

**CD - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: CUIDANDO E
PROMOVENDO A SAÚDE DA CRIANÇA.**

RELATO DE EXPERIÊNCIA

PÂMELA KATHERINE NELSON CAMPERO
DANIELE DA SILVA MACÊDO
RENATA CRISTINA BARROS LEITE
CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI OLIVEIRA
DAYARA ALVES FERRO
MAIANA MARIA DE LIMA DANTAS
EMELINE NORONHA VILAR DE SOUZA
LEONARDO MOURA FERREIRA DE SOUZA
NADJA DE SÁ PINTO DANTAS ROCHA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFRN

Resumo

OBJETIVO: Retomar a prática do CD – Crescimento e Desenvolvimento na Unidade de Saúde Familiar e Comunitária por médicos pediatras e estudantes da graduação, promovendo tanto o acompanhamento das crianças quanto a educação e orientação aos pais quanto ao aleitamento, alimentação, vacinação, higiene e cuidado integral. **METODOLOGIA:** Projeto desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Comunitária (USFC), através da busca ativa e cuidado de crianças da comunidade na faixa etária de zero a dois anos para acompanhamento de seu processo de crescimento e desenvolvimento. Em 58 crianças foram verificados peso, altura e perímetro cefálico, sendo todos registrados em gráficos padronizados pela OMS. O desenvolvimento das crianças foi avaliado através da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Neuropsicomotor, utilizando-se brinquedos destinados a averiguar a aquisição de novas habilidades. **RESULTADOS:** Neste programa 100% das mães, na faixa etária dos 25 anos de idade, fizeram o pré-natal em média 6,5 consultas. Destas gestantes, 66% não apresentaram nenhuma intercorrência, enquanto 34% apresentaram. As crianças, em sua maioria, nasceram de parto eutócico (66%) e as cesarianas representaram 31% e os partos do tipo fórceps 3%. A média de peso dos recém-nascidos foi de 3.146g. A estatura dos bebês foi em média 48,3cm e o perímetro cefálico 34,4cm. 82,8% das crianças foram amamentadas, entre elas 27,6% tiveram aleitamento materno exclusivo, 1,7% aleitamento materno predominante, 46,6% aleitamento complementado, 6,9% aleitamento parcial e 17,2% receberam leite artificial. **CONCLUSÃO:** Este estudo proporcionou uma reflexão crítica acerca da possibilidade de prevenção de enfermidades infantis através da intervenção do programa no acompanhamento das crianças desde os primeiros anos de vida, avaliando situações de risco e promovendo um cuidado e crescimento saudável.

Palavras-chave: crescimento. desenvolvimento. criança. prevenção. promoção.

Abstract

OBJECTIVE: Retake the practice of the Growth and Development program by pediatricians of a Unit of Family and Community Health, promoting the accompanying of the children and education and orientations of their parents about breastfeeding, diet, vaccination and hygiene. **METHODS:** This is a Project developed in a Familial Basic Unit through an active searching of the children in the community, who are between zero and two years old, to accompany their process of growth and development. In 58 children was verified the weight, height and cephalic perimeter, all these data were registered in a graphic standardized by WHO. The development of children was evaluated through the Sheet Monitoring Psychomotor Development, using toys designed to investigate the acquisition of new skills. **RESULTS:** In this program 100% of pregnant women were accompanied in a pre-natal with an average of 6,5 appointments and were between 25 years old. 66% of these pregnant women did not have any problems during their pregnancy and 34% had. 66% of the deliveries were vaginal, 31% were cesarean section and 3% used instrumental. The average of weight was 3146g. Their height was around 48,3 cm and the cephalic perimeter 34,4 cm, 82% of these children were breastfed, 27,6% only had exclusive breastfeeding, 1,7% breastfeeding were predominant, 46,6% complemented breastfeeding, 6,9% partial breastfeeding and 17,2% used artificial milk. **CONCLUSION:** This study proposes a reflection about the possibility of acting against a lot of infant diseases through an intervention in their growth and development accompanied since the first years of life, evaluating risk situations and promoting a healthy growth.

Key-words: growth. development. children. prevention. Promotion

Introdução

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros para o ser humano¹.

Está garantido na Constituição Federal: “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988)². E de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e eqüitativa. Ou seja, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade.

Mas, apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Os índices de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos, em especial no nordeste brasileiro. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade³.

A monitorização do crescimento foi recomendada desde a década de 70, na Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, em 1978. No Brasil, embora o relatório da V Conferência Nacional de Saúde, realizada nessa mesma década, tenha incorporado a vigilância do crescimento, o tema somente ganhou relevância em 1984, com a criação do "Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)" pelo Ministério da Saúde. As ações básicas de saúde formuladas pelo PAISC visam assegurar integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias para a priorização das ações preventivas, cujo eixo básico é garantir o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Adotar medidas para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, como recomendado na Reunião de Cúpula em Favor da Infância (Nova York, 1990), na Conferência Internacional de Nutrição (Roma, 1992), nas políticas de saúde da criança (1980 aos dias atuais) do Ministério da Saúde como, no PAISC, na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), no Estatuto da Criança e Adolescência, bem como na semana de saúde integral, significa garantir um direito da população e cumprir uma obrigação do Estado⁴.

Dentro dessa perspectiva é que se faz necessário o acompanhamento nos primeiros anos de vida através do Crescimento e Desenvolvimento (CD), que constitui o elo articulador das ações do PAISC, e é organizado com base em atividades inerentes à saúde, visando avaliar e assistir o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

O CD para ser desenvolvido em sua plenitude, deve abordar todos os aspectos da vida da criança. Dessa forma, o profissional deve procurar conhecer e compreender a

criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental, pois as ações médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, não alcançaremos o sucesso esperado⁵.

As ações inseridas no CD utilizam a prevenção como diretriz, na medida em que procuram evitar problemas da criança mediante orientação às mães acerca dos cuidados para com seus filhos, identifica situações de risco e busca atuar de forma precoce nas intercorrências. Essas ações são desenvolvidas no meio de um sistema de captação precoce da população infantil e inclui o registro em prontuários, acompanhamento das crianças nos serviços, um calendário mínimo de atendimento nos primeiros cinco anos, padronização do esquema de imunização, incentivo ao aleitamento materno exclusivo, controle das doenças diarreicas, assistência às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e orientação nutricional⁶.

Se a caracterização do risco e o diagnóstico precoce forem subestimados, a condição de saúde da criança pode deteriorar-se e até levar à morte, se não forem tomadas medidas adequadas.

Assim, nota-se que o acompanhamento sistemático do crescimento da criança constitui o eixo central desse atendimento.

Objetivos

Geral

O presente trabalho teve como objetivo o de retomar à prática do CD (Crescimento e Desenvolvimento) por médicos pediatras, na Unidade de Saúde Familiar Comunitária (USFC), promovendo tanto o acompanhamento das crianças quanto a educação e orientação aos pais quanto ao aleitamento, alimentação, vacinação, higiene e cuidado integral.

Específicos

- a) proporcionar acompanhamento sistematizado do crescimento e desenvolvimento de crianças de acordo com os padrões esperados para cada faixa etária;
- b) detectar precocemente agravos à saúde infantil;
- c) obter melhores índices de aleitamento e vacinação;
- d) proporcionar aos alunos de graduação (Medicina) um maior embasamento teórico-prático com relação ao CD;
- e) contribuir para o cuidado integral à saúde da criança.

Metodologia

O projeto foi desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Comunitária (USFC) localizada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte na cidade do Natal/RN, de agosto de 2008 a agosto de 2009. As mães foram convidadas a participarem do projeto do CD através de convite verbal e panfletos informativos afixados na própria USFC. Foi construído um prontuário específico para o CD, contendo a ficha para registro da primeira consulta e das evoluções para cada criança atendida. Após um ano de iniciado o projeto, realizou-se uma busca de dados contidos no prontuário para a realização do estudo, sendo assim do tipo retrospectivo. Foram incluídas 58 crianças, na faixa etária de zero a dezoito meses. Dessas 51% eram

meninas e 49% eram meninos. Em relação à faixa etária, 37,9% eram crianças de zero a seis meses, 34,5% de seis a doze meses e 27,6% de doze a dezoito meses.

Durante o 1º ano de vida, as crianças foram acompanhadas mensalmente, e no 2º ano, trimestralmente. Durante as consultas, foram aferidos peso, altura e perímetro encefálico, que são alguns dos critérios utilizados para acompanhamento do crescimento físico infantil (OMS), sendo todos registrados em gráficos padronizados pela OMS (Figura 1). Para acompanhamento do desenvolvimento psicomotor das crianças foram utilizados uma ficha de avaliação com os marcos do desenvolvimento, bem como brinquedos destinados a averiguar a aquisição de novas habilidades. Foram avaliadas também dieta e vacinação da criança. Além disso, verificou-se a presença de queixas clínicas (intercorrências), sendo tomada a devida conduta terapêutica para a resolução das mesmas. Além do atendimento médico, procedeu-se a educação em saúde, com o aconselhamento da mãe sobre medidas de cuidado com o seu filho. Foram distribuídas cartilhas educativas (alimentação, vacinação, cuidados gerais, prevenção de acidentes). Ao término de cada consulta, agendava-se a consulta do mês subsequente no Livro de Marcação do CD, sendo entregue uma Ficha de Retorno aos pais ou responsáveis pela criança.

Ao final do 1º ano de vida, algumas crianças receberam o *Certificado Criança Saudável* por terem cumprido as seguintes metas: aleitamento materno exclusivo até os seis meses, introdução correta da alimentação complementar, cartão vacinal atualizado, e frequência regular as consultas do CD.

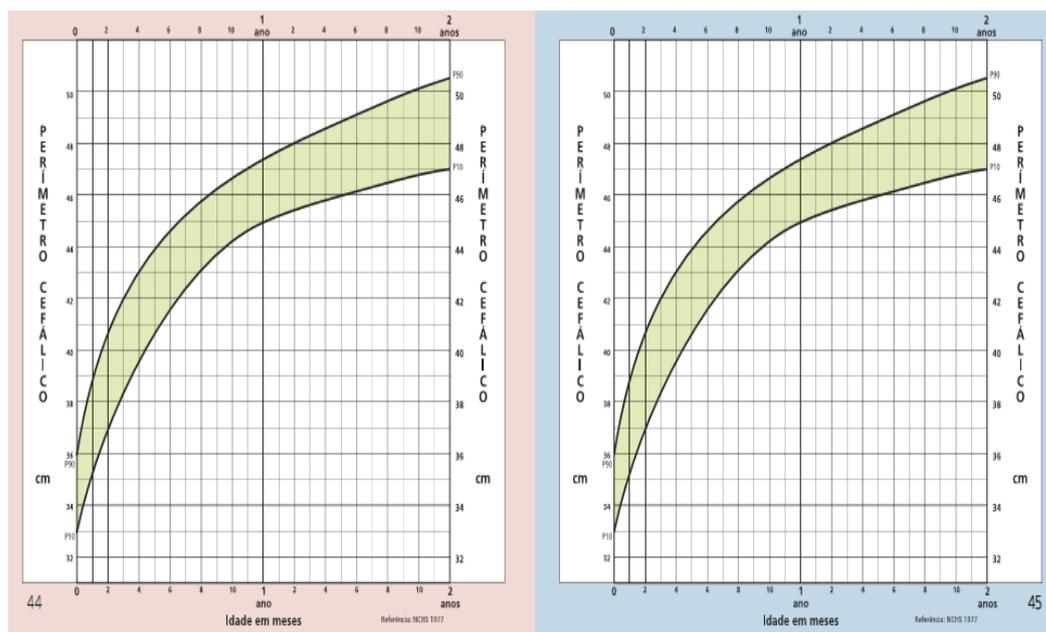


Figura 1. Gráfico onde são registradas as medidas do perímetro encefálico de crianças de zero a dois anos. À esquerda para meninas e à direita para meninos.

Resultados

Na área de abrangência territorial da Unidade de Saúde Familiar Comunitária (USFC), 100% das mães que compareceram ao CD com as crianças, estavam na faixa etária de 15 a 44 anos, fizeram o pré-natal e em média realizaram 6,5 consultas. Destas, 39% haviam concluído o ensino médio, porém 18% não completaram o ensino fundamental. Em relação às intercorrências na gravidez, 66% não apresentaram

nenhuma, enquanto que 34% apresentaram complicações como: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), Depressão pós-parto (DPP) e Infecção do Trato Urinário (ITU). As crianças, em sua maioria, nasceram de parto eutócico (66%), todavia verificou-se ainda um alto índice de cesarianas (31%) e os partos do tipo fórceps foram de 3%.

Com relação aos dados da criança ao nascer, o peso é o indicador que melhor retrata o desenvolvimento na fase fetal. Identificamos que apenas três neonatos apresentaram baixo peso ao nascer (peso menor que 2,5kg), sendo o menor dos pesos 2,060kg e o maior 4,050kg e a média de todos os recém-nascidos (RNs) foi de 3.146g. A estatura dos bebês foi em média 48,3cm e o perímetro cefálico 34,4cm. Em relação à idade gestacional, 100% dos RNs foram a termo (IG > 37 sem); destes 51,8% tiveram APGAR de 9/9, enquanto apenas 3,4% obtiveram APGAR 6/9.

A alta das crianças foi dada em média no 3º dia. No momento da alta hospitalar, 63,8% foram vacinadas (BCG e/ou hepatite B), e apenas 15,5% fizeram o teste da orelhinha. Na primeira semana de vida, 17% apresentaram icterícia, e 86% tinham registro com relação ao teste do pezinho. (Figura 2)

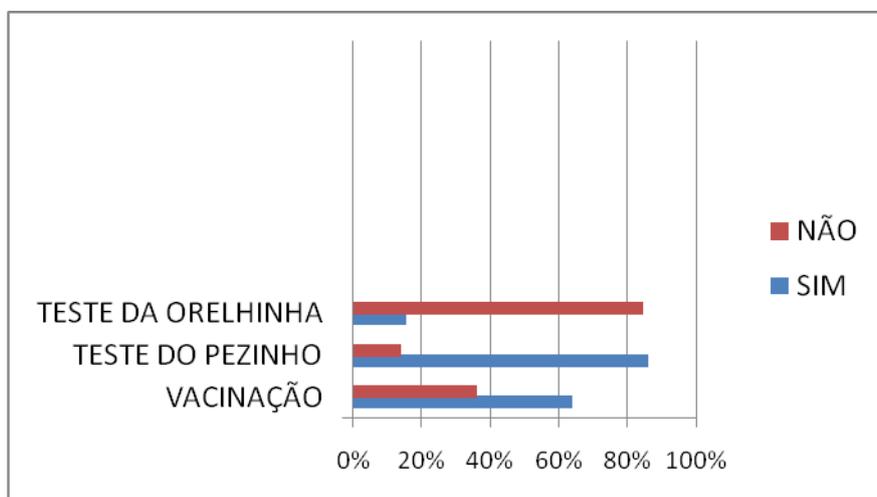


Figura 2. Teste da orelhinha, teste do pezinho e vacinação na primeira semana de vida.

Com relação aos índices de amamentação foram obtidos resultados variados, em função das diferentes faixas etárias das crianças (Figura 3) No nosso estudo, de acordo com os dados do prontuário do CD, 82,8% das crianças estavam sendo amamentadas, entre elas 27,6% estavam em aleitamento materno exclusivo, 1,7% em aleitamento materno predominante, 46,6% em aleitamento materno complementado, 6,9% em aleitamento materno parcial. Apenas 17,2% estavam recebendo leite artificial. (Figura 4)

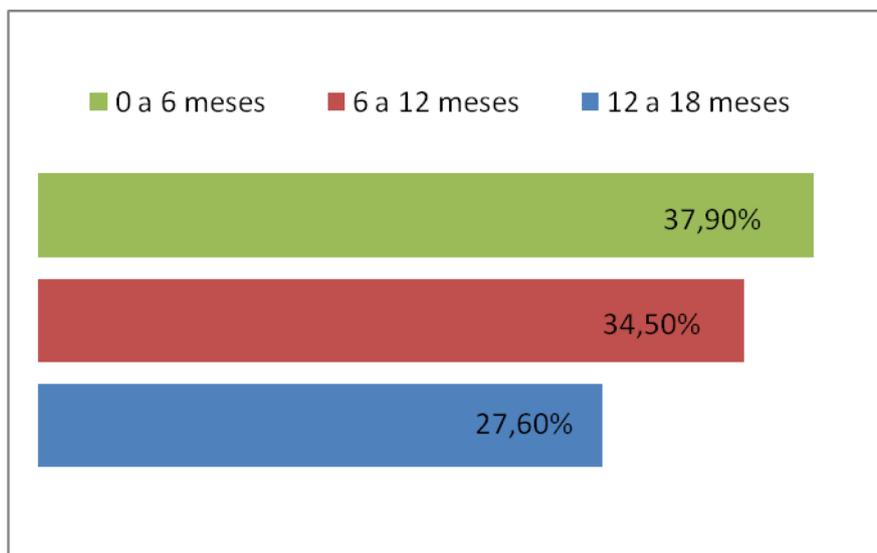


Figura 3. Faixa etária das crianças

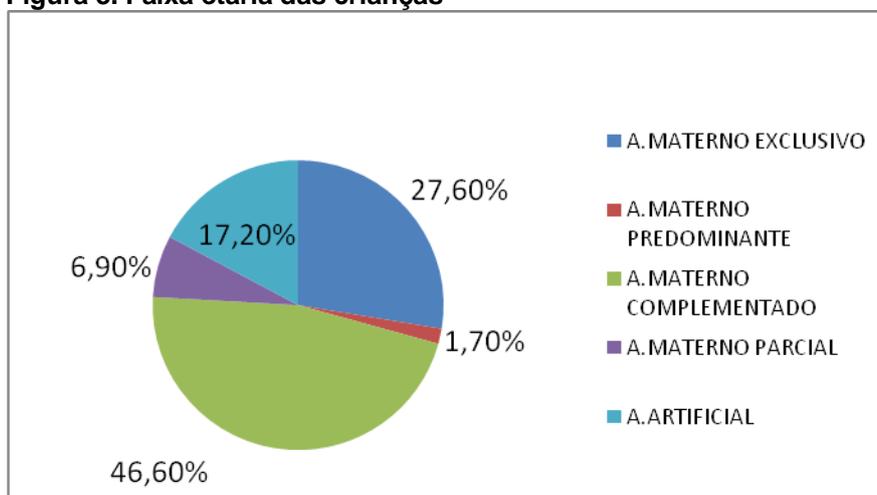


Figura 4. Aleitamento Materno

Discussão

Este projeto foi implantado em meados do ano de 2008, fruto de um projeto de intervenção de um grupo de alunos do quinto ano do curso de Medicina da UFRN passando pela Disciplina do Estágio Supervisionado em Pediatria - Ped. 131. E mesmo sendo relativamente pequena a amostra em questão, em vista dos 11.771 nascidos vivos no município de Natal, de acordo com os dados Datasus⁷, já pode ser percebida a grande relevância que este trabalho traz para um bom crescimento e desenvolvimento das crianças.

Gestação

A realização de uma boa assistência Pré- Natal durante o período da gravidez reflete, em linhas gerais, uma boa qualidade da saúde do feto ao nascimento. Neste estudo, o nível de instrução das mães e a baixa faixa etária (“mães jovens”) refletiram em um pré-natal assíduo e um baixo índice de intercorrências gestacionais. Apesar do índice de parto eutócico ser o predominante, o índice de cesarianas encontra-se elevado e distante do ideal recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que aponta o parto normal como opção mais saudável para a mãe e o bebê. De acordo com a

organização, as cesarianas deveriam se limitar a situações de risco, sendo o percentual máximo aceitável para a cesariana de 15% do total de partos⁸.

Nascimento

Em relação aos dados ao nascimento, os recém-nascidos obtiveram uma boa média de peso (3,146g), estando bem acima do que a OMS define como baixo peso (< 2.500g). O peso ao nascimento está na dependência de muitas variáveis, que incluem qualidade da assistência pré-natal, presença de patologias gestacionais, ganho de peso gestacional e estado nutricional materno, idade ginecológica (tempo decorrido entre a menarca e a gestação), além dos fatores psicossociais, como suporte da família e do parceiro, os quais podem interferir direta ou indiretamente na evolução gestacional e no resultado neonatal^{9, 10, 11}, o que valoriza ainda mais a qualificação da assistência prestada a estas mães durante a fase anterior ao nascimento. A estatura média das crianças, e o perímetro cefálico, que pode traduzir um crescimento cerebral patológico (tumor, hidrocefalia), bem como uma microcefalia (congenita, fechamento precoce das suturas, etc.), também estão de acordo com os dados preconizados pelas tabelas da OMS.

O APGAR traduz as condições do bebê nos primeiros minutos de vida, em particular no 1º e no 5º minuto. Consiste na avaliação obrigatória de cinco itens (cor da pele, frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular e irritabilidade reflexa) e para cada item é atribuída uma nota de zero a dois. Quando somados, estas notas podem variar, desde uma nota mínima de zero e máxima de dez. Assim, uma nota de oito a dez retrata que o bebê nasceu em ótimas condições, ou seja, sem nenhum grau de sofrimento; uma nota sete significa que o bebê teve um sofrimento fetal leve; nota de quatro a seis traduz um sofrimento fetal de grau moderado; e uma nota de zero a três significa um sofrimento fetal mais grave¹². No nosso estudo, mais da metade dos recém-nascidos (51,8%) tiveram um excelente escore de Apgar no 1º e no 5º minuto (9/9), demonstrando assim excelentes condições ao nascimento, reflexo com certeza, de uma boa assistência pré-natal.

Alta hospitalar – Vacinação - Icterícia

A maioria das crianças recebeu alta no terceiro dia de nascimento, sendo o padrão para nascidos de parto normal. No tocante a vacinação, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde recomenda que, nas crianças normais, nascidas a termo, a vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) e a Hepatite B sejam feitas ao nascimento, ou nas primeiras doze a vinte e quatro horas de vida. Uma realidade não observada no estudo. Apesar da maioria no momento da alta ter sido vacinada para BCG e/ou Hepatite B, a taxa de não vacinados no momento da alta hospitalar ainda é preocupante haja vista que a meta do Ministério da Saúde é a de vacinar 100% das crianças nascidas vivas¹³. O baixo índice de ictericícia observada nos primeiros dias de nascido, pode ser atribuído a níveis séricos de bilirrubina insuficientes para impregnar pele e mucosas, bem como, a ausência de incompatibilidade sanguínea entre mãe e filho, e de doenças como hipotireoidismo congênito ou deficiências enzimáticas (Deficiência G6PD).

Exames de Triagem

Em relação ao teste do pezinho, a maioria das crianças realizou este exame o que de certa forma vem a valorizar o papel das Maternidades e Unidades de Saúde na divulgação das informações sobre a sua importância. Preconiza-se que seja realizado na primeira semana de vida, em particular, a partir do quinto dia de vida, tendo como objetivo principal o de diagnosticar precocemente doenças como o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão

sobre a saúde da criança¹³. O que pode ser ressaltado no estudo é uma aparente incoerência do percentual entre a imunização e o teste do pezinho (Figura 2). Como observado no gráfico, existe um maior percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho, quando comparadas a vacinação (BCG/hepatite B). Isto pode ser explicado, pelo fato de que, os dados da vacinação referem-se às vacinas realizadas ainda na maternidade por ocasião da alta, enquanto o teste do Pezinho é feito no 5º dia , após a alta hospitalar e nas Unidades Básicas de Saúde.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAM) ou teste da orelhinha tornou-se obrigatoriedade na avaliação do neonato nos primeiros meses de vida, sendo a meta a detecção precoce da perda auditiva dentro dos primeiros três meses de vida, afim de que uma conduta terapêutica apropriada seja realizada antes dos seis meses. Estatísticas da Academia Americana de Pediatria revelam que, nos Estados Unidos, a média para detecção por familiares ou pediatras é de catorze meses e estudos do Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES – de 1990 mostram que, no Rio de Janeiro, o tempo médio desta é de três anos. Dessa forma, pelos conhecimentos atuais, a instituição de um programa de triagem para surdez é sobejamente justificável¹⁴.

No estudo realizado, não foi diferente dos dados nacionais em que o teste da orelhinha é pouco realizado (Figura 2), prejudicando a detecção precoce das crianças com déficits auditivos. Há trabalhos que documentam que crianças com perda auditiva atendidas precocemente têm melhor desenvolvimento do que as recebem cuidados tardiamente (dois a três anos, por exemplo), em relação à fala, linguagem, ganho escolar, auto-estima e adaptação psicossocial¹⁴.

Amamentação

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), empreende um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. As recomendações indicam que as crianças devem ter aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, ou seja, até essa idade, o bebê deve tomar apenas leite materno e não deve ser oferecido nenhum outro tipo de alimento ou líquido. A partir dos seis meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno, devendo assim ser amamentadas, pelo menos, até completarem os dois anos de idade¹⁵.

A análise dos dados desse estudo (Figura 3) mostrou um alto percentual de crianças amamentadas (82,8%). A maioria das crianças (46,60%) estava em aleitamento materno complementado, definido como sendo o consumo de leite materno e de outros alimentos, exceto leite de vaca^{16,17}. Em segundo lugar predominou o aleitamento exclusivo (27,60%). A alimentação artificial ficou em terceiro lugar (17,20%) , e se refere à inclusão do leite de vaca como o único alimento lácteo no regime alimentar, podendo ou não incluir outros alimentos. Em quarto lugar, figurou o aleitamento materno parcial (6,9%), padrão alimentar em que a criança recebe leite materno e leite de vaca ou similar, podendo ou não estar consumindo outros alimentos, e por último observou-se o aleitamento materno predominante (1,70%), sendo o regime alimentar em que o leite materno é a fonte principal de nutrientes para criança, acompanhado somente por líquidos, tais como chá e água¹⁸.

A predominância do aleitamento materno complementado no estudo justifica-se pelo elevado número de crianças com idade entre seis meses e dezoito meses, período em que é plenamente justificável esta forma de amamentação. Nesta faixa etária, havia 36 crianças, perfazendo 62% da amostra total.

Levando-se em consideração a amostra total (58 crianças), o índice de aleitamento materno exclusivo foi de 27,6%, o que a princípio, poderia representar um índice de aleitamento materno exclusivo bem abaixo do que é preconizado pela OMS, o que realmente não aconteceu no estudo. Deve ser ressaltado que, o número de crianças no estudo, cuja faixa etária era a adequada para receber este tipo de alimentação, representava 37,9 % da amostra, perfazendo 22 crianças. Dessas 22, 16 (72,7%) encontrava-se em aleitamento materno exclusivo, representando na verdade, um excelente índice de amamentação.

Isso sem sombra de dúvidas reflete toda a estratégia de incentivo ao aleitamento materno, sendo esta política um dos pilares do projeto do CD desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Comunitária (USFC), localizada no Centro de Ciências da Saúde da UFRN. A política de incentivo ao aleitamento materno se refletiu de forma cabal no nosso estudo, em razão do elevado percentual de 82,8% de crianças amamentadas (82,8%), dados corroborados quando se analisa o grupo de crianças nos seis primeiros meses de vida, cujo percentual de aleitamento materno exclusivo foi de 72,7%.

Embora se tenha observado este índice no aleitamento materno exclusivo na faixa etária de zero e seis meses, sabe-se que em muitas regiões no Brasil, a prática de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, ainda encontra-se longe do ideal preconizado pela OMS, o que reflete a defasagem das equipes de atenção básica em relação a orientação e a valorização desta prática. Isto é um sinal de que as equipes de saúde precisam ser capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade. A abordagem da amamentação durante o pré-natal é de fundamental importância para as orientações sobre como o leite é produzido, a importância da amamentação precoce e sob a livre demanda em oferecê-lo ao infante¹³.

Conclusão

O cuidado integral à saúde da criança é constituído por um universo de ações envolvidas na promoção da saúde, prevenção de doenças e ações diagnósticas e terapêuticas, e visa à redução da morbimortalidade infantil, desta forma, o programa Crescimento e Desenvolvimento - CD pode ser considerado um dos eixos desta integralidade. No entanto, é de extrema importância abordar o fato de que o pleno desenvolvimento infantil é resultado não apenas de uma ação isolada, mas de uma interação entre a saúde da mãe e da criança, o acompanhamento médico, o trabalho em equipe interdisciplinar e o compromisso familiar e da sociedade em prover a crianças de condições adequadas de proteção e saúde.

Em virtude da realidade do sistema público de saúde em que atuamos, sabemos que grande parcela da população brasileira não é provida de recursos e informações acerca dos cuidados relacionados ao crescimento e desenvolvimento apropriado das crianças. Cabendo então aos profissionais da saúde a construção de uma relação baseada no vínculo e na confiança mútua, na qual possa ocorrer uma troca de saberes e práticas e, principalmente, acesso á orientações e serviços de cuidado à criança.

A participação dos graduandos nas atividades proporcionadas por este programa contribuiu para a construção de um modelo de formação voltado para a atenção á saúde nos primeiros anos de vida, consistindo em uma medida não apenas de promoção como de recuperação e manutenção da saúde. A implantação das atividades do CD em outras

Unidades Básicas de Saúde também é uma proposta deste estudo, visando com isso o cumprimento da agenda integrada de saúde da criança e o fortalecimento da relação médico-comunidade.

“O *PRÉ-CD* representa um novo projeto que está se iniciando na Unidade de Saúde Familiar Comunitária – USFC. Representa uma estratégia ousada e inovadora na qual as gestantes comparecem á algumas consultas com o profissional pediatra, ainda durante o período gestacional, na tentativa de se detectar fatores de risco, além de ser dada uma ênfase especial sobre o aleitamento materno e suas vantagens. As gestantes, comparecendo ás consultas pré-estabelecidas, recebem ao final o “*Passaporte para o CD*”, garantindo desde já, ainda na vida intra-uterina, o acompanhamento da criança após o seu nascimento.

Este estudo proporciona, portanto, uma reflexão acerca da possibilidade de ação contra diversas enfermidades infantis através da intervenção do programa no acompanhamento das crianças desde o primeiro ano de vida. Avaliando situações de risco e promovendo um crescimento saudável. Uma ação conjunta entre os profissionais da saúde e os estudantes pode ainda influenciar numa nova formação profissional, com enfoque na pediatria geral e na construção de vínculo psico-afetivo e social destes com as mães e crianças, propiciando uma infância saudável e melhor assistência e qualidade de vida. A utilização da semana integral da saúde (primeira semana de vida), do Passaporte para o CD e do Certificado de Criança Saudável são também ações sinérgicas que ajudam na inserção das crianças nas atividades do programa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Parte 1: crescimento. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 200 p. (Série Legislação Brasileira).

VIEIRA, GRACIETE OLIVEIRA et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v.5, n.2, p.177-184, abr./jun. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200006>. Acesso em: 27 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RICCO RG, ALMEIDA CAN, Del Ciampo LA. Puericultura: temas de pediatria 80. São Paulo: Nestlé; 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da Informação a serviço do SUS. Indicadores de Saúde: Nascidos Vivos – Rio Grande do Norte. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. SUS 20 anos. Um exagero de cesarianas no Brasil. Brasília: Jornal do Brasil, 2009.

NÓBREGA, F. J.. Antropometria, patologias e malformações do recém-nascido brasileiro e estudos de associação com algumas variáveis maternas. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 6-114, 1985.

SCHOLL, THERESA O.; HEDIGER, Mary L.; KHOO, Chor-San; HEALY, Mary Frances; RAWSON, Nancy L. Maternal weight gain, diet and infant birth weight: correlations during adolescent pregnancy. Journal of clinical epidemiology, USA, v. 44, n. 4-5, p. 423-428, 1991.

COSTA, Maria Conceição O; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 177-184, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4403.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2009.

ARNAIS, Magali Aparecida de Oliveira; MANTOAN, Maria Teresa Egler. Novas Crianças na creche: O desafio da inclusão. São Paulo: Unicamp. 2003. Disponível em:< http://www.dgrh.unicamp.br/tese_novas_crianças/apgar.htm>. Acesso em: 27 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BOHRER, Mauro Silva de Athayde. Triagem Auditiva Neonatal. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=1773&tipo_detalhe=s>. Acesso em: 27 set. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation. Geneva: Switzerland. March, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, 1998.

OLIVEIRA, Lucivalda P. Magalhães de; ASSIS, Ana Marlúcia O.; GOMES, Gecynalda Soares da Silva; PRADO, Matildes da S.; BARRETO, Maurício L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 1519-1530, set./out. 2005.