- b) Atuar na promoção do desenvolvimento.
- c) Orientar aos pais sobre as próximas etapas.
- d) Todas as afirmativas acima estão corretas.

2. Qual dos marcos do desenvolvimento abaixo é usualmente encontrado aos 24 meses?

- a) sobe escada alternando os pés.
- b) nomeia quatro cores.
- c) veste-se e despe-se.
- d) usa frase.

3. Mãe comparece com lactente de 18 meses à consulta de rotina, diz que o mesmo está com dificuldade para dormir, acordando durante a noite e chamando pelos pais. A mesma diz estranhar a situação já que a criança dormia bem. Não havia outras queixas. O exame físico foi normal apesar da resistência e choro da criança para ser examinada fora do colo da mãe. A conduta adequada é:

- a) Encaminhar a criança para avaliação psicológica.
- b) Solicitar exame parasitológico de fezes.
- c) Orientar os pais sobre angústia da separação.
- d) Suspeitar de negligência materna.

4. A percepção dos desejos paternos torna-se particularmente importante para a criança em torno da idade de:

- a) três meses.
- b) um ano.
- c) dois anos.
- d) cinco anos.

5. São aspectos importantes no desenvolvimento de 24 a 36 meses, exceto:

- a) Aprender a brincar com amigos.
- b) Controle esfinteriano.
- c) Usar tesoura para recortar figura.
- d) Percepção dos limites.

6. Uma criança deve estar apta a nomear quatro cores, vestir e despir-se, pular e repetir uma sentença de dez sílabas aos:

- a) 36 meses.
- b) 42 meses.
- c) 48 meses.
- d) 60 meses.

Ficha de avaliação

Desenvolvimento Normal de 1 a 5 anos _____ **4**

- 1) A B C D
- 2) A B C D
- 3) A B C D
- 4) A B C D
- 5) A B C D
- 6) A B C D

Desenvolvimento Neuropsicomotor no Primeiro Ano de Vida _____ **9**

- 7) A B C D
- 8) A B C D
- 9) A B C D
- 10) A B C D
- 11) A B C D
- 12) A B C D

Acompanhamento do Crescimento Normal _____ **15**

- 13) A B C D
- 14) A B C D
- 15) A B C D
- 16) A B C D

Afetividade e Desenvolvimento _____ **21**

- 17) A B C D
- 18) A B C D
- 19) A B C D
- 20) A B C D
- 21) A B C D
- 22) A B C D

Crescimento e Desenvolvimento na Adolescência _____ **28**

- 23) A B C D
- 24) A B C D
- 25) A B C D
- 26) A B C D

Avaliação Auditiva: Como proceder _____ **35**

- 27) A B C D
- 28) A B C D
- 29) A B C D
- 30) A B C D
- 31) A B C D
- 32) A B C D

Detecção Precoce de Alterações Visuais: Papel do Pediatra **40**

- 33) A B C D
- 34) A B C D
- 35) A B C D
- 36) A B C D
- 37) A B C D
- 38) A B C D

Aspectos Disciplinares e Desenvolvimento Infantil _____ **47**

- 39) A B C D
- 40) A B C D
- 41) A B C D
- 42) A B C D
- 43) A B C D
- 44) A B C D

Dificuldades Escolares _____ **53**

- 45) A B C D
- 46) A B C D
- 47) A B C D
- 48) A B C D
- 49) A B C D
- 50) A B C D

Baixa Estatura _____ **58**

- 51) A B C D
- 52) A B C D
- 53) A B C D
- 54) A B C D
- 55) A B C D
- 56) A B C D

Puberdade Precoce _____ **62**

- 57) A B C D
- 58) A B C D
- 59) A B C D
- 60) A B C D
- 61) A B C D
- 62) A B C D

Enviar à SOPERJ por correio, fax ou e-mail
Rua da Assembléia, 10 - Grupo 1812 - Centro
20011-901 - Rio de Janeiro - RJ
Tel: 2531-3313 - e-mail: pedsoperj@soperj.org.br
Favor enviar dúvidas quanto a utilização do DVD e ao
acesso aos gráficos para o e-mail: pedsoperj@soperj.org.br