



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

José Roberto de Barros Vieira

**Análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento
de informação e educação em saúde nas áreas de: medicina,
odontologia, fonoaudiologia e psicologia**

Rio de Janeiro

2012

José Roberto de Barros Vieira

**Análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento
de informação e educação em saúde nas áreas de: medicina,
odontologia, fonoaudiologia e psicologia**



Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-graduação em Ciências Médicas, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a *PhD.* Mary Rangel

Coorientador: Prof. Dr. Fabricio Le Draper Vieira

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB

Vieira, José Roberto de Barros

Análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de informação e educação em saúde, nas áreas de: medicina, odontologia, fonoaudiologia e psicologia - 2012. 178 f.

Orientadora – Mary Rangel

Coorientador – Fabricio Le Draper Vieira

Bibliografia f 162-171.

1- Educação 2- Saúde 3- Criança I- Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Faculdade de Ciências Médicas II- Título

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

José Roberto de Barros Vieira

**Análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento
de informação e educação em saúde nas áreas de: medicina,
odontologia, fonoaudiologia e psicologia**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-graduação em Ciências Médicas., da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 28 de setembro de 2012.

Prof.^a *PhD.* Mary Rangel (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Fabrício Le Draper Vieira (Coorientador)
Centro de Estudos - CEVO/USS

Banca Examinadora:

Prof.^a *PhD.* Mary Rangel (Presidente)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. *PhD.* Marco Antonio Mello Guimarães
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Fabrício Le Draper Vieira
Centro de Estudos - CEVO/USS

Prof. Dr. Antonio Neres Norberg
Faculdade de Medicina - FSM

Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria Romano de Sousa
Faculdade de Odontologia - UFF

Rio de Janeiro

2012

AGRADECIMENTOS

À memória do meu pai que, juntamente com minha mãe, cumpriram a difícil tarefa de me educar... dedico esta tese a Deus. Como agradeço por ter sido conduzido pelo caminho da educação, até chegar a concretização desta.

A todos os amigos que nesta dimensão ajudaram e participaram desta realização, notadamente aos professores Mary Rangel e Fabricio Vieira, que desde a primeira hora, acreditaram nesta possibilidade, contagiando-me com suas orientações e força espiritual.

À minha esposa Cristiana, um agradecimento muito especial. À minha filha Stéphanie, obrigado por ter me escolhido para a nobre missão de educar... juntos vivemos a mais bela aventura de amor...

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

RESUMO

VIEIRA, José Roberto de Barros. *Análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de informação e educação em saúde nas áreas de: medicina, odontologia, fonoaudiologia e psicologia*. 2012. 178f. (Tese de Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A Caderneta de Saúde da Criança é instrumento indispensável para promoção da saúde infantil. Nesta pesquisa o objetivo foi obter dados que fundamentem a análise crítica da Caderneta como instrumento de informação e educação em saúde, com atenção a subsídios nas áreas de medicina, odontologia, fonoaudiologia e psicologia. Foi revisada a literatura e, através de pesquisa qualitativa, exploratória e de entrevistas semiestruturadas, foram obtidas opiniões de especialistas em atendimento infantil, médicas pediatras, cirurgiãs dentistas, fonoaudiólogas e psicólogas, trabalhadoras do Sistema Único de Saúde, assim como de mães cujos filhos são usuários deste sistema. Investigou-se o conhecimento das entrevistadas sobre o conteúdo da Caderneta e sua importância. Os resultados apontaram que o nível de conhecimento das profissionais, médicas pediatras e uma cirurgiã dentista foi satisfatório; porém, quanto às demais profissionais, insatisfatório, assim como o conhecimento das mães, o que demonstra necessidade de esclarecimentos sobre a importância da Caderneta. Foi também evidenciada a necessidade de mudanças na formatação e diagramação, bem como ampliação do seu conteúdo, para que a mesma possa cumprir seu papel orientador.

Palavras-chave: Educação. Saúde. Criança.

ABSTRACT

The Child Health Handbook is an essential tool for promoting child health. In this research the goal was to obtain data that underlie the critical analysis of the Handbook as a tool of information and health education, with attention to grants in the areas of medicine, dentistry, speech therapy and psychology. It was reviewed the literature and through qualitative research, exploratory and semi-structured interviews were obtained expert opinions on child care, medical pediatricians, surgeons dentists, speech therapists and psychologists, workers of the Unified Health System, as well as mothers whose children are users of this system. It was investigated the knowledge of the interviews on the content of the Handbook and its importance. The results showed that the level of knowledge of professionals, medical surgeon and a pediatric dentist was satisfactory, however, as to other professionals, poor as well as the mothers' knowledge, which demonstrates the need to clarify the importance of the Handbook. It also showed the need for changes in formatting and layout, as well as expansion of its content, so that it can fulfill its guiding role.

Keywords: Education. Health. Child.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Caderneta de Saúde da Criança.....	21
Figura 2 - Grávida com visualização sugestiva do pé do feto.....	27
Figura 3 - Pediatra atendendo recém-nascido na sala de parto.....	31
Figura 4 - Mapa da zona urbana (centro) de Valença, localização das unidades de atendimentos especializados.....	73
Gráfico 1 - Resultados das entrevistas com as profissionais.....	80
Quadro 1- Resultados das entrevistas com as profissionais de saúde em relação à CSC e atendimento dispensado às mães.....	81
Gráfico 2 - Número de profissionais / críticas.....	82
Gráfico 3 - Número de profissionais / sugestões.....	82
Quadro 2 - Resultados das entrevistas com as profissionais de saúde sobre assuntos discutidos na consulta, críticas e sugestões à CSC.....	83
Quadro 3 - Análise: profissionais consultados, conhecimentos da mãe sobre a CSC relativos à consulta e desenvolvimento das crianças.....	85
Gráfico 4 - Número de mães / críticas e sugestões à CSC.....	86
Quadro 4 - Resultados das entrevistas com as mães em relação às críticas e sugestões à CSC	86
Figura 5 - Fotocópia mal feita da CSC.....	93
Figura 6 - Cadernetas de Saúde da Criança separadas por gênero (menino e menina)	94
Figura 7 - Caderneta de Saúde da Criança (identificação: atual e sugestão).....	95
Figura 8 - Índice da Caderneta de Saúde da Criança (2007) e proposta de novo Sumário.....	96
Figura 9 - Telefones úteis / emergência.....	97
Figura 10 - Identificação do cuidador.....	98
Figura 11 - Problemas de saúde, medicamentos utilizados, alergias e intolerâncias..	99
Figura 12 - Algumas figuras ilustrativas da CSC (2007).....	100
Figura 13 - Algumas figuras educativas sugeridas.....	100
Figura 14 - Ultrassonografia, posição da mandíbula (anatômica).....	105
Figura 15 - Mandíbula retruída em relação à maxila (fisiológica).....	105
Figura 16 - Mãe amamentando no pós-parto imediato.....	110
Figura 17 - Calendário de vacinação da CSC.....	114
Figura 18 - Calendário de vacinação, pouco explicativo.....	114

Figura 19 - Sugestão do novo calendário de imunização.....	115
Figura 20- Preparação do soro caseiro.....	116
Figura 21 - Gráficos de registro da CSC feminino (versão 2007).....	118
Figura 22 - Gráficos de registro da CSC masculino (versão 2007).....	119
Figura 23 - Gráficos de registro da CSC (versão 2007), nova sugestão de diagramação (feminino ou masculino)	120
Figura 24 - Modelos e orientações do uso de cadeirinhas para crianças em automóveis.	121
Figura 25 - Radiografia mentoxifopubiana mostrando moeda em esôfago cervical...	122
Figura 26 - Mãe segurando criança/mãos no abdômen/forçando para cima.....	123
Figura 27 - Campanha da Pastoral da Criança.....	125
Figura 28 - Odontograma, dentição decídua.....	131
Figura 29 - Odontograma, dentição mista.....	131
Figura 30 - Técnica de Fones.....	132
Figura 31 - Hábito de sucção digital; chupando chupeta de forma incorreta e hábito de chupar fraldas.....	133
Figura 32 - Chupeta “ortodôntica” e chupeta convencional.....	134
Quadro 5 - Sugestão de esquema alimentar.....	137
Figura 33 - Imagem ultrassonográfica de feto portador de fissura labial.....	138
Figura 34 - Imagem ultrassonográfica de feto portador de fissura palatina.....	138
Figura 35 - Teste da orelhinha.....	144
Figura 36 - Homem se esforçando para sentir o que sua mulher passa durante a gravidez.....	147
Quadro 6 - Diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais.....	150
Figura 37 - Reflexos futuros do maltrato infantil.....	154
Figura 38 - Marcas insuperáveis do maltrato infantil.....	154
Quadro 7 - Distribuição dos profissionais de saúde, segundo os tipos de violências identificados.....	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características gerais da amostra estudada, profissionais de saúde.....	79
Tabela 2- Características gerais da amostra estudada, mães.....	84

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
	<i>Objetivo geral</i>	18
	<i>Objetivos específicos</i>	18
1	REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1	A Caderneta de Saúde da Criança	20
1.1.1	<u>Nome e informações do recém-nascido</u>	22
1.2	Medicina	22
1.2.1	<u>Consulta pré-concepcional</u>	23
1.2.2	<u>Avaliação da mãe</u>	24
1.2.3	<u>Dados sobre gravidez, parto e puerpério</u>	24
1.2.4	<u>Exames laboratoriais</u>	25
1.2.5	<u>Imunização</u>	25
1.2.5.1	Na grávida.....	25
1.2.5.2	Na criança.....	26
1.2.6	<u>Uso de medicamentos</u>	26
1.2.7	<u>Gravidez</u>	27
1.2.8	<u>Avaliação do feto</u>	27
1.2.9	<u>Ultrassonografia</u>	28
1.2.10	<u>Parturiação</u>	28
1.2.10.1	Parto fisiológico.....	28
1.2.10.2	Operação cesariana.....	29
1.2.10.3	Parto a fórceps.....	29
1.2.11	<u>Mortalidade materna</u>	29
1.2.12	<u>Feto natimorto e óbito neonatal</u>	30
1.2.13	<u>Nascer prematuro</u>	30
1.2.14	<u>O coto umbilical</u>	30
1.2.15	<u>Exame imediato nas maternidades</u>	31
1.2.16	<u>O aleitamento materno</u>	32
1.2.17	<u>Triagem de recém-nascidos</u>	33
1.2.17.1	Teste do pezinho (triagem metabólica)	33
1.2.17.2	Eletroforese da hemoglobina.....	33

1.2.18	<u>Uso de medicamentos profiláticos</u>	33
1.2.19	<u>Avaliação nutricional</u>	34
1.2.20	<u>Crescimento normal (gráficos)</u>	34
1.2.21	<u>Orientação preventiva</u>	35
1.2.22	<u>Avaliação multidisciplinar de problemas complexos</u>	35
1.2.23	<u>Danos à visão</u>	36
1.2.24	<u>Diarréias</u>	36
1.2.24.1	Aguda.....	36
1.2.24.2	Crônica.....	37
1.2.25	<u>Reidratação</u>	37
1.2.26	<u>Síndrome da apnéia obstrutiva do sono</u>	37
1.2.27	<u>Acidentes</u>	38
1.3	Odontologia	38
1.3.1	<u>Medicamentos</u>	39
1.3.2	<u>Odontologia na gravidez</u>	40
1.3.3	<u>Odontologia para bebês</u>	40
1.3.4	<u>Desenvolvimento das dentições</u>	41
1.3.5	<u>Odontologia infantil</u>	41
1.3.6	<u>Orientação alimentar</u>	42
1.3.7	<u>Fluoretos</u>	43
1.3.8	<u>A cárie</u>	44
1.3.9	<u>Hábitos orais deletérios</u>	44
1.3.9.1	Chupeta e sucção de dedo.....	44
1.3.10	<u>Deglutição atípica</u>	45
1.3.11	<u>Odontograma</u>	45
1.3.12	<u>Traumatismo dentoalveolar</u>	46
1.3.12.1	Avulsão.....	46
1.3.13	<u>Aspiração de corpo estranho</u>	46
1.4	Fonoaudiologia	47
1.4.1	<u>Medicamentos</u>	47
1.4.2	<u>Fonoaudiologia neonatal</u>	47
1.4.3	<u>Teste de audição do recém-nascido (teste da orelhinha)</u>	48
1.4.4	<u>Lactentes e bebês</u>	48

1.4.5	<u>Relação entre funções vitais e aspectos motores da fala.....</u>	49
1.4.5.1	<u>Sucção.....</u>	50
1.4.5.2	<u>Mastigação.....</u>	50
1.4.5.3	<u>Deglutição.....</u>	51
1.4.6	<u>Fala.....</u>	52
1.4.6.1	<u>Deficiência de fala/linguagem.....</u>	52
1.4.7	<u>Crianças com mais de 3 anos de idade.....</u>	53
1.4.8	<u>Avaliação educacional.....</u>	54
1.4.9	<u>Distúrbios da voz.....</u>	54
1.4.10	<u>Respirador bucal.....</u>	54
1.5	Psicologia.....	55
1.5.1	<u>A paternidade.....</u>	55
1.5.2	<u>Ginecologia.....</u>	56
1.5.3	<u>Obstetrícia.....</u>	56
1.5.4	<u>A teoria do desenvolvimento humano segundo Jean Piaget.....</u>	56
1.5.5	<u>Psicologia materno infantil.....</u>	57
1.5.6	<u>Maternidade precoce/gravidez na adolescência.....</u>	57
1.5.7	<u>Outros eventos reprodutivos.....</u>	58
1.5.8	<u>Blues puerperal ou síndrome da tristeza pós-parto.....</u>	59
1.5.9	<u>Depressão puerperal ou depressão neurótica pós-parto.....</u>	59
1.5.10	<u>Psicoses puerperais ou distúrbios afetivos psicóticos/puerperais.....</u>	60
1.5.11	<u>Pseudociese (gravidez psicológica)</u>	60
1.5.12	<u>Avaliação psicológica.....</u>	60
1.5.13	<u>Desenvolvimento emocional.....</u>	61
1.5.14	<u>Ligação e apego na infância.....</u>	61
1.5.15	<u>A criança diante da morte.....</u>	62
1.5.16	<u>Avaliação do ambiente social.....</u>	62
1.5.17	<u>Desenvolvimento social e ético.....</u>	63
1.5.18	<u>Princípios de aconselhamento.....</u>	63
1.5.19	<u>Postura e abordagem para pacientes especiais.....</u>	64
1.5.19.1	<u>Autismo infantil.....</u>	65
1.5.19.2	<u>Síndrome de Down.....</u>	65
1.5.20	<u>Distúrbios de conduta.....</u>	65

1.5.20.1	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.....	66
1.5.21	<u>Depressão infantil</u>	67
1.5.22	<u>Violência</u>	67
1.5.22.1	<i>Bullying</i>	68
1.5.22.2	Trabalho infantil.....	68
1.5.23	<u>Drogas e álcool</u>	69
1.5.24	<u>Benefícios do animal de companhia para a criança</u>	69
1.5.25	<u>Medicamentos</u>	70
1.6	Aspectos sociais	70
1.6.1	<u>A família</u>	70
1.6.2	<u>Os pequeninos</u>	70
1.7	Multidisciplinalidade	71
2	MATERIAL E MÉTODOS	72
2.1	Procedimentos	72
2.2	Seleção do espaço	72
2.3	A pesquisa	72
2.4	Universo de estudo	73
2.5	Desenho experimental	74
2.6	Desenho da amostra	75
2.7	Método	75
2.8	Análise das entrevistas	77
2.9	Apresentação dos resultados	78
3	RESULTADOS	79
3.1	A pesquisa com as profissionais de saúde	79
3.2	A pesquisa com as mães	84
4	DISCUSSÃO	88
4.1	O Sistema Único de Saúde	88
4.2	A informação e educação em saúde	89
4.3	A Caderneta de Saúde da Criança	90
4.3.1	<u>Sugestões de modificações na formatação/diagramação da CSC</u>	94
4.3.1.1	CSC separadas por gênero.....	94
4.3.1.2	Identificação do bebê, mãe e pai na CSC (maternidade).....	95
4.3.1.3	Índice.....	96

4.3.1.4	Telefones para contato.....	96
4.3.1.5	Identificação da criança.....	97
4.3.1.6	Pessoa que poderia cuidar da criança em caso de necessidade.....	98
4.3.1.7	Problemas atuais de saúde, medicamentos usados, posologia, alergias e intolerâncias.....	99
4.3.1.8	Ilustrações.....	100
4.4	Área médica	101
4.4.1	<u>O pré-natal paterno</u>	102
4.4.2	<u>O pré-natal materno</u>	103
4.4.3	<u>Suplementação de vitaminas à gestante</u>	104
4.4.4	<u>Exames laboratoriais no pré-natal</u>	104
4.4.5	<u>Diagnóstico gestacional e avaliação fetal</u>	104
4.4.6	<u>O parto</u>	105
4.4.7	<u>O atendimento ao recém-nascido</u>	107
4.4.8	<u>Amamentação</u>	110
4.4.9	<u>Uso de medicamentos durante amamentação e para as crianças</u>	112
4.4.10	<u>Imunização</u>	113
4.4.11	<u>Diarréias</u>	114
4.4.12	<u>Gráficos de desenvolvimento</u>	116
4.4.13	<u>Acidentes</u>	121
4.4.13.1	Automobilísticos.....	121
4.4.13.2	Deglutição/aspiração de corpos estranhos.....	122
4.4.13.3	Manobra de Heimlich.....	123
4.4.13.3.1	Criança consciente (acima de 1 ano).....	123
4.4.13.3.2	Criança inconsciente (acima de 1 ano).....	124
4.4.13.4	<u>Morte súbita</u>	126
4.5	Área odontológica	126
4.5.1	<u>O pré-natal odontológico</u>	126
4.5.2	<u>A odontologia na gravidez</u>	127
4.5.3	<u>A odontologia para o bebê</u>	129
4.5.4	<u>A higienização da cavidade bucal em crianças maiores</u>	132
4.5.5	<u>Sucção não nutritiva</u>	133
4.5.6	<u>Uso do flúor</u>	135
4.5.7	<u>Prevenção da doença cárie</u>	135

4.5.8	<u>Alimentação do bebê/criança menor de 2 anos</u>	136
4.5.9	<u>Ultrassonografia na odontologia</u>	137
4.5.10	<u>Trauma dentário/avulsão</u>	138
4.5.11	<u>Uso de medicamentos na odontopediatria</u>	139
4.6	Área fonoaudiológica	139
4.6.1	<u>Fonoaudiologia materno-infantil</u>	139
4.6.2	<u>Aleitamento artificial</u>	142
4.6.3	<u>Audição</u>	143
4.6.4	<u>Síndrome do respirador bucal</u>	145
4.7	Área psicológica	146
4.7.1	<u>A relação conjugal</u>	146
4.7.2	<u>O futuro pai</u>	147
4.7.3	<u>A psicologia na gravidez</u>	148
4.7.4	<u>A psicologia no pós-parto</u>	148
4.7.5	<u>Psicologia infantil</u>	150
4.7.6	<u>Psicologia/crianças especiais</u>	151
4.7.6.1	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).....	151
4.7.6.2	Autismo.....	152
4.7.6.3	Síndrome de Down.....	152
4.7.7	<u>Violência Infantil</u>	153
4.7.7.1	<i>Bullying</i>	155
4.7.7.2	Abuso sexual.....	156
4.7.8	<u>Drogas</u>	157
4.7.9	<u>Trabalho infantil</u>	157
4.7.10	<u>Terapia com auxílio de animais</u>	158
4.8	A multidisciplinalidade	159
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
	REFERÊNCIAS	162
	ANEXO A - Aprovação do conselho de ética e pesquisa em saúde.....	172
	ANEXO B - Termo de consentimento	173
	ANEXO C - Relação das profissionais entrevistadas.....	174
	ANEXO D - Questionário 01 - entrevista com profissionais.....	175
	ANEXO E - Relação das mães de pacientes entrevistadas.....	176

ANEXO F - Questionário 02 - entrevista com as mães dos pacientes.....	177
ANEXO G - Artigos Científicos publicados.....	178

INTRODUÇÃO

O século XX se caracterizou por importantes conquistas científicas responsáveis por inegáveis avanços no controle das enfermidades. O conceito de saúde passou também por reflexões significativas e no início do século XXI, entende-se saúde como bem estar biopsicossocial com qualidade de vida. A promoção da saúde se transforma em modelo programático a ser desenvolvido para atingir plenitude do novo conceito de saúde. Portanto, transformações sociais, culturais e a evolução científica por que passou o século XX determinaram a visão do processo saúde/doença com que se iniciou o século XXI. Nessa perspectiva deve-se inserir pensamento puericultor e papel do profissional de saúde. Eles também devem se transformar.

Então, das regras de higiene do início do século XX, cabe ao profissional de saúde de hoje preservar compreensão do conceito de risco, identificação dos fatores e situações de risco sob a ótica cultural, econômica e ambiental da criança e seus respectivos núcleos sociais. Cabe ao profissional de saúde compreender novas demandas, relacionadas ao progresso do conhecimento médico, utilizando tecnologia aplicada a este conhecimento quando necessário for. Portanto, ações de saúde devem incluir outros setores sociais, por exemplo, educacional ou saneamento ambiental, de cuja ação integrada é que torna-se possível obter saúde. Esse é o grande desafio com que começa o século XXI: garantir práticas e modelos de assistência que permitam exercer a profissão da área de saúde em sua plenitude, não só tratando doenças, mas promovendo saúde (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

Incentivar e qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Essa é uma das prioridades do governo federal dentro da proposta de atenção integral à saúde da criança e compromisso pela redução da mortalidade materna e neonatal. Com conjunto de informações que atendem aos dados básicos pactuados com os países do Mercosul, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é disponibilizada a qualquer criança do país, seja ela usuária regular ou não do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cartão anterior era válido apenas para os pequenos com até 7 anos, confeccionado e distribuído pelos estados somente aos serviços públicos de saúde e trazia espaços para identificação da criança, acompanhamento do desenvolvimento e calendário básico de vacinação. Apresentava também gráfico de peso por idade que permitia vigilância do crescimento. A nova CSC atende os brasileiros de 0 a 10 anos, sendo repassada desde 2005 (revisada e ampliada em 2007) pelo próprio Ministério da Saúde diretamente aos municípios. A caderneta além de todos dados e informações contidos no Cartão da Criança, gráfico de

perímetro cefálico, peso/idade e altura/idade, informações sobre gravidez, parto e pós-parto relacionadas à própria criança, anotações sobre saúde bucal e doenças, também orienta sobre hábitos saudáveis de alimentação, combate à desnutrição, anemias carenciais, prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, preconizados pela Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

Além disso, a caderneta tem dicas voltadas para prevenção de acidentes domésticos, violência e informações sobre direitos da criança, tornando-se uma das ferramentas para realizar vigilância à saúde na infância. Para que a CSC, cumpra seu papel de informar e estabelecer comunicação entre família e profissionais de saúde é fundamental que as mães reconheçam seu valor e saibam usá-la corretamente (A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2009).

Essa estratégia busca garantir às gestantes atendimento pré-natal, atenção ao parto de baixo e alto risco e encaminhamento dos bebês, logo ao nascer, aos serviços de saúde para que seja estabelecido vínculo com determinada unidade de saúde responsável por acompanhá-lo. As estratégias para garantir saúde integral da criança englobam a Política Nacional de Aleitamento Materno. Nos últimos dois anos, essa política passou por processo de avaliação e adequação das ações ao atual modelo de gestão do Ministério da Saúde, que tem como princípios básicos preceitos do Sistema Único de Saúde. A educação em saúde é visão atual, preconiza o planejamento com a população e não para a população (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O *objetivo geral* nesta pesquisa é obter dados que fundamentem a informação e educação em saúde, revisando a literatura sobre o conteúdo da Caderneta e ampliando essa revisão com atenção a aspectos que não constam do seu conteúdo e que sejam relevantes nesse contexto.

Os *objetivos específicos* são: identificar aportes referentes ao pré-natal, paternidade, maternidade, gravidez, parto, feto, amamentação e desenvolvimento infantil até os dez anos, conforme se apresentou nas áreas de medicina, odontologia, fonoaudiologia e psicologia, que possam contribuir às orientações preconizadas na CSC. Obter dados que apoiem e subsidiem a análise crítica da mesma e seu possível aperfeiçoamento, no interesse de torná-la mais educativa na área de saúde e acessível à compreensão dos pais.

1 REVISÃO DE LITERATURA

A preocupação de observar a criança em termos evolutivos e genéticos não é recente. Já Charles Darwin no seu livro, “A Expressão de Emoções no Homem e no Animal”, editado em 1887 escreveu: *A minha primeira criança nasceu e 27 de dezembro de 1839, e de imediato comecei a tomar notas sobre as experiências que ia exibindo. Convenci-me mesmo nos períodos mais precoces, de que as manifestações mais complexas e finas têm origem natural e gradual* (FONSECA, 1998).

As ciências humanísticas têm muito a contribuir para o desenvolvimento das ciências da saúde e da medicina em particular. Tal contribuição só pode se efetivar quando médicos, cirurgiões dentistas, outros profissionais da saúde e os próprios alunos perceberem a necessidade de, sem preconceitos e com espírito aberto, constituírem-se canais comuns de estudo, discussão e troca de experiências (ELIAS, 2007).

O SUS ocupa de fato um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este que vai muito além da retórica e do terreno das intenções. O impacto do SUS atingiu recentemente o seguinte marco: mais de 50% da população brasileira depende exclusivamente do SUS (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Em 1988, por meio da Constituição Federal ficou estabelecido que a saúde é direito de todos. No entanto, foi com a criação do SUS que efetivamente inovou-se quanto ao desenvolvimento de assistência básica de melhor resolução. Para tanto foram estabelecidos os princípios da universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social. Este era o norte da bússola. Paralelamente, havia de buscar novas estratégias de configuração da assistência. Havia que criar e/ou estreitar vínculos com as famílias, conhecer os indivíduos, os determinantes da saúde e das doenças locais, criando bases da referência territorial. Do mesmo modo, a saúde e doença estão profundamente vinculadas, também, a determinantes estruturais, como eventuais serviços públicos de baixa qualidade, dificuldade de acesso a serviços, carência de bom acolhimento. Igualmente, há aspectos de origem social, que contribuem para saúde ou para doença, resultantes, algumas vezes, de: crenças, preceitos e/ou preconceitos religiosos, por exemplo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA, 2009).

A política de atenção integral à saúde da criança define quatro importantes estratégias. Uma delas é ação de vigilância da saúde da criança, trabalho de incentivo para que os serviços

de saúde tenham uma postura ativa na identificação das situações de risco e previnam agravos.

A ideia é que as equipes e unidades básicas de saúde identifiquem as gestantes, recém-nascidos e crianças com doença respiratória, sífilis, rubéola e outras situações consideradas de risco. A promoção da saúde do cidadão, por meio do aleitamento materno, foi uma das prioridades definidas. Outro compromisso firmado foi reduzir a desnutrição. O esforço realizado pelo sistema de saúde no Brasil para reduzir os óbitos infantis tem sido concretizado por meio de ações de eficácia reconhecida, como: uso de imunizantes, introdução de novas vacinas na rotina, terapia de reidratação oral, estímulo ao aleitamento materno, oferta de micro nutrientes, em especial ferro, iodo e vitamina A. Manejo adequado das infecções respiratórias e acompanhamento apropriado do pré-natal (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

1.1 A Caderneta de Saúde da Criança

A Portaria nº. 1.058/Gabinete Ministerial (GM) de 04/07/2005 institui a disponibilização gratuita da Caderneta de Saúde da Criança em todo o Brasil. Uma nova versão revisada e ampliada foi lançada em 2007 (Figura 1).

O Cartão da Criança foi revisado e transformado na CSC com objetivo de promover vigilância à saúde integral da criança. A nova Caderneta foi lançada para todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005 e conta com informações básicas comuns para países do Mercosul. *Assim, estamos trabalhando para proporcionar início de vida mais digno e de melhor qualidade a todos brasileiros.* A partir de agora, a CSC será entregue aos pais ainda na maternidade e seu preenchimento começa no hospital. No entanto, se algum profissional identificar crianças nos serviços de saúde sem esse documento, deverá providenciar sua obtenção (ÁLVARES, 2005).

Atenção primária e ações voltadas para vigilância à saúde constituem a base da organização na saúde infantil. Na Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade, o Ministério da Saúde propõe, como eixos da assistência, cuidados que privilegiam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização, atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, mental, prevenção de acidentes e maus tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido. A infância é

período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Desta forma, distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves conseqüências para indivíduos e comunidades.

Toda criança menor de dez anos tem direito a possuir um exemplar da Caderneta, a qual tem distribuição nacional, sendo entregue às mães na maternidade ou, se isto não ocorrer, quando estas forem a algum estabelecimento assistencial de saúde. Cada criança deve possuir apenas uma Caderneta, onde são anotadas e atualizadas informações importantes sobre história da sua saúde, intercorrências, monitoramento do crescimento mediante gráficos de peso por idade, estatura por idade, controle das imunizações e suplementação medicamentosa de ferro, desde o nascimento. A mãe ou responsável deve ser muito bem orientada para compreender as informações contidas na CSC, guardá-la em boas condições e apresentá-la em todos os contatos com profissionais e/ou serviços de saúde, pois trata-se de instrumento de caráter motivacional e educativo para melhora da saúde infantil, dentro da abordagem dos cuidados primários de saúde (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Figura 1- Caderneta de Saúde da Criança
Fonte: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/jpg/capa%...

1.1.1 Nome e informações do recém-nascido

São dados de identificação da criança: nome, data de nascimento, nome dos pais, endereço e dados referentes ao nascimento, que devem ser preenchidos ainda na maternidade e podem ser colhidos com auxílio do prontuário. O preenchimento do quesito raça/cor possibilitará aos profissionais terem uma perspectiva das diferenças de condições de vida, saúde e das especialidades socioculturais, construindo a garantia da equidade na atenção. O dado deverá ser solicitado à mãe ou cuidador, de acordo com a classificação de raça/cor do IBGE: preta, parda, branca, amarela e indígena. É importante registrar número da Declaração de Nascido Vivo e orientação para que seja feito o Registro Civil. Se o serviço de saúde possuir posto de Registro Civil, essa informação também deverá ser preenchida ainda na maternidade (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.2 Medicina

As mulheres frequentemente vêm o ginecologista como seu principal médico. Na verdade, muitas mulheres em idade fértil nunca consultaram outro médico desde a infância.

Alguns aspectos tradicionais do exercício da ginecologia, como planejamento familiar, podem ser considerados cuidados preventivos. Nos últimos anos, deu-se mais ênfase à saúde das mulheres e a medicina específica em relação ao gênero. Isso permite aos ginecologistas/obstetras conhecerem mais os aspectos fisiopatológicos das doenças em mulheres e assim, tornarem-se mais bem preparados para tratá-las (BEREK, 2005).

Em geral, o pediatra, que desempenha atividades em consultórios ou no SUS, tem chances de estabelecer relação de confiança com as mães, dialogar e lhes transmitir informações sobre cuidados para com as crianças. A preservação da saúde é peça central dos cuidados pediátricos e também um dos aspectos mais gratificantes no tratamento de crianças. Consultas freqüentes nos primeiros dois anos de vida são mais que revisões físicas, embora o histórico somático e exame físico sejam partes importantes dessas consultas, muitas outras questões são discutidas, como nutrição, desenvolvimento, segurança e comportamento. O conhecimento do crescimento e desenvolvimento é essencial para o atendimento clínico. Os elementos da consulta incluem avaliação e gerenciamento de questionamentos dos pais, crescimento, desenvolvimento e nutrição, orientação preventiva (incluindo informações e orientações com relação à segurança), exame físico, testes de triagem e vacinações (NELSON, 2006).

A utilização de marcos para avaliar o desenvolvimento da criança se baseia em comportamentos discretos que o clínico pode presenciar ou aceitar como existentes por meio de informações dos pais. Essa abordagem visa comparar o comportamento do paciente com de inúmeras crianças normais cujo comportamento evolui em seqüência uniforme dentro de faixas etárias específicas. Esses comportamentos consistem na resposta do sistema neuromuscular a uma situação específica. O desenvolvimento do sistema neuromuscular, assim como desenvolvimento de outros sistemas orgânicos, é determinado primeiro pela herança genética depois por fatores ambientais. Como parte integrante da prática médica, o exame do desenvolvimento pode ser efetuado como técnica de triagem, pelo clínico geral ou pelo profissional de saúde, num acompanhamento de rotina da criança que esteja sob seus cuidados ou consulta diagnóstica, pelo especialista, nos casos de suspeita de problema no desenvolvimento (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.2.1 Consulta pré-concepcional

Deve sempre ser abordada a relação sexual do casal. Além disso, todos os casais devem fazer triagem inicial para doenças infecciosas tais como: sífilis (VDRL), hepatite B

(HbsAg), HIV, clamídia e outras. A pesquisa masculina se fundamenta no espermocitograma (FREITAS; MENKE; WALDEMAR, 2001).

O aconselhamento pré-concepcional engloba conjunto de medidas de natureza médica, social e psíquica que visam permitir ao casal ou, em alguns casos, à mulher isoladamente a determinação do momento ideal para a gestação ocorrer. Este deve ser aquele que a mulher se encontra saudável, em suas melhores condições físicas e psíquicas, para que o transcurso da gravidez seja o mais bem-sucedido possível, resultando em parto sem complicações e recém-nascido (RN) saudável. A consulta pré-concepcional tem como objetivo identificar e modificar os fatores de risco biomédicos, comportamentais e sociais que podem interferir na saúde da mulher e evolução da gravidez, procurando realizar medidas preventivas e/ou corretivas.

Durante a consulta, tem-se a oportunidade de esclarecer ao casal sobre fertilidade e planejamento da gestação, identificar fatores de riscos maternos e fetais, educar o casal em relação a esses riscos e instituir medidas apropriadas, preferencialmente antes da gestação. Em paralelo, deve-se esclarecer a mulher as alterações que a gestação e maternidade podem trazer à sua vida, incluindo tanto modificações fisiológicas de gestação quanto aquelas nas áreas afetiva, psíquica, social, profissional e econômica. A abordagem durante a consulta pré-concepcional deve ser ampla, envolvendo diversos aspectos da saúde materno/fetal. Após avaliação dos riscos, intervenções são direcionadas no sentido de educar e preparar a paciente, fornecendo opções terapêuticas, para condições mórbidas maternas e eventual encaminhamento a especialistas (ZUGAIB, 2008).

1.2.2 Avaliação da mãe

O tratamento ideal de recém-nascidos de baixo e alto risco requer conhecimento da história familiar, história das gestações precedentes e atual, e de eventos do trabalho de parto. A medicina neonatal exige compreensão abrangente da fisiologia da gravidez normal; crescimento, função e maturidade da placenta e do feto; quaisquer eventos patológicos extras ou intra-uterinos que comprometem a mãe, a placenta ou o feto. Estes efeitos adversos podem resultar em evolução neonatal desfavorável e incluem a influência de fatores importantes, tais como: má nutrição, tabagismo, pobreza, estresses físicos ou psicológicos maternos, extremos

de idade da gestante (<16 anos, >35 anos), etnia, enfermidades presentes antes da gravidez, medicamentos usados pela mãe, complicações obstétricas durante os períodos: pré-parto e intraparto, infecções perinatais, exposição a toxinas e drogas ilícitas, e predisposição genética inerente ao feto (NELSON, 2006).

1.2.3 Dados sobre gravidez, parto e puerpério

Esses dados devem ser preenchidos, de preferência, ainda na maternidade, aproveitando a presença da mãe, com utilização do prontuário e Cartão da Gestante. O cartão da gestante é instrumento importante para avaliar informações sobre intercorrências presentes na gravidez, patologias prévias ao período gestacional, suplementação profilática de ferro e situação vacinal, destacando-se a vacina dupla que protege contra o tétano. Essas informações são úteis para garantir proteção à saúde materna e do recém-nascido e promoção do nascimento saudável. Toda gestante deve iniciar o pré-natal logo após confirmação da gravidez. Recomenda-se que a primeira consulta seja realizada até o quarto mês de gestação e que sejam feitas, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, a fim de prevenir agravos, detectar e tratar precocemente patologias que podem afetar a saúde da gestante e recém-nascido (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.2.4 Exames laboratoriais

A avaliação do status sorológico das principais infecções que podem afetar o curso da gravidez facilitará interpretação dos resultados das sorologias durante o pré-natal e permitirá que a mulher receba imunizações necessárias e, assim, evitam-se malformações fetais.

- Hemograma: buscar anemias e hemoglobinopatias;
- Tipagem sanguínea do casal: rastrear incompatibilidade sanguínea e avaliar riscos de isoimunização Rh (antígeno);
- Sorologia para hepatite C: para pacientes de risco;

- Glicemia: para pacientes com alto risco de diabetes (idade igual ou superior a 35 anos, história prévia de diabetes gestacional, microssomia fetal, obesidade ou história familiar de 1º grau de diabetes, óbito fetal a termo anterior sem causa aparente);
- Sorologia para citomegalovírus: para pacientes que trabalham com crianças ou em unidades de diálise;
- Pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis: gonorréia, clamídia e HIV;
- Pesquisa genética: para pacientes com história familiar de doenças hereditárias;
- Ultrassonografia (USG) pélvica: quando a mulher nunca realizou exame de ultrassonografia pélvica, orienta-se a solicitação deste exame como forma de identificação de anomalias do útero e anexos;
- Exame de Papanicolau: a mulher deve ter realizado seu exame colpocitológico há menos de 1 ano de iniciar a gestação (ZUGAIB, 2008).

1.2.5 Imunização

1.2.5.1 Na grávida

As mulheres devem ser imunizadas contra as principais infecções de risco materno/fetal. Essas infecções variam de acordo com aspectos epidemiológicos da mulher, levando-se em consideração o país, hábitos pessoais e alimentares, trabalho etc. É orientado que as vacinações sejam feitas preferencialmente 3 meses antes da gestação. Incluem-se na lista as vacinas contra rubéola, tétano, difteria, varicela e caxumba. A rubéola é o exemplo mais importante de prevenção de graves anomalias fetais com a imunização materna anterior à gravidez. As pacientes com riscos de hepatite B (múltiplos parceiros sexuais, trabalhadoras da saúde, mulheres em contatos com pacientes portadores de hepatite B) também apresentam grande benefício materno/fetal com a imunização (ZUGAIB, 2008).

Toda mulher grávida deve receber atenção pré-natal adequada, vacinação com toxóide tetânico, apoio da família e comunidade para buscar atendimento apropriado, especialmente no momento do parto, durante o pós-parto e no aleitamento (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

1.2.5.2 Na criança

Os calendários vacinais são elaborados com base, principalmente, em três aspectos: situação epidemiológica das doenças imunoprevisíveis, que norteia a melhor idade para aplicação dos imunobiológicos; conhecimento da resposta imunológica, que orienta momento adequado de aplicação das vacinas; operacionalidade. O calendário vacinal deve ser de fácil cumprimento, compreensão, os produtos identificados, aplicados no menor número de visitas possível (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.2.6 Uso de medicamentos

Os derivados dos benzodiazepínicos devem ser evitados no primeiro trimestre da gravidez, pois podem causar defeitos congênitos no feto (GUEDES-PINTO, 2006).

A administração de fármacos a gestantes deve seguir critérios rígidos, em especial no primeiro trimestre de gravidez, pela possibilidade de apressamento fetal no parto, (fase de diferenciação celular), sendo obrigatório planejamento de riscos e benefícios de cada droga a ser prescrita. Evitar, sempre que possível, administração de medicamentos à grávida (CHAVES NETO, 2005).

O uso de polivitamínicos não específicos, suplementos dietéticos não essenciais e preparações com ervas devem ser suspensos. A orientação deve ser para uso de vitaminas com pelo menos 400µg de ácido fólico, de modo a prevenir defeitos abertos do tubo neural. As pacientes com antecedente de fetos com anencefalia ou meningomielocela e em uso de anti-epiléticos devem utilizar ácido fólico pré-concepcional. Para prevenir defeitos abertos do tubo neural, recomenda-se utilização do ácido fólico nos dois meses que antecedem a gravidez e pelo menos nos dois primeiros meses de gestação. Os polivitamínicos com concentrações de vitamina A, acima de 5.000 UI devem ser evitados, pois doses acima de 10.000 UI são teratogênicas (ZUGAIB, 2008).

1.2.7 Gravidez

O período gravídico é de mudanças em termos físicos e orgânicos. Vivido como sequência de contínuas readaptações, por parte de quem o vive (mais particularmente a mulher, mas também o pai, podendo ser extensivo aos restantes membros da família: filhos, pais, sogros, etc.). Os países desenvolvidos têm demonstrado crescente preocupação em controlar a natalidade e deste modo, inverter a tendência de elevado crescimento demográfico. Assim, os níveis de gravidez são cada vez menores, menos filho por casal e a gravidez cada vez mais planejada ou adiada. Muito tempo antes do bebê vir ao mundo, na cabeça dos pais

passa-se um verdadeiro filme: imaginam, com todas as cores, como será a vida deles com a criança e, muitas vezes, têm idéias bem concretas sobre que características terá, (Figura 2), se será um menino ou uma menina. Isso é totalmente normal, além de prazeroso, aumenta a alegria de esperar por uma criança (PREUSCHOFF, 2006).

Figura 2- Grávida com visualização sugestiva do pé do feto.
Fonte: vivopelavida.com.br/.../gravida-copy-thumb.jpg

1.2.8 Avaliação do feto

O crescimento fetal pode ser avaliado clinicamente pela determinação da altura do fundo do útero através do exame bimanual do abdome. Mensurações através de ultrassom do diâmetro biparietal, comprimento do fêmur e circunferência abdominal do feto são usadas para estimar seu crescimento. Uma combinação destas mensurações prediz o peso fetal. Os desvios em relação à curva normal de crescimento fetal estão associados a situações de alto risco (NELSON, 2006).

1.2.9 Ultrassonografia

Não existem evidências científicas para analisar o número de exames ultrassonográficos na rotina do pré-natal de baixo risco, em relação aos benefícios do prognóstico materno e gestacional. Cada país, instituição ou médico tem sua rotina

estabelecida de acordo com a população atendida. Acredita-se que são necessários quatro exames durante o pré-natal de gestante de baixo risco: ultrassonografia obstétrica transvaginal no período embrionário, morfológica do primeiro trimestre, morfológica do segundo trimestre obstétrica para avaliar o crescimento fetal. Cada exame tem objetivo e importância específicos (FEBRASGO, 2001).

O grande avanço do ultrassom nas últimas décadas foi a técnica 3D/4D. Hoje é feito em rotina no 1º trimestre (rastreamento da translucência nucal) no 2º trimestre (morfológico, doppler das artérias uterinas e avaliação do colo uterino). Ainda no 2º trimestre doppler do ducto venoso zero/reverso, marcador de defeito cardíaco; entre 12 e 14 semanas também é possível diagnóstico do gênero (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

1.2.10 Parturiação

1.2.10.1 Parto fisiológico

Dá-se o nome de mecanismo de parto ao conjunto de movimentos, fenômenos ativos em especial, passivos do feto durante a passagem pelo canal de parto. Assim, a progressão do trabalho de parto é mais ou menos facilitada de acordo com a relação entre as características de forma e tamanho da pelve materna e as do produto conceptual. As contrações uterinas são a força motriz do trabalho de parto, que impulsionam o feto através da pelve da gestante para alcançar a vulva e se desprender, finalizando o ato de nascer. O parto é caracterizado por contrações das fibras miométriais, cujas principais funções são a dilatação cervical e expulsão do feto através do canal de parto. Essas contrações são dolorosas, porém, antes do início o útero sofre modificações fisiológicas e bioquímicas locais juntamente com aumento da frequência de contrações indolores até que o verdadeiro trabalho de parto seja deflagrado. O processo fisiológico que regula tais modificações não possui marco bem definido como as fases clínicas do parto (ZUGAIB, 2008).

1.2.10.2 Operação cesariana

No parto que ocorre pela operação cesariana, ou cesárea, o nascimento se dá por meio de incisão cirúrgica abdominal, ou seja, laparotomia e incisão uterina. Essa concepção do termo cesárea não inclui a extração fetal da cavidade abdominal quando há rotura completa do útero e nas gestações abdominais (ZUGAIB, 2008).

1.2.10.3 Parto a fórceps

O fórceps obstétrico é o instrumento destinado a extrair fetos por preensão do polo cefálico e, dessa forma, diminuir o tempo do segundo período do parto. O fórceps continua sendo de enorme utilidade na obstetrícia dos dias atuais para esse tipo de caso. Onde quer que haja partos modernamente assistidos, utilizando técnicas de analgesia, a indicação de fórceps baixo e/ou de alívio será muitas vezes necessária. É mister ressaltar que o principal objetivo do parto por fórceps é mimetizar o parto espontâneo vaginal, com diminuição da morbidade materna e neonatal. O uso crescente de analgesia durante o parto pode favorecer o incremento da indicação e, além disso, a maioria das gestantes brasileiras pertence ao sistema público de saúde, no qual cerca de 70% dos partos são por via vaginal, podendo requerer, em algum momento, a indicação do fórceps baixo ou de alívio (FEBRASGO, 2001).

O instrumento não se libera da condição de pinça “que magoa o que pega e contunde onde passa”. As aplicações médias e difíceis escasseiam as extrações de outrora a fórceps, de natimortos, que cederam lugar à cesária (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

1.2.11 Mortalidade materna

É o óbito da mulher grávida, ou dentro de 42 dias completos do puerpério, independentemente da duração da gestação e local de implantação do ovo, proveniente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou do tratamento, excluindo-se fatores acidentais (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

1.2.12 Feto natimorto e óbito neonatal

O final do período fetal e o período neonatal inicial são as épocas da vida com a mais alta taxa de mortalidade em relação a qualquer intervalo etário. A mortalidade perinatal

designa mortes fetais que ocorrem desde a 20ª semana de gestação até o 7º ao 28º dias após o nascimento e é expressa sob forma do número de mortes por 1.000 nascidos vivos. A morte fetal intra-uterina representa 40% a 50% da taxa de mortalidade perinatal. Esses conceptos, definidos como natimortos, nascem sem batimentos cardíacos e são apnéicos, flácidos, pálidos e cianóticos. Muitos natimortos exibem evidência de maceração: pele pálida que desprende; opacificação corneana; conteúdo craniano amolecido (NELSON, 2006).

Este período abrange a idade gestacional que corresponde a concepto de peso de 1.000gr (28 semanas completas) até os primeiros 7 dias de vida, completos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

1.2.13 Nascer prematuro

A maioria das crianças nasce com tempo de gestação entre 37 e 40 semanas. São crianças “de termo”. Se nascerem antes desse prazo, considera-se o parto prematuro. A expressão “prematuro” (antes de amadurecer) já não é totalmente adequada. Muitas crianças nascem com menos semanas de gestação dos que as 37 apontadas como ideais e já estão plenamente prontas para nascer. Há agora soluções terapêuticas para acelerar a maturação (sobretudo a nível pulmonar) nos casos que se prevê que a gestação possa vir a ser encurtada, por razões clínicas da mãe ou do bebê. A prematuridade depende de várias causas: gemelaridade, doenças maternas ou fetais, problemas da placenta ou útero, roturas precoces da bolsa de água, síndromes genéticas, malformações, mas a maioria dos casos continua ser de causa desconhecida ou incompletamente esclarecida (CORDEIRO, 2006).

O primeiro exame físico do recém-nascido saudável pode ser tanto o exame físico geral, quanto o exame para confirmar diagnósticos fetais, ou para determinar a causa de várias manifestações de doenças neonatais (NELSON, 2006).

1.2.14 O coto umbilical

O “coto umbilical” geralmente cai entre 7 e 12 dias de vida e em alguns casos, poderá demorar mais sem que isso deva representar motivo de preocupação. O profissional deve recomendar que haja correta higiene no coto umbilical, para evitar infecções, mantendo-o

limpo e seco. O cuidado com o coto é muito simples, devendo ser feito com as mãos sempre lavadas. Após o banho do bebê, usar gaze para secar bem a base do coto. Em seguida, embeber em álcool 70% outro pedaço de gaze e aplicar sobre o coto, também em sua base. Isso deve ser repetido a cada troca de fralda (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.2.15 Exame imediato nas maternidades

Os recém-nascidos estão habitualmente muito avermelhados, pois têm muita hemoglobina por terem vivido nove meses num ambiente com relativamente pouco oxigênio. Ao nascerem, essa hemoglobina ‘excessiva’ que está dentro dos glóbulos vermelhos, vai diminuir, através de um processo de destruição que ocorre no baço; isso pode causar um quadro de icterícia, que dá coloração amarelada à pele. É chamada icterícia fisiológica, aparece ao 2º/3º dia (nunca desde o nascimento) e desaparece em cerca de sete dias, podendo se prolongar (sem qualquer problema) se o bebê estiver amamentado. Os objetivos da observação de bebê acabado de nascer são vários: ver o estado geral do bebê, sua vitalidade e força muscular, avaliar as funções dos diversos aparelhos (respiratório, gastrointestinal, etc.) além do crescimento físico (Figura 3). O teste de Apgar é um método simples de avaliar como o bebê está em termos de saúde. Foi a pediatra americana, Virginia Apgar, quem esquematizou esta classificação, fácil de realizar por qualquer profissional, e ainda serve para ter idéia se são mais previsíveis eventuais problemas de desenvolvimento, e se o bebê precisará ser seguido em consulta especializada (CORDEIRO, 2006).



Figura 3- Pediatra atendendo recém-nascido na sala de parto.
Fonte: <http://www.cantinhodapri.blogspot.com.br>

1.2.16 O aleitamento materno

Entendendo que o conhecimento sobre amamentação não é inerente à mulher, ou seja, ele tem que ser adquirido por meio da cultura, experiências e informações, o pré-natal é o período importante para sensibilizá-la e prepará-la para o ato de amamentar. No pré-natal, devem ser enfatizados positivamente os aspectos nutricionais e as vantagens do aleitamento materno. O exame das mamas é parte indispensável da atenção pré-natal às gestantes. Mamilos pseudo-invertidos ou planos podem se tornar adequados após exercícios e manobras de tração. A mãe deve ser orientada a deixar que a criança sugue em livre demanda, isto é, quando manifestar fome pelo despertar do sono, pelo choro ou pelo movimento de busca do seio.

A duração da mamada, nos primeiros dias, pode ser limitada a 10-15 minutos, com mamadas mais freqüentes para evitarem traumas mamilares. Nos primeiros cinco a oito minutos, a criança retira em torno de 80% a 90% do leite. A mãe deve ser encorajada a amamentar o recém-nascido imediatamente após o parto. Pode precisar de auxílio para iniciar a lactação e encontrar posição confortável para ambos, mãe e filho. O contato íntimo entre os dois, logo após o nascimento, além de contribuir para desenvolvimento do vínculo afetivo, também ajuda na adaptação da criança ao novo meio ambiente, favorecendo colonização da pele e trato gastrointestinal por microorganismos da mãe, que tendem a ser não-patogênicos e contra os quais o leite materno possui anticorpos (LEÃO et al., 2005).

O Ministério da Saúde deu início a campanha que recomenda amamentação exclusiva (sem uso de chá, água ou qualquer alimento) até os 6 meses de vida do bebê. A recomendação se estende à continuidade da amamentação até os 2 anos da criança ou mais, associada a alimentos adequados. (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A nutrição adequada, no primeiro ano de vida, é de fundamental importância para o desenvolvimento infantil, pois o leite materno oferece de forma qualitativa e quantitativa todos nutrientes necessários para a criança e possui componentes como: fatores anti-infecciosos, de crescimento, proteínas (caseína, lactalbumina, lactoglobulina), lactose, água, gordura, sais minerais e vitaminas (cálcio, sódio, fósforo, potássio, ferro, vitaminas C e D) (VALEZIN et al., 2009).

1.2.17 Triagem de recém-nascidos

1.2.17.1 Teste do pezinho (triagem metabólica)

O teste do pezinho deverá ser realizado até o 5º dia de vida para detectar doenças como hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No Brasil exige-se que os recém-nascidos passem por triagem metabólica. A fenilcetonúria (PKU) é o protótipo da doença que deve ser rastreada e prevenida. A PKU é uma doença metabólica incomum, com baixa prevalência. Se a PKU for detectada precocemente e a dieta modificada (usando-se fórmula altamente especializada sem fenilalanina), os problemas de crescimento e desenvolvimento relacionados à doença poderão ser prevenidos (LOPEZ; CAMPOS JÚNIOR, 2008).

1.2.17.2 Eletroforese da hemoglobina

As crianças com hemoglobinopatias apresentam maiores riscos de infecção e complicações decorrentes da anemia. A detecção precoce poderá impedir ou amenizar estas complicações. As crianças com anemia falciforme começam fazendo profilaxia de septicemias, (maior causa de mortalidade entre eles), com penicilina administrada oralmente (LOPEZ; CAMPOS JÚNIOR, 2008).

1.2.18 Uso de medicamentos profiláticos

A partir do 6º mês até os 4 anos e 11 meses, todas as crianças que residam em área de risco (endêmicas para retinopatia), devem receber doses de vitaminas A. Também entre o 6º ao 18º mês, todas as crianças brasileiras devem tomar o xarope de sulfato ferroso, atentando para as hematopatias com acúmulo de ferro, como por exemplo, anemia falciforme e/ou talassemia, sendo nestes casos contra-indicado suplementação com o sulfato ferroso e orientados quanto ao consumo moderado de alimentos ricos em ferro (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.2.19 Avaliação nutricional

Plotar o crescimento das crianças em gráficos padronizados é vital para avaliação nutricional, porque a avaliação geral do comportamento e desenvolvimento também pode ser relevante na detecção de crianças com risco para problemas nutricionais. Logo um histórico alimentar deve ser obtido porque o teor da dieta pode detectar riscos de deficiência nutricional (LOPEZ; CAMPOS JÚNIOR, 2008).

1.2.20 Crescimento normal (gráficos)

A Caderneta da Criança propõe o monitoramento do crescimento infantil por meio de 3 gráficos: perímetro cefálico por idade até o segundo ano de vida, e peso por idade e altura até os dez anos. O padrão de referência utilizado é construído pelo “*National Center of Health Statistics*” (NCHS), adotado atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os gráficos foram construídos tendo por base avaliação por percentis. Assim, as curvas de crescimento da criança devem ser construídas a partir da pontuação do gráfico após aferição das medidas antropométricas, ligando-se os pontos de modo que possa verificar a tendência de crescimento da criança.

No gráfico de peso/idade, há ainda espaço para anotação de eventos e intercorrências de crescimento, tais como: introdução de alimentação complementar, patologias, hospitalização, entre outros. Aferição do perímetro cefálico é importante para avaliar tamanho da cabeça e cérebro, relacionados ao volume intracraniano e, por conseguinte, permite avaliação do crescimento do cérebro. Deve ser realizada prioritariamente nos primeiros dois anos de vida, sendo medida que apresenta pequena variação para qualquer faixa etária, entre os gêneros, grupos étnicos e populacionais. A variação do peso com relação à idade da criança é muito mais rápida do que a da estatura e reflete, quase que imediatamente, quaisquer alterações em seu estado de saúde, mesmo em processos agudos (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O crescimento é avaliado assinalando-se medições precisas nos gráficos de crescimento (comprimento por idade, circunferência da cabeça, índice de massa corporal por idade) e comparando-se cada conjunto de medições com medições anteriores. As medições são assinaladas de maneira rotineira durante visitas de manutenção médica, ou mesmo em outras visitas, se houver preocupação com o padrão de crescimento da criança. Como os gráficos de crescimento são baseados em amostras da população, dão a entender que as crianças crescem de forma suave e contínua. As medidas de cada criança individualmente, mostram que padrões normais de crescimento podem ter picos, estirões e platôs, de forma que

pode ser esperada certa inconstância nos gráficos. A circunferência da cabeça pode ser desproporcionalmente grande quando há macrocefalia familiar (saber o tamanho das cabeças dos pais é fundamental), hidrocefalia ou o “estirão” de crescimento do recém-nascido prematuro neurologicamente normal.

Considera-se criança microcéfala se a circunferência da cabeça estiver abaixo do 3º percentil, mesmo que medidas de comprimento e peso também sejam proporcionalmente baixas. Medições em série da circunferência da cabeça são cruciais durante período de desenvolvimento cerebral rápido, e devem ser anotadas regularmente até que a criança atinja dois anos de idade. Qualquer suspeita de crescimento anormal exige acompanhamento meticuloso, avaliações mais profundas ou ambos (NELSON, 2006).

1.2.21 Orientação preventiva

A orientação preventiva é informação transmitida para os pais verbalmente ou através de impressos (ou mesmo através da orientação para acessarem determinados “websites” na internet), que é projetada para ajudá-los conseguir os padrões de crescimento e desenvolvimento ótimos de seus filhos. Além de tópicos relevantes à idade, é importante revisar rapidamente tópicos referentes à segurança anteriormente discutidas nas consultas, só para reforçá-los. Discussões apropriadas à idade da criança devem ocorrer em todas as consultas (LOPEZ; CAMPOS JÚNIOR, 2008).

1.2.22 Avaliação multidisciplinar de problemas complexos

Quando triagem e inspeção do desenvolvimento indicarem presença de defasagens significativas no desenvolvimento, o pediatra deve assumir a responsabilidade pela coordenação de avaliação mais detalhada da criança, que deverá ser feita por equipe indicada de profissionais aptos a dar continuidade ao tratamento da criança e da família. Cabe ao médico se informar sobre instituições, bem como programas de avaliação e tratamento na região onde trabalha. Se a criança apresenta alto risco por prematuridade ou qualquer doença identificada capaz de causar impacto no desenvolvimento a longo prazo, talvez já existam programas estruturados de acompanhamento para monitorar seu progresso. As crianças com necessidades especiais podem ser inscritas em programas com núcleo terapêutico antes do jardim de infância, incluindo visitas de terapeutas que trabalham com desafios nesse contexto de pré-jardim. Dependendo do problema, uma variedade de outros especialistas pode auxiliar

no processo de avaliação e intervenção para crianças com necessidades especiais, incluindo pediatras sub-especialistas (p.ex., em neurologia, ortopedia, psiquiatria, desenvolvimento/comportamento), terapeutas (p.ex., ocupacionais, físicos, orais-motores) e outros (p. ex., psicólogos, especialistas no desenvolvimento precoce na infância) (LOPEZ; CAMPOS JÚNIOR, 2008).

1.2.23 Danos à visão

O diagnóstico de deficiência visual grave geralmente só pode ser feito em lactentes com 4 a 8 meses de idade. A suspeita clínica baseia-se em preocupações dos pais relativas a comportamentos estranhos, tais como: não sorrir em resposta a estímulos apropriados, presença de nistagmo, (movimentos erráticos do olho ou atraso motor para iniciar a pegar objetos). Existem muitas implicações no desenvolvimento em função da deficiência visual. A percepção da imagem corporal é anormal e comportamentos de imitação, como sorrir, aparecem com atraso. Um retardo na aquisição de mobilidade pode ocorrer em crianças com deficiência visual desde o nascimento, embora marcos posturais de desenvolvimento (como a capacidade de sentar) em geral sejam adquiridos apropriadamente.

O vínculo social com os pais também pode ser afetado. As crianças com deficiência visual podem ser auxiliadas de várias maneiras. O ambiente das salas de aula pode ser melhorado com ajuda de artifícios apropriados para apresentação da matéria em formato não-visual; algumas escolas utilizam professores experientes com cegos como consultores. O desenvolvimento da atividade motora fina, capacidade de audição, bem como leitura e escrita em Braille são fundamentais para intervenções educacionais bem-sucedidas com crianças portadoras de deficiência visual grave (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.2.24 Diarréias

1.2.24.1 Aguda

Diarréia aguda (DA) é alteração do trato intestinal com diminuição da consistência das fezes, geralmente com aumento da frequência (três ou mais evacuações ao dia), aumento do volume fecal e duração inferior a duas semanas (CAVALCANTI; MARTINS, 2007).

De forma quantitativa, considera-se significativo um número de evacuações de três ou mais vezes ao dia ou quantidade acima de 200g diários. Diarréias agudas referem-se aos

quadros com até 14 dias de duração e estão, na maioria das vezes, associadas às infecções, virais ou bacterianas, autolimitadas. A diarreia infecciosa é importante causa de morbimortalidade no mundo. A associação dessa doença com piores hábitos de higiene (relacionados principalmente à obtenção de água, lavagem de mãos e utensílios e cuidados com a alimentação) tornam o risco de desenvolvimento de diarreia em crianças com idade inferior a 3 anos maior. Apesar de ainda contarmos com altos índices de incidência dessa doença no mundo, sua mortalidade vem caindo com o passar do tempo. Estima-se que essa queda seja especialmente devido à introdução de terapia de reidratação oral adequada, em especial para crianças com idade inferior a 1 ano (SANTOS et al., 2008).

1.2.24.2 Crônica

Em um primeiro momento, adotaremos o critério de duração, sendo então diarreia crônica definida como presente por quatro semanas ou mais. A diarreia crônica é queixa freqüente de pacientes que procuram o médico na atenção primária, secundária e terciária, mas a prevalência da diarreia crônica é desconhecida. Entre as crianças, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam 3 a 20% de prevalência (SANTOS et al., 2008).

1.2.25 Reidratação

Para prevenir a desidratação é preciso aumentar a oferta de líquidos, leite materno, água, chá, sucos e água de coco; não é recomendável a ingestão de refrigerantes, nem bebidas energéticas. Quando as fezes estão muito líquidas, ofereça soro oral após cada evacuação. São sinais e sintomas da desidratação: muita sede, pouca saliva, choro sem lágrimas, pele seca e pouca urina. Neste caso, leve a criança ao serviço de saúde, pois o soro caseiro não é suficiente, tem-se que realizar reidratação venosa (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.2.26 Síndrome da apnéia obstrutiva do sono

Em crianças é definida pela cessação do fluxo aéreo durante período de cinco segundos ou de dois ciclos respiratórios e a hipopnéia do sono é caracterizada pela redução do fluxo aéreo em 50% ou mais, no mesmo período de tempo. A síndrome da apnéia obstrutiva

do sono pode acometer crianças em todas as idades, desde o período neonatal até a adolescência (ALVES et al., 2009).

1.2.27 Acidentes

Acidentes são causa crescente de mortalidade e invalidez na infância. A partir de um ano de idade destaca-se no grupo predominante de causas de morte. Até um ano de idade a principal causa de morte é obstrução de vias aéreas. Acima de um ano os acidentes envolvendo veículos automotores lideram causas de mortes (ABRAMOVICI; WAKSMAN, 2005).

A aspiração de corpos estranhos é causa importante e potencialmente fatal. Ocorre mais comumente em crianças com menos de 6 anos de idade, com pico de incidência aos 3 anos de idade (BARACAT; ABRAMOVICI, 2005).

1.3 **Odontologia**

A crise econômico/financeira do país vem atingindo de forma violenta a saúde da população brasileira, e em particular seu acesso a tratamento dentário de qualidade. Hoje tornou-se comum a classe média disputar com as comunidades carentes pelo atendimento odontológico nos postos de saúde públicos (AJUZ, 2003).

A odontologia para bebês tem papel fundamental na promoção de saúde, pois define hábitos de higiene bucal mais precoce, resultando em postura mais preventiva da população (FERREIRA et al., 2005).

Frente às demandas sociais e a recente conclusão do levantamento epidemiológico Saúde Bucal Brasil (2005), aponta-se para uma grande dívida social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no país, deflagrando-se um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo, ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e coletividades. Na área da saúde, a construção do Sistema Único de Saúde é exemplo dessa luta. No dia-a-dia de nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são corpos humanos, dentre elas imagens de bocas e dentes.

As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Sejam pelos problemas de saúde localizados na boca, sejam pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais. Dentes e gengivas registram impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. A escolaridade deficiente, baixa renda, falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos.

A família deve ser orientada sobre adequada higiene bucal e sobre importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis também para prevenção da patologia oral. Os cuidados com higiene bucal devem começar a partir do nascimento do bebê. No recém-nascido, a limpeza deve ser feita com gazes ou fraldas umedecidas em água limpa para remover os resíduos de leite materno, pelo menos uma vez ao dia, preferencialmente à noite (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Muitas famílias no Brasil, principalmente as mais pobres e pertencentes a minorias étnicas, fazem pouco uso da saúde bucal. Os pediatras podem identificar anormalidades grosseiras, tais como cáries grandes, inflamação das gengivas ou maloclusão significativa. Todas as consultas com crianças devem incluir instruções quanto aos cuidados preventivos praticados em casa (escovação e uso de fio dental). Outros métodos profiláticos que provavam ser eficazes na presença de cáries são tratamentos tópicos com flúor e selantes acrílicos nos molares, aplicados por dentistas. Os odontopediatras recomendam que comecem as consultas com idade de um ano para educar as famílias e pesquisar cáries provocadas pelo uso da mamadeira (LOPES; CAMPOS JUNIOR, 2008).

A odontologia contemporânea é fundamentada nos conceitos de promoção e manutenção da saúde bucal. Apesar do declínio na prevalência da doença cárie, esta continua sendo principal problema de saúde bucal em crianças com pouca idade. O traumatismo dentário é outro problema observado frequentemente (CRIVELLO JUNIOR, 2009).

1.3.1 Medicamentos

A odontopediatria muitas das vezes se depara com casos clínicos nos quais deve lançar mão de medicamentos como recurso terapêutico auxiliar. O emprego de agentes antimicrobianos (antibióticos) pode trazer efeitos adversos, sendo a tetraciclina proibida para

gestantes e crianças, pois provocam pigmentação endógena na coroa dentária e redução do crescimento ósseo na criança além de hepatotoxicidade nas mães. As tetraciclinas podem pigmentar tanto os dentes decíduos como os permanentes. O clorafenicol pode causar efeitos colaterais graves, afetando a medula óssea, manifestando-se por anemia provocada pela diminuição na absorção do ferro (GUEDES-PINTO, 2006).

1.3.2 Odontologia na gravidez

A formação dos dentes decíduos, temporários ou de leite, inicia-se por volta da sexta semana de vida intra-uterina e a mineralização entre quatro e seis meses dessa mesma fase (LEÃO et al., 2005).

Através de pesquisas, existem evidências sugerindo existência da relação entre enfermidades gengivais que possibilitam aumento dos níveis dos fluídos biológicos estimulando o trabalho de parto. A saúde bucal da grávida está intimamente ligada à saúde bucal do bebê (HONDA, 2007).

O desenvolvimento humano é produto da interação contínua da hereditariedade com o meio, e este implica múltiplas influências na vida, desde a fase intra-uterina. A população cada dia se torna mais consciente da importância do desenvolvimento dos hábitos saudáveis, que devem ser adquiridos desde o nascimento, no seio familiar. A educação odontológica, dentro do modelo de promoção de saúde, deve ser iniciada durante a fase gestacional e continuar após nascimento da criança (CRIVELLO JUNIOR, 2009).

1.3.3 Odontologia para bebês

A odontologia para bebês resultou, oficialmente de tendência mundial de atenção odontológica para crianças de baixa idade com estabelecimento de programas de educação, medidas preventivas de controle da cárie, atenção primária e tratamentos curativos específicos. Apesar da existência de atividade de cárie ou presença de lesões cariosas em grupo que receberam atenção odontológica precoce, isso influenciará positivamente as condições de saúde bucal na primeira infância (SILVA, 2007).

Portanto, como os fatores determinantes da doença cárie começam se instalar desde o nascimento até os 12 meses de idade, recomenda-se que o período compreendido nessa faixa etária seja o ideal para o início da atenção odontológica (STUANI et al., 2007).

1.3.4 Desenvolvimento das dentições

A cavidade bucal do recém-nascido apresenta uma série de características que permitem apreensão do mamilo, sucção nutritiva e a necessária vedação para que a amamentação seja realizada com sucesso. Nessa fase, os cuidados visam à integridade das estruturas anatômicas envolvidas no processo, quais sejam: rodetes gengivais, palato, língua e lábios. O maxilar superior se projeta sobre o inferior em posição auxiliar da vedação labial. Respiração, sucção nutritiva ao seio e deglutição promovem a estimulação muscular adequada ao crescimento dentofacial. O aleitamento materno exclusivo é, por mais essa razão, fortemente recomendado nessa fase. O irrompimento dos primeiros dentes pode ser interpretado como uma preparação para receber outro tipo de alimento, que, até então, era processado exclusivamente pelos rodetes gengivais. Qualquer porção de cúspide dental visível no rodete é considerada dente irrompido, determinando o fim desse período. Os primeiros dentes que irrompem são os incisivos centrais inferiores, dos 6 aos 7 meses de idade, e a dentição decídua deve se completar no período de, aproximadamente, 24 a 30 meses. A primeira colonização de superfícies dentais do bebê resulta da transmissão da flora bacteriana da mãe.

A extrema proximidade mãe/criança, manifestações afetivas próprias desse relacionamento como o beijo, hábito de soprar alimentos quentes no intuito de esfriá-los, partilha de pratos e outros utensílios geraram, nos anos 1990, grande controvérsia na literatura científica e nas orientações sobre os cuidados no controle e prevenção da ocorrência de cárie precoce nas crianças. Embora haja certa racionalidade nesse tipo de abordagem, o fator mais relevante é a introdução de sacarose na dieta do bebê, notadamente como adoçante de mamadeiras, sucos, chás e outras bebidas. A substituição dos dentes decíduos pelos permanentes começa por volta dos 5 aos 6 anos de idade, quando se inicia o primeiro período transitório (LEÃO et al., 2005).

1.3.5 Odontologia infantil

A limpeza da cavidade bucal é necessária antes do aparecimento dos dentes decíduos para se evitar o aparecimento de doenças como a candidíase, tornando o ambiente menos ácido, o que favorece aquisição de flora indígena favorável à saúde bucal. Usa-se gaze ou

algodão umedecido em água filtrada ou soro fisiológico em movimentos que abranjam todo rebordo gengival (superior e inferior), língua e, internamente, bochechas. O bebê deve ficar em posição deitada e a mãe, sentada atrás, preferencialmente com pernas cruzadas, deve acomodar a cabeça da criança sobre as pernas. Assim, a visão da boca é direta e o acesso ideal para se proceder à limpeza, que deve ser diária e, de preferência, à noite, antes do bebê dormir. Existem dispositivos de borracha para serem usados nos dedos, chamados “dedeiras”, que podem ser usados, mas não são imprescindíveis. Quando os dentes irrompem, principalmente os posteriores, já podem introduzir a escova de dentes infantil com cerdas macias, o fio e a pasta dental. Para as crianças de até 3 anos de idade, utiliza-se quantidade mínima de pasta dental (LEÃO et al., 2005).

Há diversos recursos recomendados para higiene bucal utilizáveis segundo ocorrência da irrupção dentária, idade da criança e algumas peculiaridades individuais: fraldas limpas, gaze, soro fisiológico ou água fervida para umidificação, escova especial de silicone em forma de dedeira, escova dental infantil, dentifrícios sem flúor ou com baixa concentração de flúor e fio dental. A higienização da cavidade bucal antes da irrupção dos dentes decíduos (de leite) é recomendada por diferentes autores, e tem início geralmente aos 6 meses de idade, objetiva treinar pais e criança para instalação desta prática. Embora a cavidade bucal não seja colonizada por bactérias cariogênicas antes do irrompimento dentário, a higiene bucal neste período é importante para que a criança se habitue com a manipulação da boca e com a sensação de boca limpa. (STUANI et al., 2007).

Como prática rotineira, o profissional deve orientar o núcleo familiar quanto aos hábitos alimentares de higiene bucal, assim como uso racional do flúor. Não menos importantes são recomendações quanto aos hábitos de sucção não nutritivos (CRIVELLO JUNIOR, 2009).

1.3.6 Orientação alimentar

A época de introdução da sacarose na dieta da criança tem forte correlação com o número de lesões de cárie que a criança desenvolve na primeira infância. Quanto mais precoce o uso, maior o número de lesões. Como já relatada, a multiplicação de microrganismos cariogênicos depende da disponibilidade do substrato. A sacarose, por ser o açúcar mais facilmente aproveitável pelas bactérias envolvidas na instalação e na progressão da cárie dental, é o principal fator de seleção e predomínio dessa flora. A lactose é substrato menos efetivo, mas pode ser, também, aproveitado pelas bactérias, principalmente, se o aporte

é freqüente, mamadeiras noturnas ou se fatores de defesa não estão atuando. Assim, torna-se necessário reiterar a responsabilidade do pediatra na prescrição de dietas, horários e padrões de amamentação e substituições do aleitamento materno, pois quase sempre estas coincidem com o momento de introdução de sacarose, que aumenta o risco dos bebês à ocorrência de lesões de cárie.

Os especialistas em odontologia infantil têm recomendado que líquidos e outros alimentos não sejam adoçados, para não induzir o hábito e acostumar o paladar das crianças com o sabor do açúcar. Idealmente, crianças poderiam, no desmame, utilizar copo e não mamadeira. A posição da mamadeira na boca provoca estagnação dos líquidos em determinadas áreas bucais torna-se mais expostas aos desafios cariogênicos. Adicionalmente, estimulação muscular não é a mais adequada, posições do bico podem alterar posições dentais e, mesmo, o formato dos arcos, entre outras conseqüências. Alimentar o bebê sem o uso de mamadeira é um desafio cultural e demanda perseverança e dedicação. As mães podem não dispor de todo tempo necessário para tanto, sobretudo quando devem retornar a vida profissional ou outras atividades domésticas. Cada situação familiar deve ser analisada na amplitude de seus investimentos e decisões devem ser tomadas em conjunto com os pais. A dieta rica em fibras e bem dosada em carboidratos, reduz o potencial cariogênico e estimula, pela mastigação, os mecanismos de defesa dentogengivais (LEÃO et al., 2005).

1.3.7 Fluoretos

A fluoretação das águas de abastecimento público representa forma de acesso ao flúor e boa relação custo/benefício, atingindo crianças, nutrízes e gestantes. No entanto, sabe-se, hoje, que o flúor absorvido sistemicamente é incorporado à estrutura dental em quantidades mínimas e seus efeitos são mais bem explicados pela ação que exerce no ambiente bucal, mais especificamente na interface dente/placa, onde influencia o equilíbrio no sentido da deposição de fluoreto de cálcio sobre a superfície do esmalte. Quando presente na água de beber, contribui para redução da incidência de cárie. Essas evidências contra-indicam o uso de qualquer suplementação. Ainda assim, os fluoretos de aplicação tópica estão disponíveis no comércio, em fórmulas para uso domiciliar e para uso profissional. (LEÃO et al., 2005).

A pasta dental deve ser utilizada a partir do início da escovação, em quantidade suficiente para cobrir apenas um ou dois tufo de cerdas da escova; de maneira didática, pode-se recomendar aos pais uma quantidade equivalente ao tamanho de um grão de arroz. A

recomendação para que não se utilize dentifrício com flúor durante a escovação dental em crianças menores de 3 anos de idade se deve ao fato de essas crianças ainda não saberem cuspir, podendo deglutir grande parte do dentifrício colocado na escova. Ingestão prolongada de fluoreto durante a formação dos dentes pode ocasionar a fluorose dentária, com opacidade do esmalte. Essa alteração pode apresentar aspectos que variam desde pequenas linhas esbranquiçadas e imperceptíveis até a formação de áreas hipoplásticas, que podem se tornar manchadas pelo contato com pigmentos alimentares. Um aspecto a ser considerado na escolha da pasta dental é a fluoretação da água ingerida pela criança, o que ocorre em praticamente todos os centros urbanos, Isso contra-indica o uso de dentifrícios fluoretados com também de vitaminas que contém flúor, pois podem propiciar a fluorose (STUANI et al., 2007).

1.3.8 A cárie

A produção de ácido lático através do metabolismo glicolítico dos açúcares é responsável pela iniciação do processo cariioso. Os carboidratos, principalmente a sacarose, são o substrato mais importante para o metabolismo da microbiota bucal. As principais fontes de carboidratos são o pão, macarrão, batata, biscoitos, lactose proveniente do leite e frutose das frutas. Os principais açúcares da dieta são: sacarose, predominante na dieta, presente nos bolos, balas, frutas secas, ketchup e refrigerantes; glicose e frutose, encontradas naturalmente no mel e nas frutas; lactose, presente no leite; e maltose, derivada da hidrólise do amido. A “cárie de mamadeira”, caracterizada pelo desenvolvimento rápido, é geralmente observada em crianças que possuem o hábito de adormecer com a mamadeira na cavidade bucal, muitas vezes durante toda a noite. O fato da criança adormecer mamando é mais significativo que o conteúdo da mamadeira, na determinação da atividade cariogênica. Durante o sono, os alimentos permanecem por mais tempo na cavidade bucal, devido à redução da velocidade do fluxo salivar, dos movimentos da língua e sua função na auto-limpeza (LARA; ARAÚJO, 2010).

1.3.9 Hábitos orais deletérios

1.3.9.1 Chupeta e sucção de dedo

O uso de bico ou chupeta é tema controverso, dada sua extrema difusão. São aspectos desfavoráveis as possíveis ocorrências de desmame precoce, otite média aguda, contaminação

e episódios diarréicos infecciosos, assim como má oclusão dentária. Entretanto a mãe deve ser ouvida para expor suas razões em relação ao uso da chupeta e cabe ao profissional de saúde agir com bom senso (LEÃO et al., 2005).

A respeito do uso da chupeta, o uso prolongado é prejudicial à criança, entretanto poucos demonstram conhecimento sobre a idade limite para seu abandono (entre 3 e 4 anos), período no qual o desenvolvimento facial pode ser comprometido (FERREIRA et al., 2005).

As informações sobre hábitos orais deletérios são importantes para diagnosticarmos possíveis fatores etiológicos e magnitude da maloclusão:

- Frequência: Alta - usa o bico/dedo durante o dia e a noite;
 Média - faz uso para dormir e, eventualmente, quando está mais “dengoso”;
 Baixa - faz uso apenas na hora de dormir.
- Duração: Alta - usa desde que nasceu e já iniciou a troca pelos incisivos permanentes;
 Média - usa desde que nasceu e não iniciou a troca dos incisivos permanentes;
 Baixa - usou até o 1º e/ou 2º ano de vida.
- Intensidade: Alta - a sucção é vigorosa e observa a contração de vários músculos faciais;
 Média - a sucção não é tão vigorosa, mas o bico permanece firme na boca durante o tempo inteiro;
 Baixa - a criança segura apenas para pegar no sono e o bico cai facilmente (CLÍNICA INFANTIL, 2007).

1.3.10 Deglutição atípica

Em paciente com deglutição normal não se observam contrações exageradas dos músculos peribucais e não se enxerga a língua. Caso se observe alguma característica diferente das anteriormente citadas, considera-se o paciente com deglutição atípica. A deglutição atípica pode ser dividida em : interposição lingual - quando ao deglutir e falar o paciente pressiona ou projeta a língua entre os dentes anteriores ou entre os dentes posteriores (lateral); postura baixa de língua/boca, que se encontra entreaberta com a língua repousando sobre os dentes inferiores; interposição de lábio - paciente interpõe lábio inferior ao deglutir entre incisivos superiores e inferiores. Observa-se normalmente projeção de incisivos superiores e retroinclinação de incisivos inferiores (CLÍNICA INFANTIL, 2007).

1.3.11 Odontograma

Para o preenchimento do odontograma, em primeiro lugar deve ser realizada profilaxia com fio dental, escova de Robson e pasta profilática, permitindo, assim, condições ideais para visualização da superfície dentária. A seguir, os dentes decíduos ou permanentes devem ser identificados. A condição clínica de cada dente deve ser preenchida no espaço respectivo, mencionando sempre a face quando necessária. Em crianças com dentição decídua, a observação de facetas de desgaste é freqüente, indicando atrição causada pela função mastigatória e pelo aumento da força muscular à medida que a criança se desenvolve. Na dentição mista, abrasões em dentes decíduos são ainda mais comuns, no entanto, esteja atento pois, fisiologicamente, em pacientes jovens, os dentes permanentes não devem apresentar desgastes (CLÍNICA INFANTIL, 2007).

1.3.12 Traumatismo dentoalveolar

1.3.12.1 Avulsão

Danos dentoalveolares acontecem nas populações pediátricas, adolescentes e adultas. No grupo pediátrico, causas primárias são as quedas, possivelmente, durante os primeiros anos de vida. Aparentemente, a avulsão é o pior dos traumas dentoalveolares e, por definição, esses danos envolvem um dente ou mais, que foram totalmente desalojados do alvéolo. Crianças de 7 a 9 anos são os principais acometidos por esse trauma. O leite, saliva e solução salina são excelentes métodos de armazenamento temporário por até 6 horas. Soluções próprias como as de Hank e Viaspan podem armazenar dentes avulsionados por 24 horas e 1 semana, respectivamente. A idéia do reimplante precoce ou imediato para dentes permanentes deve ser adotada (MILORO et al., 2009).

1.3.13 Aspiração de corpo estranho

Crianças com mais de 6 meses estão incluídas em grupo de risco particularmente alto, devido à ausência de dentição, curiosidade inerente à idade, engatinharem, não possuem mecanismo de deglutição completamente coordenado e por serem propensos a pinçar objetos pequenos. Felizmente, das aspirações para as vias aéreas, a minoria se localiza na laringe (2% a 3%). A maioria dos corpos estranhos aspirados se localiza na árvore brônquica (80% a

85%), com maior incidência na árvore brônquica direita. Quando há localização de objetos nas vias aéreas superiores, a retirada deste deve ser imediata, sob risco de obstrução total. A criança apresenta sinais de sufocamento, com dispnéia, estridor inspiratório, agitação psicomotora e abafamento da voz. Se houver obstrução completa, há parada da entrada de ar, perda da consciência, cianose e parada cardiorrespiratória (BARACAT; ABRAMOVICI, 2005).

1.4 Fonoaudiologia

A fonoaudiologia é área do conhecimento que estuda a comunicação humana, em suas manifestações normais e patológicas, dividindo-as em quatro grandes áreas, a saber: motricidade, linguagem, voz, e audição. Em seu contexto, lida tanto com expressão verbal como também com a ausência de oralidade, além de atuar com leitura e escrita, formas de expressão capazes de estabelecer influência sobre o outro. Estas áreas de intervenção englobam atendimento às seguintes patologias: deglutição atípica, distúrbios articulatorios, disfonias (distúrbios de voz), gagueira, disfagias (dificuldade em deglutir), dislexias (distúrbio de leitura), distúrbios de aprendizagem, disgrafia (dificuldade na escrita), disartrias (distúrbios de articulação provenientes de lesões no sistema nervoso, como, as encefalopatias: paralisia cerebral, doença de Parkinson, etc.), deficiência auditiva, atraso no desenvolvimento de linguagem, deficiência mental, afasias (dificuldade para formular, compreender ou expressar a linguagem), síndromes, alterações genéticas, estimulação precoce em bebês, laringectomias, autismo, além, de atuar como auxiliares da comunicação de profissionais da voz, como, cantores, telefonistas, professores, radialistas, atores, dentre outros, visando prevenção, promoção, aprimoramento, recuperação e reabilitação destas manifestações. A Fonoaudiologia tem natureza multidisciplinar, pois, guarda estreita relação com outras ciências, como medicina, odontologia, psicologia, educação e lingüística (SEGER, 2009).

1.4.1 Medicamentos

O grupo dos aminoglicosídeos, ao qual pertencem a estreptomicina, ganamicina, gentamicina e neomicina, são antibacterianos com toxicidade somatória, não devendo ser associados, pois podem causar toxicidade renal e auditiva, sendo a mais grave delas perda da audição de forma irreversível, mesmo em doses terapêuticas (GUEDES-PINTO, 2006).

1.4.2 Fonoaudiologia neonatal

Existem objetivos que norteiam a prática fonoaudiológica junto ao neonato, devendo sempre ser considerada a individualidade do caso e a intervenção de maneira globalizada não só na área sensoriomotor oral, incluindo, sempre que possível, participação da família. Alguns desses objetivos são: integração da intervenção fonoaudiológica à equipe multidisciplinar; detecção de alterações sensoriais e motoras, buscando-se posturas mais apropriadas, e visando a adequação do tônus, a organização e auto-estimulação das funções orais, tanto nos casos de alteração de sucção como na transição da dieta por sonda para via oral; incentivo à participação dos pais durante período de internação e aleitamento materno, visando o fortalecimento dos laços mãe/filho e adequada pega ao seio; orientação sobre estimulação de linguagem, que inicia desde o momento da mamada, oferecendo-se condições para que essa aconteça em ambiente acolhedor, com trocas comunicativas entre mãe e filho; implementação, junto às equipes médica e de enfermagem, de medidas de controle do ruído ambiental e mínimo manuseio, favorecendo a humanização da atenção; identificação de comprometimento de audição; atuação junto à equipe de enfermagem, buscando-se favorecer postura adequada tanto em repouso quanto durante administração das dietas, bem como definir local mais adequado para fixação da sonda e melhor forma de alimentar o bebê. (LEÃO et al., 2005).

1.4.3 Teste de audição do recém-nascido (teste da orelhinha)

As disfunções auditivas são mal detectadas através da vigilância médica do desenvolvimento. Como fala e linguagem são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo, a triagem deve ser feita antes de o recém-nascido receber alta do berçário. As crianças que apresentarem resultados anormais deverão ser encaminhadas para um teste definitivo, antes que as conseqüências do déficit auditivo tornem aparentes. A audição do lactante é testada colocando-se fones sobre suas orelhas e eletrodos no crânio. Sons padronizados são emitidos, e a transmissão do impulso para o cérebro é documentada. Se esse teste de triagem resultar anormal, avaliação mais criteriosa é indicada, usando-se audiometria por resposta evocada da transmissão de som, semelhante a um eletroencefalograma (EEG) (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.4.4 Lactentes e bebês

Interferências sobre audição podem ser feitas quando se pergunta aos pais sobre reações a sons e fala, observando de perto o desenvolvimento da fala e da linguagem. As inferências sobre a visão podem ser feitas ao se examinarem os marcos de desenvolvimento motor grosseiro (crianças com problemas de visão podem manifestar atraso) e através de exame físico do olho. Os pais devem ser questionados quanto a qualquer problema relacionado à visão até que a criança tenha três anos de idade, e à audição até que a criança tenha quatro anos. Se houver problemas, testes conclusivos devem ser providenciados. A audição poderá ser testada por respostas evocadas de áudio, como foi mencionado para lactantes. Para crianças que começam a andar e também para as mais velhas que não cooperam com os testes de audição que utilizam fones de ouvido, a audiologia comportamental poderá ser testada por respostas evocadas de áudio, como foi mencionado para lactentes. Os sons com frequência ou intensidade específica são fornecidos dentro de ambiente-padrão, uma cabine à prova de som, e as respostas são avaliadas por fonoaudiólogo treinado (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.4.5 Relação entre funções vitais e aspectos motores da fala

Atribui-se à respiração, uma importância fisiológica ímpar pela larga importância na vitalidade do organismo, desde suprimento de oxigênio e transferência de substâncias energéticas às células, liberando os resíduos do metabolismo, até sua importância como meio de comunicação e expressão. Denomina-se “coordenação pneumofonoarticulatória” a capacidade de coordenar a articulação das palavras com a respiração, mantendo fluência da comunicação oral. Para que o trato vocal possa desempenhar este complexo mecanismo é necessário que haja coordenação entre pressão do ar expiratório vindo dos pulmões sobre as pregas vocais, cuja vibração produz voz, e articulação dos fonemas, por meio dos órgãos fonoarticulatórios.

Alterações respiratórias desequilibram funcionalmente as demais funções do sistema estomatognático, como mastigação e deglutição. Podem comprometer a ressonância vocal, isto é, o uso adequado das caixas de ressonância que facilitam amplificação e saída do som pela boca, originando uma voz rouca. Podem, também, afetar a coordenação pneumofonoarticulatória, que é presença de coordenação da respiração com a fala, fazendo com que o indivíduo utilize o ar expiratório residual durante a emissão, gerando interrupções irregulares ou afetando a entonação vocal. Frequentemente, estão associadas à imprecisão

articulatória dos sons da fala (fonemas) e à sialorréia, que é excesso de salivação (SEGER, 2009).

1.4.5.1 Sucção

Ao nascer, o bebê já dispõe de inúmeros benefícios para o desenvolvimento global quando recebe aleitamento materno por um período mínimo de seis meses, pois são sabidas as vantagens físicas, mentais e afetivo-emocionais que este tipo de nutrição acarreta. A amamentação natural é muito importante por sua característica nutricional, por ser rica em calorias e proteínas, possuir anticorpos essenciais para proteção imunológica do bebê, além de lhe favorecer, pelo contato físico, segurança emocional e afetiva. O aleitamento materno promove intensa estimulação sensoriomotora aos órgãos: língua, lábios, bochechas, palato e mandíbula, pois o exercício neuromuscular executado durante a sucção produz equilíbrio funcional importante para posterior desenvolvimento fonoarticulatório. A própria utilização da respiração nasal durante a amamentação é fator que favorece a coordenação entre as funções: respiração/sucção/deglutição e propicia adequado crescimento e maturação das estruturas duras e moles do sistema estomatognático, preparando-as para desenvolvimento da mastigação e fala. Durante a amamentação ocorre ajustes funcionais que contribuem para eficiência da sucção: a mandíbula exerce movimento antero-posterior, por meio da participação da articulação temporomandibular, favorecendo o crescimento e compensando a desproporção inicialmente apresentada, própria do recém-nascido, facilitando posicionamento maxilomandibular.

Na amamentação artificial, condutas inadequadas, como, postura da criança, posicionamento da mamadeira durante aleitamento, tipo de bico e furo inadequado podem acarretar distúrbios miofuncionais, não estimular corretamente a região orofacial, assim como, não saciar a criança em suas necessidades nutricional e emocional. A idade também é fator relevante, pois, retirada tardia deste tipo de alimentação pode comprometer o crescimento e maturação das estruturas e funções do sistema estomatognático. A mamadeira deve ser evitada e, se introduzida, jamais deve substituir uma refeição. Alterações como estas, associadas à presença de hábitos parafuncionais, como sucção digital, chupetas, dentre outros,

favorecem aparecimento dos referidos desvios, além de comprometer produção da fala, devido ao desequilíbrio neuromuscular (SEGER, 2009).

1.4.5.2 Mastigação

A mastigação corresponde a primeira etapa do processo digestivo e se caracteriza pela redução efetiva do alimento na cavidade bucal. A maturação da mastigação está integrada ao desenvolvimento das demais funções estomatognáticas. A eficiência mastigatória requer oclusão dentária harmônica, que garanta contato intercuspideano durante trituração do alimento e que, conseqüentemente, não acarrete anomalias dentoalveolares e não comprometa a articulação temporomandibular. Pelos movimentos funcionais da mandíbula durante sucção, mastigação e deglutição se processam alterações significativas nas estruturas anatômicas, gerando crescimento. Sabe-se a importância da relação da língua com o espaço intrabucal na conformação da maxila e mandíbula, na relação entre os arcos dentários e execução das funções estomatognáticas. A partir do 3º mês de idade, paralelamente ao aleitamento, os bebês estão prontos para receber alimentação pastosa, porém, esta passagem deve ser feita de forma gradual, a fim de que seu organismo se torne apto para aceitação destes alimentos. A medida que estes são introduzidos promovem estimulação e maturação dos órgãos fonoarticulatórios: lábios, língua, bochechas, palato duro e mole, dentes e mandíbula, importantes para desenvolvimento das seguintes funções estomatognáticas: respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala (SEGER, 2009).

1.4.5.3- Deglutição

A deglutição consiste numa seqüência integrada e automática de contrações e relaxamentos de grupos musculares que impelem o bolo alimentar da cavidade oral até o estômago. As disfunções da deglutição podem ser causa ou conseqüências das maloclusões e referem-se às discrepâncias entre as estruturas ósseas e seus respectivos tecidos moles. O cirurgião dentista (CD) intervirá na correção das maloclusões, embora seja imprescindível uma reeducação funcional integrada, visando a substituição dos padrões adaptativos na medida em que ocorre o reposicionamento dos arcos dentoalveolares, evitando possíveis recidivas ao término do tratamento. A língua se posiciona de acordo com as estruturas

anatômicas de que dispõe, apresentando ajustes funcionais no decorrer do crescimento craniofacial e durante desenvolvimento das dentições decídua, mista e permanente.

A postura e mobilidade da língua são fundamentais para coordenação das funções de sucção/deglutição/respiração, e também para desenvolvimento da fala. Este órgão atua também na modelação dos arcos dentários; portanto, a presença de desequilíbrios neuromusculares gera transtornos significativos na relação forma/função, importantes de serem considerados. Embora a deglutição seja descrita, didaticamente, em três etapas (fase bucal, faríngea e esofágica), na prática, a visualização dos desvios funcionais, e a área de intervenção fonoaudiológica se refere à fase oral. Ainda assim, deglutição atípica é um termo abrangente, pois engloba uma série de desequilíbrios musculares dos lábios, língua e bochechas, tanto no repouso, como durante sua mobilidade. Para que ocorra um padrão maduro de deglutição é necessário que haja harmonia entre estrutura óssea e dentária e ação neuromuscular destes órgãos articulatórios (SEGER, 2009).

1.4.6 Fala

O aparelho fonador, responsável pelos aspectos motores da fala, atua na integração funcional dos seguintes mecanismos: respiração, voz e movimentos articulatórios. Vale ressaltar que capacidade de desenvolvimento da linguagem oral não se restringe aos aspectos morfofisiológicos e pela capacidade motora, para articulação precisa dos órgãos fonoarticulatórios citados, e sim envolve integridade da programação do sistema nervoso central e periférico, do sistema auditivo da capacidade mental individual e existência de ambiente estimulador que promova tal desenvolvimento. Os órgãos periféricos que compõem este aparelho (laringe, lábios, língua, palato mole, maxilar, mandíbula, pregas vocais, etc.) pertencem aos sistemas digestivo e respiratório, não sendo, portanto, especializados apenas para função da fala. Estes órgãos, também denominados órgãos fonoarticulatórios (OFA), executam movimentos altamente precisos em sincronia com a respiração e os movimentos das pregas vocais (localizadas na laringe) produzindo a voz que, por vez, é modificada e amplificada pelas cavidades de ressonância (cavidade nasal, bucal, faringe e seios paranasais).

Os distúrbios de articulação são alterações na produção dos sons da fala (fonemas) que persistem com o avanço da idade. São classificados em: fonéticos, quando existem desvios orgânicos, motores e sensoriais responsáveis por estes distúrbios; fonológicos, quando existe capacidade na produção dos sons da língua, não estando presentes alterações morfofisiológicas; porém, ocorrem desorganizações gnóstico/práticas que impedem integração

e sistematização dos mesmos. Estes desvios devem ser distinguidos entre si, uma vez que diferem os agentes etiológicos e sintomatologia que os determinam, requerendo, portanto, uma investigação cuidadosa, embora também possa ocorrer de forma associada (SEGER, 2009).

1.4.6.1 Deficiência de fala/linguagem

As alterações de fala podem se manifestar de inúmeras maneiras: substituições, omissões, distorções e adições, entre outras. Esses transtornos eram analisados, até bem recentemente, considerando-se apenas aspectos articulatórios. Assim, toda troca na fala era considerada dificuldade em produzir fonema, cabendo ao fonoaudiólogo “ensinar” esse som. Tal situação caracteriza apenas uma das manifestações dos transtornos na fala, os desvios fonéticos (LEÃO et al., 2005).

Os pais costumam trazer ao fonoaudiólogo uma preocupação com atrasos na fala quando comparam seu filho com outros da mesma idade. As causas mais comuns da demora na fala são: retardo mental, deficiência de audição, privação social, autismo e anormalidades oromotoras. Enquanto aguardam o início da terapia da fala/linguagem, os pais devem ser aconselhados a falar lenta e claramente com a criança, evitando a chamada “fala de bebê”. Os pais e irmãos mais velhos devem ler frequentemente para a criança cuja fala está atrasada. As disfunções da fala incluem alterações na articulação, fluência e ressonância. As disfunções de articulação são dificuldades na produção de sons em sílabas ou pronúncia incorreta de palavras, a tal ponto que outras pessoas não consigam compreender o que está sendo dito. As disfunções na fluência incluem problemas como gagueira, enfermidade em que o fluxo de fala é interrompido por paradas anormais, repetições (“ga-ga-gagueira”) ou sons e sílabas prolongados (“gaaaaaaaagagueira”). As disfunções de ressonância ou voz incluem problemas com tom, volume ou qualidade da voz da criança, que desvia a atenção de quem ouve daquilo que está sendo dito. As disfunções de linguagem podem ser receptivas ou expressivas. As disfunções receptivas se referem a dificuldades em compreender ou processar a linguagem.

As disfunções expressivas incluem dificuldade em juntar palavras, uso de vocabulário limitado ou incapacidade de usar linguagem de maneira socialmente adequada. Os fonoaudiólogos habilitados para trabalhar com lactente e recém-nascido também são essenciais no treinamento dos bebês quanto a outras habilidades oromotoras, como ensinar os pais de lactente com lábio leporino e fenda palatina a alimentá-lo apropriadamente. A terapia da fala/linguagem pode ser desenvolvida individualmente com a criança, em pequenos

grupos, direcionada para suspensão de disfunção específica (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.4.7 Crianças com mais de 3 anos de idade

Em várias idades, audição e visão devem ser testadas objetivamente usando-se técnicas padronizadas. Qualquer idade marcada com um *O* requer uma triagem objetiva; *S* denota que avaliação subjetiva é apropriada naquela idade. Perguntar à família e a criança sobre quaisquer problemas ou conseqüências de deficiência auditivas ou visuais configuram avaliação subjetiva. O teste audiológico com fones de orelha e identificação dos sons ouvidos pelas crianças devem começar no seu quarto aniversário. Qualquer suspeita de déficit auditivo deve ser avaliada através de história e exame físico cuidadosos, e as crianças devem ser encaminhadas para testes mais apurados. Crianças com problemas de visão documentados, testes alterados ou preocupação por parte dos pais devem ser encaminhadas ao oftalmologista pediátrico (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.4.8 Avaliação educacional

A avaliação educacional envolve análise de áreas específicas que constituam pontos fortes e fracos em leitura, ortografia, expressão escrita e aptidões na matemática. As escolas costumam examinar os alunos com testes em grupos para ajudar na identificação de problemas e programação da avaliação. O diagnóstico do ensino, no qual se avalia a reação da criança a diversas técnicas de ensino, também pode ser útil (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.4.9 Distúrbios da voz

Na infância, problema vocal é sintoma comum. Apesar dos profissionais de saúde, pais e educadores se mostrarem mais atentos ao desenvolvimento da linguagem e fala nessa faixa etária, os estudos epidemiológicos revelam incidência de 6% a 9% de disfonia e distúrbios articulares na infância. As causas de alterações vocais na infância compreendem desde fatores funcionais até fatores orgânicos, devendo ser realizada cuidadosa investigação em qualquer alteração vocal. O diagnóstico da disfonia na infância deve incluir avaliação otorrinolaringológica completa, não limitada apenas à laringe, mas englobando, também,

observações funcionais e investigação detalhada a respeito do estado geral de saúde da criança. A vídeolaringostroboscopia e/ou fibronasolaringoscopia são exames pouco invasivos de fácil execução técnica, que permitem registro da anatomia e fisiologia laríngea. Contudo, para interpretação final dos achados encontrados, é preciso considerar a avaliação fonoaudiológica (LEÃO et al., 2005).

1.4.10 Respirador bucal

O respirador bucal apresenta constante obstrução das narinas e lábios entreabertos. Frequentemente, apresenta deficiência da capacidade pulmonar e oxigenação cerebral, dificultando a atenção adequada às atividades que desenvolve, além de se cansar facilmente (GUEDES-PINTO, 2006).

1.5 **Psicologia**

A psicologia é a ciência que estuda comportamentos, principalmente do ser humano, sejam aqueles considerados conscientes que envolvem experiências, conhecimentos, pensamentos e ações intencionais, como aqueles inconscientes, que ocorrem num plano não observável diretamente. A psicologia é profissão recente, sendo reconhecida nos países ocidentais há pouco mais de cem anos. Em princípio, ligada à filosofia, buscou posteriormente adotar modelo cientificista, composto por métodos, teorias e técnicas psicológicas. Existem vários verbetes da psicologia clínica, comportamental, social, psicanalítica, hospitalar, do desenvolvimento humano, comunitária, institucional que procuraram caracterizar o ser humano, procurando leis gerais, a partir de algumas características da espécie, dentro de determinadas condições socioculturais. O tratamento psicológico não é tratamento psiquiátrico; psicólogo não pode medicar. Caso o psicólogo perceba necessidade de uma pessoa ser submetida a tratamento psiquiátrico, deve encaminhá-la a um psiquiatra, para realização de um trabalho conjunto (SEGER, 2009).

No exame psicológico da criança, procura-se colher dados necessários para traçar o perfil do seu estado emocional. Este perfil será entendido aqui como resultado da observação de um conjunto de funções psíquicas, que correspondem, na sua maior parte, à vida consciente da criança. No bebê, estas funções estão embrionárias, mas ele possui uma predisposição genética para desenvolvê-las.

A criança até os cinco anos de idade é incapaz de se exprimir espontaneamente com maturidade sobre sua vida, amigos, casa. Ela é mais liberal em revelar os pensamentos e fantasias. Na criança maior já começam a operar mecanismos de defesa que vão influenciar na expressão de sua vida de fantasia, empobrecendo-a. A criança com freqüência torna-se incapaz de expressar fácil e vivamente as imaginações. Isto se dá pela repressão, mecanismo de defesa que, operando inconscientemente, impede que cheguem à consciência emoções, desejos ou fantasias, vividas como ameaçadoras e nesta fase, ligados ao conflito edipiano (PORTO, 2009).

1.5.1 A paternidade

O homem também é atingido por crises de ansiedade diante a gravidez da mulher. Estas se expressam de várias maneiras, como excesso de cuidados à mulher, na tentativa de satisfazer todos seus desejos no medo que ela possa sofrer. A inveja masculina da gravidez se manifesta conscientemente através do interesse e animosidade do homem pelas sensações femininas, mas também pode-se expressar por, hostilidade, rejeição sexual, relações extraconjugais, indiferença e vários sintomas psicossomáticos, como gripe, asma, úlcera etc. (CHAVES NETTO, 2005)

1.5.2 Ginecologia

Em obstetrícia e ginecologia, o aspecto emocional está particularmente presente. A tensão pré-menstrual, menopausa, depressões puerperais, abortos, provocados ou não e gravidez não desejada, são exemplos nos quais o fator emocional tem importância fundamental (FREITAS; MENKE; WALDEMAR, 2001).

Muitas mulheres que apresentam dificuldade para falar de seus problemas sexuais, podem esconder doenças ginecológicas, dentre as que tem vida sexual ativa, e dentre as adolescentes, dificuldade em assumir o uso de anovulatórios (CAIXETA, 2005).

1.5.3 Obstetrícia

Há estudos que mostram que as dores, ansiedade, gritos de gestantes solteiras são bem maiores que das casadas ou das com relacionamento sólido. O excesso de cesarianas, como se observa no Brasil, em grande parte se deve à falta de disponibilidade do médico, que tem

muitos empregos, muitos pacientes, e não tem tempo para o seguimento fisiológico de um trabalho de parto normal. Muitos círculos psicológicos, psicanalíticos ou mesmo leigos ainda acreditam que muitos sintomas gestacionais são devidos a fatores psicológicos, tais como depressão pós-psicose, pós-parto, poliúria, gastrite e hiperêmese gravídica. É importante que deixe bem claro para todos estes segmentos que há claros fatores hormonais e físicos envolvidos nesta condição o que, evidentemente, não impede que problemas psicológicos se instalem dentro dos sintomas (CAIXETA, 2005).

1.5.4 A teoria do desenvolvimento humano segundo Jean Piaget

O autor divide os períodos do desenvolvimento humano de acordo com o aparecimento de novas qualidades do pensamento, que por vez, interfere no desenvolvimento global. Cada período é caracterizado por aquilo que melhor o indivíduo consegue fazer nas faixas etárias. Período sensório/motor: a criança conquista, através da percepção e movimentos, todo universo que a cerca (0 a 2 anos); período pré-operatório: mais importante é o aparecimento da linguagem, que irá acarretar modificações nos aspectos intelectual e social da criança (2 a 7 anos); período das operações concretas: início da construção lógica, isto é, a capacidade da criança de estabelecer relações que permitam a coordenação de pontos de vista diferentes (7 a 12 anos); período das operações formais: ocorre a passagem do pensamento concreto para o pensamento formal, abstrato, isto é, o adolescente realiza as operações no plano das ideias (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002).

1.5.5 Psicologia materno infantil

Mães ansiosas, obsessivas e conseqüentemente hipocondríacas, avós “sabe tudo” que desqualificam as condutas médicas; crianças hiperativas subdiagnosticadas, com distúrbios de aprendizagem, dislexia, disortografia, discalculia, disfasia, dispraxia, doença terminal, transtornos alimentares ou do sono, anóxia pós-parto, lesão cerebral, depressão clínica infantil, além da separação reiterada da mãe de sua criança pequena, está, junto com ausência do pai, entre os fatores psicopatogênicos, mais evidentes e mais freqüentes encontrados hoje (CAIXETA, 2005).

1.5.6 Maternidade precoce/gravidez na adolescência

O ponto importante é o aumento do fenômeno em todos os países do mundo, sobretudo do hemisfério norte (a Grã-Bretanha é, por exemplo, campeã européia). Mesmo em países onde o aborto é permitido e operacionalizado pelo governo, como na França, as taxas são ascendentes, pois muitas meninas negam sua gravidez por longo tempo, até que se tenha passado o prazo legal para o abortamento voluntário não criminoso (três meses). Aliás, além de negar a gravidez, estas adolescentes têm muitos outros problemas psicológicos em relação aos mecanismos reprodutivos: agem impulsivamente em relação ao gênero; dificilmente usam métodos anticoncepcionais; história de sexualidade precoce, muitas vezes com incesto e outros abusos; família desagregada, quase sempre com ausência física ou psicológica do pai (pai frio, distante, negligente, rejeitador). As próprias mães desta adolescente muitas das vezes foram também mães solteiras e mães precoces.

Muitas destas adolescentes, tendo já equilíbrio familiar perturbado, sofrerão rejeição ou hostilidades francas por parte dos pais ou parentes, complicando ainda mais a situação. De outra forma, muitos bebês serão aceitos pela família, sobretudo pela mãe da adolescente que passa, então, a ser a mãe psicológica do bebê, restando à adolescente, mãe biológica, somente o papel de “irmã mais velha” diante do filho. Em muitos casos, tais adolescentes são desqualificadas como mães e, em outros, sendo apoiadas pelas mães, simplesmente abandonam os filhos, por puro comodismo (CAIXETA, 2005).

A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher, mas é também fase de conflitos de vivências que ela, em curto período de tempo, passa por inúmeras mudanças físicas, psíquicas e sociais. A adolescência constitui período entre a infância e vida adulta que remete também a mudanças físicas, psíquicas e sociais. Em poucos anos, a então menina adquire status de mulher e torna-se protagonista de sua história. Adolescência se origina do latim *adolescere*: padecer, sofrer. Talvez o “sofrer” se refira ao período conflituoso que remete a um segundo nascimento, desta vez o nascer psicológico do indivíduo que agora pode escolher a própria identidade.

O maior impasse, nessa fase de transição, e também o maior desafio na assistência à adolescência talvez esteja no descrédito da adolescente aceitar que a atividade sexual pode acarretar-lhe gravidez e também risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O pensamento mágico de que nada vai acontecer de errado e o “teste da fertilidade” acabam implicando a vivência prematura da maternidade para as adolescentes (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009).

1.5.7 Outros eventos reprodutivos

A infertilidade é descrita pela maioria das mulheres submetidas a tratamento como o evento mais estressante da vida. Cada tratamento é percebido como perda da gravidez esperada. A perda de um feto ou recém-nascido causa luto, que acarreta alguns dos mesmos sintomas da depressão. Não se deve pressionar as pacientes para “seguir adiante” ou esperar que “superem” o problema em alguns meses. Alguns sentimentos de tristeza podem persistir por anos. Entretanto, o sono, apetite e outras funções vitais e comportamentos devem começar a melhorar após algumas semanas. A depressão pode complicar o luto e deve ser tratada. Não há evidências de que abortamento induzido aumente incidência de depressão clínica (BERECK, 2005).

1.5.8 Blues puerperal ou síndrome da tristeza pós-parto

Também chamados de *maternity blues* têm este nome derivado de gênero de música norte-americana interpretada principalmente por negros do sul do país desde o fim do século passado, possuindo colorido de lamento, dor e tristeza característicos. Ao observarmos com sensibilidade e atenção uma paciente puérpera, podemos notar não raramente variações de estado de humor, com tendência à depressão, instabilidade emocional, expressões, fala, gestos e condutas que evidenciam todo o complexo da nova situação vivenciada, a adaptação a ela não só do ponto de vista biológico, mas emocional e social.

O *blues* pode eventualmente ter sintomatologia mais séria que simples tendências e oscilações depressivas do humor, como, por exemplo, ideação hipocondríaca, insônia, além de vivências de desrealização e despersonalização. Costumam iniciar nos primeiros dias do puerpério e remitir em duas semanas, aproximadamente. São auto resolutivos e não costumam deixar sequelas do ponto de vista psicopatológico clínico, porém, é necessária uma abordagem adequada do obstetra como medida de prevenção das dificuldades psicodinômicas na relação mãe/bebê ou mesmo evitar evolução eventual para psicose puerperal, dependendo do terreno onde se desenvolve (FEBRASGO, 2001).

1.5.9 Depressão puerperal ou depressão neurótica pós-parto

É uma intercorrência cujo quadro clínico é de descrições pouco consistentes semelhantes ao *blus* puerperal, só que de modo mais intenso e estruturado, onde se fala em angústia e irritabilidade correlata, mascarando a depressão, ansiosa e atípica por não piorar no fim do dia e começar com insônia, etc., mas que é quadro depressivo basicamente sem melancolia ou psicose. A paciente apresenta-se triste, humor depressivo, labilidade emocional, estados mentais instáveis, anorexia, insônia, auto-acusações e reprovações, sentimentos de não ser “suficientemente boa” ou “adequadamente” mãe para cuidar de seu bebê, amamentá-lo ou amá-lo. Enfim, fantasias que põem a puérpera em situações muito desconfortáveis perante ela mesma e a maternidade, não podendo usufruir da realidade vivida, vivenciando-a de modo sofrido e angustiado (FEBRASGO, 2001).

A incidência de depressão não diminui durante a gravidez e aumenta para aproximadamente 10% após o parto. Deve ser distinguida da depressão pós-parto transitória, autolimitada e muito comum. Casos leves podem ser tratados com psicoterapia. Casos moderados a graves podem exigir medicamentos antidepressivos. Embora nenhuma substância possa ser considerada perfeitamente segura para uso durante a gravidez e a lactação (BERECK, 2005).

1.5.10 Psicoses puerperais ou distúrbios afetivos psicóticos/puerperais

Diferentemente das duas primeiras entidades, que são distorções emocionais da realidade em níveis distintos, aqui há, como o nome indica, ruptura com a realidade. As formas clínicas são várias, semiologicamente não se distinguem dos quadros habituais, como já referimos, e há predomínio das alterações de humor com tendência à depressão, sintomas produtivos como ideação delirante, de caráter depressivo ou persecutório, alucinações auditivas e visuais, aceleração, lentificação e desagregação do pensamento, além de agitação psicomotora eventual.

São possíveis, portanto, diagnósticos de depressão psicótica, surtos maníacos e quadros esquizomórfos ou esquizoafetivos puerperais. Iniciam-se de modo abrupto duas ou três primeiras semanas pós-parto e podem, com frequência, ter pródromos que podem sugerir de início enfermidades menos graves, como labilidade emocional, insônia, cefaléia, inquietação e retraimento. O que há de específico e freqüente nestes delírios e alucinações é o seu conteúdo com referência à gravidez, parto e neonato. Há tendência à negação do ocorrido e franca agressividade, hostilidade dirigida à criança, numa clara evidência, como já

observamos antes, da patologia do vínculo mãe/bebê, parâmetro de saúde/doença, fundamental neste período. (FEBRASGO, 2001).

1.5.11 Pseudociese (gravidez psicológica)

É condição na qual a paciente apresenta sinais e sintomas da gravidez, como distensão abdominal, aumento das mamas e enjôos matinais. Pode ocorrer em qualquer idade, sendo descrita também em homens. Sua incidência diminui nos últimos 50 anos. Pode ser vista como transtorno psicossomático, em que o corpo sofre alterações fisiológicas em resposta a necessidades e conflitos inconscientes (KAPLAN; SADOCH; GREBB, 2006).

1.5.12 Avaliação psicológica

A avaliação psicológica inclui teste de habilidade cognitiva e avaliações da personalidade e do bem-estar emocional. As classificações de idade mental e quociente de inteligência (QI), medidas isoladamente, descrevem apenas parcialmente habilidades funcionais de alguém, que são combinação de habilidades cognitivas, adaptativas e sociais. Testes de desempenho estão sujeitos a variações baseadas na cultura, acesso à educação e experiência, devem ser padronizados em função de fatores sociais. Os testes de projeção e de não projeção se mostram úteis na compreensão das condições emocionais da criança. Embora uma criança não deva ser rotulada como portadora de problemas apenas com base em testes padronizados, esses testes realmente fornecem dados importantes e razoavelmente objetivos para avaliação do progresso da criança dentro de determinado programa (CABRAL, 2001).

1.5.13 Desenvolvimento emocional

O desenvolvimento emocional, em linhas gerais, pode ser concebido com longa caminhada que se inicia com dependência absoluta do bebê rumo a independência (relativa) caracterizada pela possibilidade de relações de trocas afetivas no mundo.

Na fase de dependência absoluta (0 a 2 anos), que ocorre no início da vida psíquica, há dependência absoluta do bebê em relação à mãe. A mãe é o primeiro objeto de satisfação, de hostilidade e também fonte de ajuda. Embora o bebê já seja um ser separado e com seus dons inatos, a mãe ainda não é, para ele, alguém separado, distinto embora, ao mesmo tempo, seja algo “bem mais vasto do qualquer outro ser humano (...) uma mãe universo, sendo o bebê

pequena parcela dessa unidade imensa e apaixonante”. Os cuidados maternos são, em grande parte, profiláticos e o bebê não tem como saber a respeito desses cuidados, na medida que ainda não discrimina entre si mesmo e a mãe. Se um bebê sente fome, está molhado, se machuca, está com medo ou raiva, não pode exercer influência sobre esses estados. Nesse sentido, a mãe ocupa papel fundamental: é ela quem “traduzirá” o que acontece com a criança, nomeando e satisfazendo suas necessidades e, em alguns momentos, frustrando (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.5.14 Ligação e apego na infância

A vida tem em si mesma uma energia propulsora que ultrapassa o plano biológico. Estas forças psíquicas, sobretudo o desejo que se expressa na relação com a mãe, primeiro representante do mundo para a criança, levam à evolução e ao crescimento. Por outro lado, o processo de crescer não existe sem conflitos e crises. O prazer/desprazer, a satisfação/insatisfação é inerente à condição humana. É no lar que inicia a vida da criança e o aprendizado do mundo juntamente com a consciência de si mesmo como pessoa autônoma, livre e responsável. É função dos pais e da família compreender o desenvolvimento da criança e conviver com suas crises, auxiliando o filho no processo de identidade e autonomia. Desde o nascimento, o bebê entra em relação afetiva com seus pais e vai fazendo a descoberta, no início imprecisa e rudimentar, de suas capacidades motoras, sensoriais e intelectuais, construindo aos poucos identidade e o mundo ao redor (CABRAL, 2001).

Os registros mostram o grande retardo evolutivo que acompanha a rejeição ou negligência materna. Os bebês tendem a apresentar um acentuado retardo no desenvolvimento físico, intelectual e emocional (KAPLAN; SADOCH; GREBB, 2006).

Os termos ligação e apego descrevem o relacionamento afetivo entre pais e lactentes. A ligação ocorre logo após o nascimento e refere-se aos sentimentos dos pais com relação ao recém-nascido (unidirecional); já o apego envolve sentimentos recíprocos entre pais e lactente, desenvolve-se gradualmente durante o primeiro ano de vida. Ligação afetiva após o parto pode otimizar o desenvolvimento do apego. A importância dessa ligação levou promoção de um contato maior entre pais e lactentes no pós-parto, como, por exemplo, alojamento conjunto na maternidade. O apego dos lactentes fora do período neonatal é crucial para obtenção de desenvolvimento ótimo. Os lactentes que recebem atenção extra, como ser atendidos imediatamente por seus pais a qualquer choro ou agitação, mostraram-se muito

menos chorosos e agitados no final do primeiro ano de vida (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.5.15 A criança diante da morte

A morte constitui ainda tabu na nossa sociedade. Como aceitar que uma criança se defronte com a morte do outro? Trata-se de ideia enganosa pensar que uma criança não seja capaz de entender o que acontece com aqueles que morrem. Pais e outros adultos não devem excluir crianças da experiência de perda como forma de poupá-las (TEIXEIRA, 2006).

1.5.16 Avaliação do ambiente social

A avaliação do ambiente onde a criança mora, trabalha, brinca e cresce é importante na compreensão do desenvolvimento da criança. Aos 2 anos de idade, a maior parte do crescimento do cérebro humano está completa e, para bom crescimento mental, o que a criança mais precisa é ter amor e atenção dos adultos. A aprovação dos pais a determinado comportamento do filho encoraja seu desejo de aprender e realizar novas habilidades, incentiva-o ser mais tolerante e pode evitar aquisição de práticas violentas. O cuidado afetuoso é mais adequado para ensinar uma criança do que críticas e punições constantes. As brincadeiras, linguagem e amor são os três alimentos mais importantes para crescimento da mente. As crianças precisam que as toquem, falem e sorriam para elas, comuniquem-se com elas, criando interações. A criança negligenciada perde o interesse pela vida, tem menos apetite e menos chance para desenvolvimento normal físico ou mental (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.5.17 Desenvolvimento social e ético

O desenvolvimento social e ético diz respeito à transformação do indivíduo caracteristicamente egocêntrico em indivíduo social. Como vimos, no início da vida, o ser humano não consegue perceber a existência de outro separado dele. Sua “majestade”, o bebê, até aproximadamente dois anos de idade (alguns vão muito além disso) acredita que o mundo exista exclusivamente para satisfazer suas necessidades. No entanto, com o desenvolvimento, pode, gradualmente, perceber que não está sozinho no mundo e que existem algumas regras que podem facilitar sua permanência nele. Na verdade, as pessoas são menos tolerantes com

os mais crescidos do que com bebês. Tal tolerância faz sentido, na medida que o recém-nascido não tem condições físico motoras, emocionais, ou cognitivas para seguir as regras sociais existentes. Entretanto, a partir de suas interações com a mãe e demais familiares ou com pessoas que os substituem, pode ir percebendo limitações e obrigações que regem as relações interpessoais. A prática de seguir regras passa por diferentes estágios. Num primeiro momento, até, aproximadamente, quatro anos de idade, a criança não tem exata noção de conceitos como bem e mal, certo e errado, verdade e mentira. Os pais ou responsáveis devem responder por essas questões e estabelecer regras, tais como: “aqui pode mexer, ali, não pode” (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.5.18 Princípios de aconselhamento

Quantas vezes os psicólogos recebem em seu consultório crianças em situações de dificuldade escolar e escutam dos pais queixas contra a escola: é rígida, não entende o filho, não o valoriza, não tem disciplina, larga as crianças e, depois, cobra rendimento. Também quando ouvimos o pessoal da escola, escutamos novas queixas: os pais abandonam os filhos em suas mãos, não querem se envolver com os deveres escolares, ou, ao contrário, intrometem-se em tudo. Há também os famosos problemas decorrentes dos conflitos familiares que não permitem à criança aprender, isentando de culpa o modo de transmitir os conteúdos e de criar o hábito de pensar por parte da escola, ou seja, desculpando a dificuldade que existe na escola em estabelecer relações interpessoais autênticas e promotoras de autonomia (CABRAL, 2001).

As mudanças de comportamento são difíceis em qualquer situação. No caso da criança, mudança de comportamento deve ser aprendida, e não simplesmente imposta. Torna-se mais fácil aprender quando a lição é simples, clara, consistente e apresentada numa atmosfera livre de medo e intimidação. De modo geral, os pais tentam impor mudanças comportamentais numa atmosfera repleta de emoção, na maioria das vezes no momento de uma “transgressão”. O clínico geralmente tenta “ensinar” os pais através de orientações apresentadas de forma apressada, quando eles estão distraídos por outros problemas e não estão engajados na mudança comportamental sugerida (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2008).

1.5.19 Postura e abordagem para pacientes especiais

O profissional, para este atendimento, deve saber exatamente onde e quando atuar, executando seus procedimentos de maneira precisa com postura correta e abordagem adequada, respeitando o padrão de desenvolvimento do paciente. Define-se como postura uma tendência de determinado comportamento em relação a qualquer estímulo ou padrão de signo, independente do canal de comunicação, para o estabelecimento correto do vínculo em uma relação. Tanto o estímulo quanto o signo dependerão de critérios objetivos que determinarão espaço e tempo, enfim, o papel de cada um, profissional, auxiliar, paciente e acompanhante durante a dinâmica de atendimento.

Já a abordagem é o modo ou maneira de se aproximar e estabelecer relação entre coisas e pessoas. É comum confundir condicionamento com adequação: o primeiro se entende como a obtenção de comportamento, seguido de esforços ou punições, nem sempre levando em consideração aspectos relacionados ao indivíduo. Já no segundo, seus desejos, crenças, valores, percepções individuais, compreensão e sentimentos são levados em consideração. Em todo método terapêutico deve haver bom senso por parte do profissional, principalmente quando trabalha com pacientes nos quais a compreensão, memória e colaboração estão modificadas, evoluindo muitas vezes para um comportamento inadequado. Os critérios de desenvolvimento são mais específicos para serem analisados durante anamnese. Junto com o exame físico objetivo, observação clínica e evolução do doente, decide-se quanto tempo poder-se-á desprender para correta adequação (SEGER, 2009).

1.5.19.1 Autismo infantil

O autismo é transtorno do desenvolvimento caracterizado por prejuízos na interação social, atraso na aquisição da linguagem, comportamentos estereotipados e repetitivos. Apresenta incidência de dois a cinco casos para dez mil crianças e ocorre em torno de quatro vezes mais em meninos que meninas (TEIXEIRA, 2006).

1.5.19.2 Síndrome de Down

Síndrome de Down ou trissomia do cromossomo 21 é distúrbio genético causado pela presença de cromossomo 21 extra, total ou parcialmente. Recebe o nome em homenagem a John Langdon Down, médico britânico que descreveu a síndrome em 1862. A síndrome é caracterizada por combinação de diferenças maiores e menores na estrutura corporal.

Geralmente a síndrome de Down está associada a algumas dificuldades de habilidade cognitiva e desenvolvimento físico, assim como de aparência facial. A síndrome de Down é geralmente identificada no nascimento. Portadores de síndrome de Down podem ter habilidade cognitiva abaixo da média, geralmente variando de retardo mental leve a moderado. Um pequeno número de afetados possui retardo mental profundo. É a ocorrência genética mais comum, estimada em 1 a cada 800 ou 1000 nascimentos. Muitas das características comuns da síndrome de Down também estão presentes em pessoas com padrão cromossômico normal. Elas incluem a prega palmar transversa (uma única prega na palma da mão, em vez de duas), olhos com formas diferenciadas devido às pregas nas pálpebras, membros pequenos, tônus muscular pobre e língua protrusa. Os afetados pela síndrome de Down possuem maior risco de sofrer defeitos cardíacos congênitos, doença do refluxo gastroesofágico, otites recorrentes, apnéia de sono obstrutiva e disfunções da glândula tireóide (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2009).

1.5.20 Distúrbios de conduta

É fato incontestável que associação condutopatia/hiperatividade é muito comum. No entanto, tanto a hiperatividade quanto a condutopatia existem igualmente isoladas. A questão verdadeiramente se complica porque grande parte dos condutopatas é também hipercinética, e esta hipercinesia parece ser mesmo, na maioria dos casos um preparador para a impulsividade, sintoma nuclear da psicopatia. Pode ser então que a síndrome psicopática seja uma confluência de psicomotricidade hipercinética com caráter perverso, sobretudo porque este caráter, por ser altamente egocêntrico, impede o controle mais elaborado sobre a impulsividade motora. Não obstante, apesar de raros, há casos de condutopatia calma, onde não há hipercinesia, o que fala da relativa independência nosológica entre hiperatividade e condutopatia psicopática. A questão que estamos em vias de levantar, portanto, é da diferenciação. Da hipercinesia presente na hiperatividade e déficit atencional, daquela presente na condutopatia. Explosividade clástica intermitente, por exemplo, é muito mais comum nesta última condição, assim como agressividade grave, sobretudo com uso de instrumentos bélicos.

Os valores morais e estilo de vida do condutopata puro são também bem diferentes. Eles têm menos amigos, amizades mais superficiais e são menos temidos, ao contrário dos hiperativos. Em sua escolaridade, há cenas de desafio e agressão a colegas e professores, não só de comportamento. As fugas dos condutopatas são sérias e, geralmente, no decorrer destas,

eles se envolvem de modo profundo e contínuo com outros marginais ou gangues, passando muitas vezes a habitar as ruas. No que diz respeito ao mundo familiar, ausência psicológica de pai, mãe permissiva, agressividade intrafamiliar, alcoolismo, pai inexistente, abusos sexuais, promiscuidade, permissividade libidinal, negligência, baixa escolaridade e conseqüente baixo nível social, desinteresse pela patologia do filho, pais criminosos, etc. são fatos bem mais encontrados nas famílias dos condutopatas (CAIXETA, 2005).

1.5.20.1 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

O transtorno de déficit de atenção (TDAH) é um problema de saúde mental que tem duas características básicas: desatenção e agitação. Esse transtorno tem grande impacto na vida da criança e das pessoas das quais convive. Pode levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, bem como um baixo desempenho escolar (WAJNSZTEJN, 2003).

Agitados desde pequenos, não ficam quietos na aula, diante da televisão, sobem muros, sempre mudando de atividades, em busca de novidades. A hiperatividade tem como sintomas básicos a busca de novidades e prazer. Nesta via, podem ir atrás de toxicomanias, excessos alimentares, jogos, furtos, compras excessivas, sexualidade desenfreada e outros comportamentos onde podem estar associados impulsividade e aferição de prazer (os chamados comportamentos dopaminérgicos hedônicos, pois neles há liberação de dopamina). A hiperatividade muitas vezes se confunde bastante com transtornos de ansiedade generalizados, transtornos de conduta ou personalidade anti-social, sendo que muitos pretensos casos destas patologias são, na verdade, casos de hiperatividade mal diagnosticados. Na adolescência, há prevalência enorme de hiperatividade nas toxicomanias (CAIXETA, 2005).

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é caracterizado por um alcance inapropriadamente fraco da atenção, aspectos de hiperatividade e impulsividade, ou ambos inapropriados à idade. Devem estar presentes pelo menos por seis meses, comprometendo o funcionamento acadêmico ou social, e ocorrer antes dos sete anos. As crianças são excessivamente sensíveis a estímulos e facilmente perturbadas por ruídos, luz, temperatura (KAPLAN; SADOCH; GREBB, 2006).

1.5.21 Depressão infantil

Aceitava-se que a depressão na criança se manifestava através de sintomas somáticos, como cefaléia, distúrbios gastrointestinais, alterações do comportamento, inadequação do desempenho social. Essas “máscaras” ilustram uma dificuldade no diagnóstico de depressão na criança. Atualmente, considera-se que humor depressivo, incapacidade de sentir prazer, autodepressão, fadigabilidade, inquietação e dificuldade de concentração são os principais sintomas depressivos (WAJNSZTEJN, 2003).

Durante muito tempo, acreditou-se que crianças não eram afetadas pela depressão; entretanto, sabemos hoje que essas são tão suscetíveis ao transtorno quanto adultos e tal diagnóstico interfere de maneira importante em sua vida diária e relações sociais e acadêmicas (TEIXEIRA, 2006).

1.5.22 Violência

O fenômeno da violência doméstica infantil sempre esteve presente em nossa sociedade. Esse fenômeno não é conjectural ou epidêmico, no que difere da Organização Mundial de Saúde, que afirma que os dados pesquisados indicam que seja um fenômeno endêmico, pois há fatores sociais precipitantes que favorecem a presença do comportamento agressivo no seio da família. As causas mais comuns que propiciam este tipo de agressão são as questões sociais, culturais, econômicas, religiosas, psicológicas e psiquiátricas, além de alguns fatores desencadeantes como o abuso do poder do mais forte sobre o mais fraco, o ciclo que é difícil de ser interrompido “pais agressores que foram vítimas de agressão”, situação de extrema miséria, fatores esses que são reconhecidos mundialmente (SIQUEIRA, 2007).

A cada ano, 1,6 milhão de pessoas no mundo perdem a vida por vias agressivas. As mortes e deficiências físicas constituem, hoje um dos mais graves problemas de saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). As violências mais comuns identificadas nas grandes cidades incluem roubos, assaltos, brigas, acidentes de trânsito, seqüestros, homicídios, maus tratos à criança e agressões domiciliares contra a mulher. A má distribuição de renda o desemprego, são alguns dos fatores apontados como motivadores da coação física. O uso de álcool, drogas, por alterarem o comportamento, também estão intimamente ligados ao aumento da gravidade de agressões e crimes. As raízes e expressões da violência são múltiplas, e o aumento da gravidade nas últimas décadas tem atingido proporções epidêmicas. A prevenção e controle da mesma devem ser vistos como problema

de saúde pública, demandando intervenções em vários níveis. A esperança é formar gerações capazes de lidar com impasses e conflitos de modos pacíficos (COSTA, 2009).

1.5.22.1 *Bullying*

Quem nunca zoou ou foi zombado pelos colegas da escola? Risadinhas, empurrões, fofocas, apelidos. Todo mundo já testemunhou uma dessas “brincadeirinhas” ou foi vítima delas. Mas esse comportamento, considerado normal por muitos pais, alunos e até professores, está longe de ser inocente, podendo envolver atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por indivíduo (*bully* ou valentão) ou grupo de indivíduos com o objetivo de intimidar ou agredir outro indivíduo incapaz de se defender. A conduta chamada de *bullying* (o termo inglês que a designa universalmente) diz respeito a atitudes agressivas, intencionais e repetidas praticadas por um ou mais alunos contra outro. Portanto, não se trata de brincadeira ou desentendimentos eventuais. Os estudantes que são alvos de *bullying* sofrem esse tipo de agressão sistematicamente (JORNAL DA PESTALOZZI, 2009).

1.5.22.2 Trabalho infantil

O Brasil é conhecido internacionalmente como um país que utiliza mão-de-obra infantil, tanto no comércio interno como em atividades relacionadas aos setores exportadores. É um fenômeno que vem ocorrendo desde o início da colonização do país, quando as crianças negras e indígenas foram introduzidas ao trabalho doméstico e em plantações para ajudar o sustento da família. Este ainda é um problema grave no Brasil, com mais de 5 milhões de jovens entre 5 e 17 anos trabalhando, apesar da lei estabelecer 16 anos como idade mínima para o ingresso no mercado de trabalho. Na última década o governo brasileiro ratificou convenções internacionais sobre o assunto e combate ao trabalho infantil, torna-se prioridade na agenda nacional.

Na Constituição Brasileira de 1988, e no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 17/07/90), adolescente é o indivíduo que tem entre 12 a 18 anos. Porém os serviços de saúde consideram a adolescência fase entre 10 e 19 anos, já que a partir dos 10 anos iniciam-se várias transformações no corpo: crescimento, vida emocional e social além das relações afetivas do jovem. Os governos (federal, estadual e municipal), a sociedade, comunidade e a família, têm responsabilidade de garantir ao jovem direito à vida e à saúde.

Ter saúde também e estar na escola, alimentar-se bem, ter amigos, brincar, divertir-se, enfim ser feliz (WATFE, 2007).

1.5.23 Drogas e álcool

Os fatores que levam a esses problemas podem estar associados à falta de referencial dos pais, ambiente tenso em casa, separação dos pais, busca de novidades, tentativas de se enturmar, oposição inconsciente aos adultos, estados de ansiedade e depressão, falta de perspectiva na vida e inadequações sexuais (CAIXETA, 2005).

A utilização crônica e excessiva de drogas e álcool leva a sérias repercussões individuais, familiares e sociais, comprometendo a qualidade de vida do usuário e das pessoas que com ele convivem. Estão associados à maioria dos casos de violência doméstica (COSTA, 2009).

1.5.24 Benefícios do animal de companhia para a criança

Atualmente, animais de estimação possuem muitas funções na sociedade que se modificam na medida em que as necessidades da civilização se transformam. Dessa forma, atualmente as funções são diversas, tais como companhia, proteção ou mesmo participação em terapias. Profissionais de diversas áreas observaram que crianças que possuem animal de estimação obtêm benefícios significativos. Um dos fatores principais que o animal proporciona à criança é senso do toque, em que ela sente que está doando e recebendo afeição: uma expressão de confiança e de segurança. A criança que convive com animais é mais afetiva, generosa e solidária, demonstra maior compreensão dos fatos e se sensibiliza mais com as pessoas e situações. O contato com animais possibilita que a criança aprenda sobre o ciclo da vida, as perdas, o nascer e morrer e, assim, incorpore noções sobre sua própria natureza e sobre o mundo que vive. Além disso, cuidar de um animal propicia noção de responsabilidade à criança em respeito à vida (TATIBIANA; COSTA-VAL, 2009).

1.5.25 Medicamentos

Barbitúricos, tranqüilizantes maiores ou neurolépticos, não são recomendados para crianças, pois podem causar quadros de dependência física e psíquica, além de depressão central e reações de hipersensibilidade (GUEDES-PINTO, 2006).

1.6 Aspectos sociais

1.6.1 A família

Os modelos médicos tradicionais nos induzem a pensar na família à luz de suas carências, desajustes, problemas e necessidades. Os recursos foram colocados de lado dos que as auxiliam: os médicos, os psicólogos e os assistentes sociais. Alguns estudiosos nas últimas décadas têm se preocupado em entender melhor como as famílias funcionam e como mantêm sua saúde em meio a adversidades e tensões. Por exemplo: se 50% dos matrimônios fracassam, o que podemos aprender com os outros 50% que parecem triunfar? Se violência, droga, desemprego e pobreza assolam nossas famílias, que serão dos jovens que emergem dos bairros mais perigosos e carentes? (MALDONADO, 2007).

1.6.2 Os pequeninos

A defesa da criança na sociedade brasileira é sem dúvida uma causa que vale cada minuto, cada ação, cada página, todos os recursos nela investidos. Como diz o acordo da convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas de 1989, todas as crianças têm o direito de serem protegidas de todas formas de abuso, negligência, exploração e violência. “As crianças são a parte mais vulnerável da população” (MEDEIROS, 2009).

1.7 Multidisciplinalidade

O pensar, o saber e o fazer dos profissionais da saúde constituem, no conjunto, tarefa complexa que implica a concorrência de várias disciplinas do conhecimento humano, ação articulada das diversas profissões da área da saúde e, sobretudo, entre os diversos setores, condição mínima necessária à produção da saúde. O processo saúde/doença é fenômeno complexo que envolve várias dimensões da pessoa humana e do seu existir dentro de uma realidade biopsicossociocultural.

Dessa forma, deve ser compreendido de maneira integral. Por isso, existe na atualidade uma necessidade cada vez mais crescente da atuação de equipe multidisciplinar mais consciente e mais participativa. Para que haja integralidade na atenção à saúde, os profissionais devem ampliar a base conceitual da sua ação em cada nível de atenção à saúde, objetivando não apenas delimitar seu campo de atuação, mas atentar para as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Essas mudanças devem ocorrer principalmente na formação de cada profissional, a partir das transformações dos conceitos e práticas de saúde vigentes, pautados numa compreensão da pessoa humana mais ética e menos mecanicista ou tecnicista.

Os pressupostos da integralidade são fundamentos da articulação entre ensino e serviços de saúde, entre profissionais e usuários, entre ciências da saúde e realidade social. A integralidade aponta ainda para a necessidade premente de mudança de paradigma. Dentro dos critérios da atenção integral à saúde proposta pelo SUS, não apenas a estrutura curricular de cada curso da área da saúde deve ser modificada, mas também a forma de pensar e fazer saúde, aproximando mais o futuro profissional de saúde da realidade social engajando-o numa equipe de trabalho que compreenda a pessoa humana de uma forma integral. Essa é uma mudança fundamental para que ocorra multidisciplinaridade no pensar e no fazer saúde (OLIVEIRA et al., 2007).

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Procedimentos

Foram consideradas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, previstas na Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Assim, o estudo respeitou todas as determinações éticas, sendo previamente realizado requerimento por escrito ao Secretário Municipal de Saúde, solicitando autorização para realizar pesquisa nas unidades especializadas de saúde, nas quais atendem os profissionais especialistas. Após autorização, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Fundação Educacional Dom André Arcoverde (FAA), e aprovado sob o registro de nº. 0003.0.334.000-140 (ANEXO - A). Participaram da pesquisa um grupo de profissionais especialistas da área de saúde e um grupo de mães que concordaram e aceitaram voluntariamente, após assinarem o termo de consentimento (ANEXO - B).

2.2 Seleção do espaço

Segundo município do Estado do Rio de Janeiro em extensão territorial, localizado na região centro/sul do estado, o município de Valença-RJ apresenta grande população carente (70%), caracterizando-se por grande desnível social; possui 71.894 habitantes (IBGE, 2010).

2.3 A pesquisa

Interesses e realizações referentes a pesquisas qualitativas têm sido crescentes no campo da saúde. No intuito de melhor atingir o objetivo proposto, optou-se pela abordagem qualitativa, voltada para avaliação da CSC (versão 2007), quanto a formatação e diagramação, além do conteúdo, com enfoque no processo de assistência ao pré-natal, parto, amamentação e atendimento à criança, levando-se em consideração a importância da CSC como instrumento de informação e educação em saúde, nas áreas de medicina, odontologia, fonoaudiologia e psicologia.

2.4 Universo de estudo

O município possui rede de unidades de saúde do SUS, distribuída pelos cinco distritos afastados da cidade. As unidades de atendimentos especializados estão localizadas na

área urbana. Adotamos esta rede especializada de atendimento para base deste estudo: Centro Integrado Municipal de Educação Especial (CIMEE); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAIMSCA); Centro de Referência e Assistência Social (CRAS); Casa Transitória de Apoio ao Menor Abandonado (CATAMA); Centro de Referência em Pediatria e Puericultura (CRPP); Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) (Figura 4).

Figura 4- Mapa da zona urbana (centro) de Valença, localização das unidades de atendimentos especializados.

Fonte: Google Earth, 2009.

CIMEE PAISMCA CEO CRAS CATAMA CRPP APAE

2.5 Desenho experimental

O estudo foi desenvolvido tomando por base pesquisa com um grupo de profissionais especialistas, e com um grupo de mães escolhidas aleatoriamente nas filas das unidades de saúde do SUS, cujo filho(a) estará sendo atendido pelo profissional.

A amostra foi representada por um grupo de 20 profissionais (multidisciplinares) (ANEXO - C), que prestam atendimento nas unidades de saúde especializadas, (05) médicos pediatras, (05) cirurgiões-dentistas (odontopediatras), (05) fonoaudiólogos e (05) psicólogos (especializados em atendimento a crianças).

Os profissionais de saúde do SUS foram entrevistados (questionário 01: ANEXO - D) em relação à CSC, sua formatação, diagramação e conteúdo, além da importância da mesma, como instrumento de informação e educação em saúde, realizando uma análise crítica. Todos receberam, antecipadamente, (15 dias) um exemplar da CSC para consulta, caso eles não tivessem até a presente data conhecimento da mesma, afastando a incidência de respostas acríicas ao questionário, entregue em momento posterior a esta leitura.

A amostra dos usuários do SUS foi representada por um grupo de 20 mães (ANEXO - E) cujos filhos(as) nasceram entre janeiro de 2007 e julho de 2010, período de 3,5 anos de circulação da CSC. As mesmas responderão a entrevista (questionário 02: ANEXO - F), relacionada à formatação, diagramação e pré-natal, parto, amamentação, atendimento à criança, conteúdo da CSC, seu entendimento e sua importância como instrumento de informação e educação em saúde, para elas e para a família, também realizando uma análise crítica da mesma.

O instrumento de pesquisa consistiu de dois questionários distintos, os quais foram aplicados aos profissionais de saúde e mães, nas unidades de atendimento especializado às crianças. Ambos compostos de questões estruturadas e abertas. Profissionais: estruturadas (n=6), abertas (n=8); mães: estruturadas (n=15), abertas (n=12), que abordaram tópicos do tema de estudo: análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de informação e educação em saúde.

O pesquisador tem uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. A entrevista tem relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista no guia e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS; LINCOLN, 2005).

A vantagem da entrevista semiestruturada é a possibilidade de acesso à informação além do que se listou. Esclarecer aspectos da entrevista gera pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e define novas estratégias e outros instrumentos (TOMAR, 2007).

2.6 Desenho da amostra

Para cálculo do tamanho da amostra, considerou-se o número de especialistas multidisciplinares que atendem na rede pública especializada do SUS no município. Dessa forma, praticamente todos os especialistas, de cada área, foram entrevistados. Quanto ao número de mães que participaram da pesquisa, consideramos a amostragem suficiente para coleta dos dados pertinentes ao estudo, que poderão ser extrapolados e comparados com outros na mesma linha de pesquisa.

2.7 Método

Realizaremos análise qualitativa, utilizando avaliação técnica e estratégia investigativa, através da qual fizemos perguntas sobre o mérito e relevância da CSC, como instrumento de informação e educação em saúde, baseados na dimensão da utilidade da avaliação, viabilidade, ponto de vista prático e dimensão ética, respeitando os valores dos entrevistados e, por último, dimensão da precisão técnica. Procuraremos melhorar a efetividade das ações, oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo, responder ao interesse das instituições, de seus gestores e técnicos, sobre a utilidade de CSC como instrumento de informação e educação em saúde, tecnicamente adequada, procurando subsidiar a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação. Trataremos a avaliação qualitativa como processo de construção que envolva diferentes atores (profissionais multidisciplinares, mães, crianças e gestores do SUS), quebrando-se o modelo quantitativo e positivista predominante.

Utilizamos proposta de avaliação por “triangulação de métodos”, onde a autoavaliação faz parte do processo e o integra, mas o conjunto de elementos e procedimentos propostos são muito mais amplos e complexos, conjugando: (a) presença do avaliador externo; (b) abordagens qualitativas e controle dos grupos de comparação; (c) de forma relevante, análise do contexto, das histórias, das relações, das representações e participação. Esta proposta amplia o espectro de contribuições teórico/metodológicas, de forma a permitir a percepção de movimentos, estruturas e ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades. O resultado final não é, e nunca será, na concepção da triangulação, uma somatória de resultados. É uma construção do coletivo, de pesquisa, em forma de síntese; interessa-nos uma análise detalhada dos achados. É importante que os resultados da avaliação interessem também e principalmente aos gestores dos projetos (no caso o governo). Procuraremos chegar às considerações finais, ao mesmo tempo, sintéticas e abrangentes,

propiciando uma ideia geral de todo o trabalho. Daremos destaques aos aspectos críticos, às lições aprendidas e sugestões para o futuro.

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa. Não requer uso de métodos e técnicas estatísticas. Os pesquisadores tendem analisar seus dados indutivamente (LAKATOS; MARCONI, 1985).

Triangulação de métodos significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanham o trabalho de investigação. O uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação. Além da interação objetiva e subjetiva no processo de avaliação, esta proposta inclui os atores do projeto e do programa não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de auto-avaliação, apropriando-se dos dados gerados pelo trabalho, recolhendo subsídios para mudanças necessárias. A proposta de triangulação de métodos em torno do objeto, aprofunda as reflexões em busca de compreendê-lo e explicá-lo em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2005).

O tratamento adequado dos significados atribuídos ao processo saúde/doença é de particular interesse para quem se dedica a estudar aspectos da promoção, prevenção e assistência à saúde, considerando as perspectivas dos sujeitos implicados. Tal perspectiva é realçada no atual momento do sistema de saúde pública brasileiro, quando se procura garantir a universalização do cuidado e abranger grupos populacionais desprovidos até o momento de uma atenção sistemática. Porém, em qualquer momento histórico/cultural, a área de saúde precisará conhecer as representações e experiências subjetivas de usuários e profissionais, pois sempre se defrontará com diversidades socioculturais, dinâmicas epidemiológicas e mudanças tecnológicas, cujas repercussões subjetivas, individuais ou coletivas merecerão ser compreendidas. Portanto, pesquisas qualitativas em saúde precisam ser feitas continuamente, na tentativa de captar e explorar essa realidade empírica processual, sempre em construção, cabendo aos pesquisadores zelar pelo rigor científico dessas produções (MINAYO, 2007).

A transparência metodológica da pesquisa qualitativa é um fator que constitui para sua confiabilidade, garantida pelos pesquisadores (FONTANELLA, 2011).

2.8 Análise das entrevistas

Os dados acerca da opinião das profissionais e mães participantes do estudo foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro, em duas partes: a

primeira constou de dados de identificação, contendo nome, idade, procedência; a segunda constou de questões norteadoras sobre a CSC, modelo de atendimento do SUS, multidisciplinaridade, educação em saúde e atendimento clínico (críticas e sugestões). A duração média das entrevistas foi de trinta minutos.

Para análise e interpretação dos dados deste estudo, utilizamos a técnica de análise de enunciação, que se fundamenta na concepção da comunicação como processo e não como um dado isolado, desviando-se das estruturas e dos elementos formais da análise de linguagem. Essas características diferenciam-na das demais técnicas de análise de conteúdo. O discurso é, geralmente, entendido na prática das análises de conteúdo como toda a comunicação estudada em nível dos seus elementos constituintes elementares, a palavra, bem como a frase com suas proposições, enunciados e seqüências. A produção da palavra se constitui num processo, e a análise de enunciação considera que, nesse processo, um trabalho é feito, e um sentido é atribuído. O discurso, para esta técnica de análise de conteúdo, não é simplesmente a transposição de opiniões, atitudes e representações. Não se trata de um produto pronto e acabado, tal como um dado isolado, mas, antes de tudo é um processo de elaboração que abarca as contradições, incoerências e imperfeições do sujeito (BARDIN, 2008).

Na preparação do material coletado, adaptamos os passos propostos por Bardin, à realidade do nosso estudo:

- Leitura rigorosa do material;
- Leitura do conteúdo da temática relatada; nessa etapa, selecionamos os dados que foram analisados neste estudo;
- Em seguida, projetamos a grelha de categorias, que optamos por denominar de “temas”, que nortearam a análise. Nessa fase da análise trabalharemos cada entrevista separadamente, recortando as falas (frases) que representaram determinado tema. Para facilitar a compreensão dos destaques nas falas, optamos pela seguinte padronização ou legenda: ... - recortes na mesma fala, dentro do mesmo tema. Na seqüência, para cada tema, correlacionamos os núcleos de sentido recortados das falas de todos os sujeitos selecionados na etapa anterior.

2.9 Apresentação dos resultados

Todas as categorias referentes aos temas específicos foram apresentadas. No intuito de facilitar a exposição dos resultados, os profissionais foram identificados com a(s) letra(s)

referente(s) à profissão (médico pediatra (MP); cirurgião dentista (CD); fonoaudiólogo (F); psicólogo (P)). As mães foram identificadas com a letra (M).

3 RESULTADOS

3.1 A pesquisa com as profissionais de saúde

Foi entrevistado um grupo de 20 profissionais de saúde (todas do gênero feminino), elegíveis para o estudo aleatoriamente, especialistas em atendimento à criança na rede do SUS. Em 100% dos casos as entrevistas foram realizadas pelo autor da tese, nas unidades de atendimento, com as profissionais (05 médicas pediatras (MP); 05 cirurgiãs-dentistas (CD); 05 fonoaudiólogas (F) e 05 psicólogas (P)). (Tabela 1)

Tabela 1- Características gerais da amostra estudada, profissionais de saúde

Especificação	Gênero	Nº de entrevistadas	Especialidade
Médicas	F	05	Pediatra
Cirurgiãs-Dentistas	F	05	Odontopediatra
Fonoaudiólogas	F	05	Infantil
Psicólogas	F	05	Infantil
Total		20	

F - feminino

Os resultados das entrevistas com as profissionais de saúde sobre o conhecimento da CSC, sua importância como instrumento de informação e educação em saúde, e o atendimento dispensado às mães (crianças) são apresentados no (Gráfico 1) e detalhados no (Quadro 1).

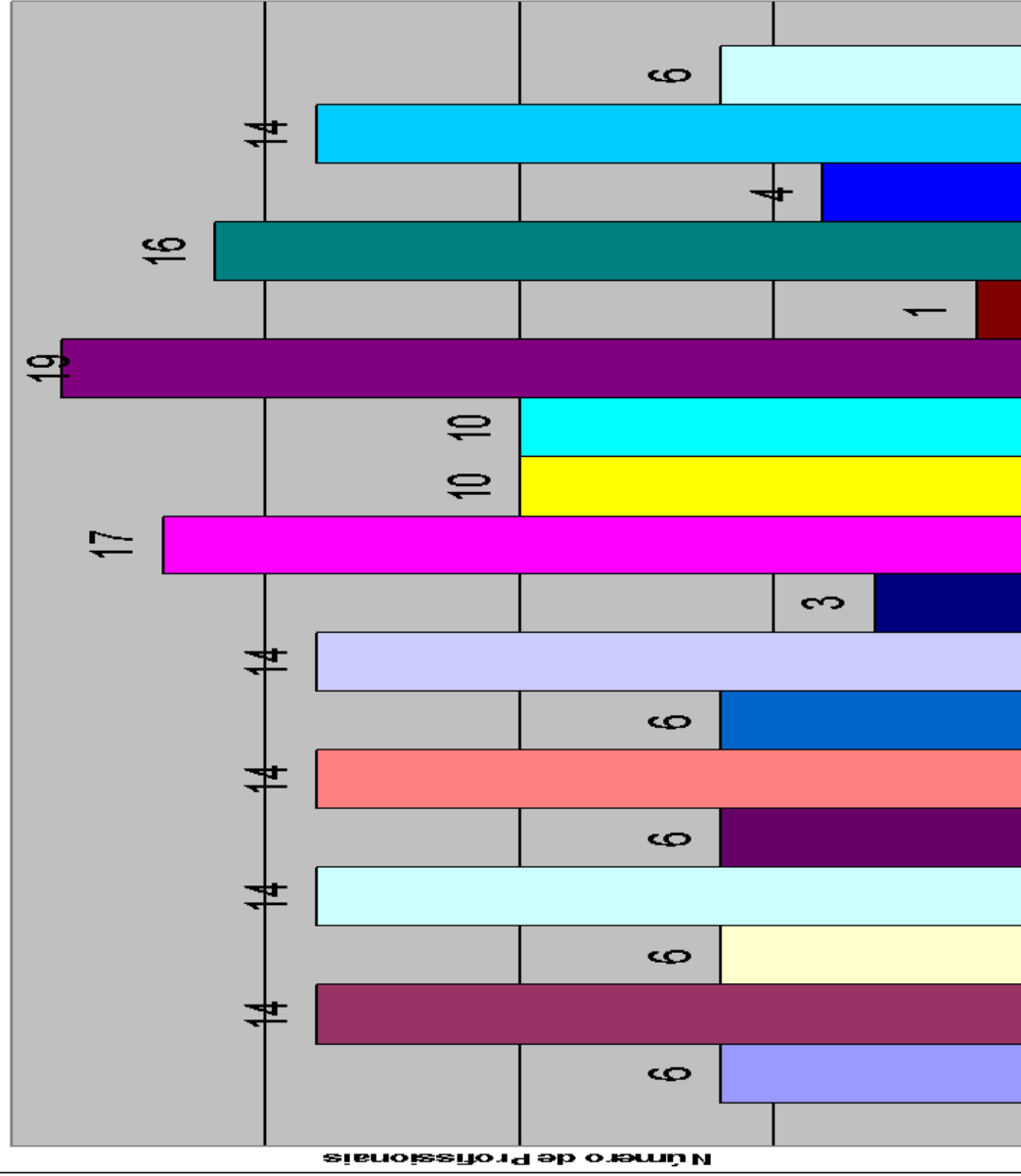
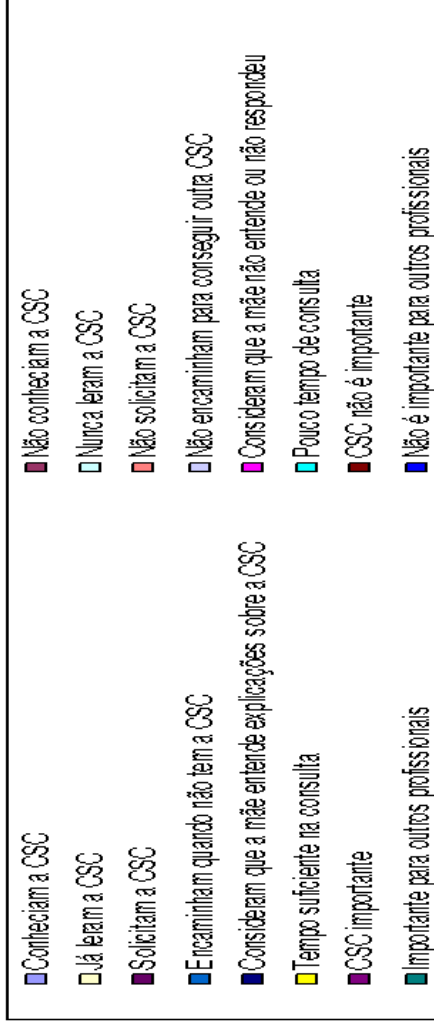


Gráfico 1 - Resultado das entrevistas com profissionais



Especificação	Respostas
Você já conhecia a CSC	[(05MP;01CD) <i>Sim</i> / (04CD;05F;05P) <i>Não</i>]
Você já leu toda a CSC	[(04MP;05CD;05P) <i>Sim</i> / (01MP;01F) <i>Não</i>]
Solicita a CSC a todos os pacientes na consulta	[(05MP;01CD) <i>Sim</i> / (04CD;05F;05P) <i>Não</i>]
Qual a providência se a criança não possui a CSC	[(05MP;01CD) <i>Encaminha</i> / (04CD;05F;05P) <i>Não sabem</i>]
Você considera que as mães entendem esclarecimentos sobre a CSC	[(02MP;01CD) <i>Entendem</i> / (03MP) <i>Não</i> / (04CD;05F;05P) <i>Não responderam</i>]
Quanto demora a consulta	[MP01:10-15min; MP02:20min; MP03:20min; MP04:15min; MP05:10min / CD01:15-20min; CD02:30min; CD03:45min a 1h; CD04:depende, às vezes meia hora...se preciso até 1 hora; CD05:30min / F01:30min; F02:meia hora...quarenta minutos; F03:estipulado meia hora...nem mais nem menos; F04:30min; F05:30min / P01:o certo seria 50min...na verdade 30min é critério da instituição; P02:meia hora; P03:meia hora; P04: meia hora; P05:30min]
Você considera que dá tempo suficiente às mães para conversarem sobre problemas dos seus filhos	[(03MP;01CD;03F;03P) <i>Sim</i> / (02MP;04CD;02F;02P) <i>Não</i>]
Você considera a CSC importante como instrumento de informação e educação em saúde	[(05MP;04CD;05F;05P) <i>Sim</i> / (01CD) <i>Não</i>]
Para outros profissionais de saúde é importante	[(03MP;03CD;05F;05P) <i>Sim</i> / (02MP;02CD) <i>Não</i>]
Qual a porcentagem de mães que trazem a CSC na consulta	[(MP01:50%; MP02:70%; MP03:100%; MP04:60%; MP05:90%; CD03:20%]
Você considera a CSC importante na sua especialidade	[(05MP;03CD;03F;03P) <i>Sim</i> / (02CD;02F;02P) <i>Não</i>]

Quadro 1- Resultados das entrevistas com as profissionais de saúde em relação à CSC e atendimento dispensado às mães

CSC - Caderneta de Saúde da Criança MP - médica pediatra CD - cirurgiã dentista F - Fonoaudióloga P - Psicóloga
min - minuto % - porcentagem h - hora

Os resultados das entrevistas com as profissionais de saúde, sobre os assuntos discutidos na consulta, suas críticas e sugestões (em relação a sua especialidade) à CSC, são apresentados nos (Gráficos 2 e 3) e detalhados no (Quadro 2).

Especificação	Respostas
<p>Durante a consulta quais assuntos são discutidos com as mães</p>	<p>[20 profissionais citaram assuntos] (MP): <i>saúde da criança... vacinação... nutrição... alimentação... desenvolvimento... prevenção acidentes... queixa principal... aleitamento... higiene.</i> (CD): <i>alergia... sono... hábitos deletérios... higiene oral... dieta... mamadeira... chupeta... escovação... dentição... parto.</i> (F): <i>problemas fonoaudiológicos... histórico familiar... respiração... necessidade de mastigar... gravidez... desenvolvimento da fala... motor... doenças sistêmicas, hereditárias.</i> (P): <i>controle de esfíncter anal... convulsões, desmaios... escolaridade... comportamento... socialização... irmão... pai... problemas psiquiátricos... dinâmica familiar... relação conjugal... disciplina... distúrbios mentais... depressão... apgar... doenças da gestação.</i></p>
<p>Quais as críticas você faz a CSC em relação a sua especialidade profissional</p>	<p>[(03MP;05CD;04F;04P) fizeram críticas / (02MP;01F;01P) não fizeram] (MP): <i>muito extensa... sobrecarga de informações... voltada quase que exclusivamente para parte médica... acompanhamento multidisciplinar prejudicado... separar por sexo... não é preenchida na maternidade.</i> (CD): <i>não é prática... mãe não lê... se lê não entende... conteúdo complexo... orientações vagas... não fala da cárie de mamadeira... as orientações são diferentes das minhas... oferecer bala é um crime, pois a criança engasga</i></p>

e pode morrer... orientar sobre a irrupção do 1º molar permanente... creme dental sem flúor para escovação... orientações sobre trauma dental... entregar a CSC à grávida. (F): teste da orelhinha não faz no SUS... muita informação médica e pouca em relação à fala e psicomotricidade... espaço próprio para anotar evolução tratamento... falta agente intermediário para explicar... problemas dos analfabetos funcionais... deveria ser entregue à grávida. (P): maior divulgação... colocar idade aproximada da criança e não fixar cronologicamente em relação ao desenvolvimento... cuidados na gestação, pouco explicado... profissionais que lidam com gestante deveriam orientar sobre a caderneta... pouca informação psicológica... acho muito grossa... deveria ser mais compacta.

[(02MP;05CD;05F;04P) fizeram sugestões / (03MP;01P) não fizeram]

Quais as sugestões
você faz a CSC
para adequá-la à
sua especialidade
profissional

(MP): priorizar informações... linguagem mais adequada às mães... espaço para outros profissionais... caderneta no pré-natal... cobrar preenchimento... mãe não lê, não adianta mudar. (CD): a mãe não entende... falta ser prática... falta conscientização da família... orientar a mãe para levar a criança ao dentista... informar sobre o 1º molar permanente que é o primeiro dente permanente... orientações mais claras... criança no parto tem pediatra na sala, onde está o odontopediatra?... só duas páginas!... a caderneta tem 83 páginas... pouca informação... alimentação da gestante, da mãe amamentando... dedeira de silicone para massagear na época da irrupção dos dentes, não necessita medicamentos... levar o bebê ao dentista já no 1º mês para orientações... não usar chupeta. (F): colocar dados sobre fala, linguagem, psicomotricidade... uso chupeta prejudicial... mamadeira, como usar, seus prejuízos... criar espaço para anotações... idade que a criança não deve ter mais problemas de comunicação oral... tipo de alimentação (criança só come carne moída, papinha e arroz), já tem dentes deveria mastigar coisas mais duras... hábitos atípicos (boca aberta, respirar pela boca), orientar... mãe deveria ler a caderneta, estimular a mãe... colocar agentes de saúde para orientar mães sobre a caderneta. (P): deveria ter telefones úteis... não escrever muito sobre problemas se não a mãe lê, acha que o filho está com aquele problema, pesquisa na internet e chega ao consultório com o diagnóstico fechado... dá um trabalho convencer que não é aquilo!... mais informações sobre prevenção de doenças... orientação sobre amamentação deveria ser feita na gestação... pólo de atendimento psicológico à gestante... mais informação sobre desenvolvimento emocional da criança.

Quadro 2- Resultados das entrevistas com as profissionais de saúde sobre assuntos discutidos na consulta, críticas e sugestões à CSC

CSC - Caderneta de Saúde da Criança MP - médica pediatra CD - cirurgiã dentista F - Fonoaudióloga P - Psicóloga

3.2 A pesquisa com as mães

Foi entrevistado um grupo de 20 mães eleitas para o estudo, aleatoriamente, nas filas de atendimento das unidades de saúde especializadas em atendimento à criança do SUS. A profissão, em sua maioria, foi: do lar (11); outras: professora (01), domésticas (02), auxiliar de enfermagem (01), manicure (01), auxiliar administrativa (01), faxineiras (02), agente educadora (01). Os filhos são, na maioria, do gênero masculino (12) e femininos (08), a idade dos mesmos variou entre 01 ano e 3,5 anos. O nível de estudo foi: ensino fundamental (11) e médio (09). A idade variou entre 20 e 41 anos. O pré-natal completo foi relatado em 17 casos e 03 incompletos. O tipo de parto predominante foi cesariana, com (13) e normal (07). Durante as consultas do pré-natal (05) mães foram encaminhadas ao cirurgião dentista e (15) não. O pediatra estava presente na sala de parto em (13) casos, (04) não, (03) mães não

souberam responder. Quanto à amamentação, (15) mães amamentaram por seis meses ou mais e (01) não amamentou. Outras (04) amamentaram, porém menos de seis meses. A (Tabela 2) mostra os resultados da amostra estudada.

Especificação	Especialidade	Nº mães	%
Profissão mães	[11 do lar / 01 professora / 02 domésticas / 01 aux. enfermagem / 01 manicure / 01 aux. administrativa / 02 faxineiras / 01 agente educadora]	20	100
Gênero dos filhos	[12 masculinos / 08 femininos]	20	100
Idade dos filhos	[01 ano / 3,5 anos]	20	100
Nível de estudo	[09 médio / 11 fundamental]	20	100
Idade mães	[20 anos / 41 anos]	20	100
Pré-natal	[17 completos / 03 incompletos]	20	100
Tipo de parto	[13 cesarianas / 07 normais]	20	100
Pré-natal odontológico	[05 sim / 15 não]	20	100
Pediatra na sala parto	[13 sim / 04 não / 03 não sabem]	20	100
Amamentação por 6 meses ou mais	[15 sim / 04 por menos de 6 meses / 01 não]	20	100

% - porcentagem aux. - auxiliar Nº. - número

A análise sobre os profissionais que já atenderam o(a) filho(a); acerca dos conhecimentos da mãe sobre a CSC, relativos à consulta e desenvolvimento das crianças, tem os resultados apresentados no (Quadro 3).

Dados analisados	Respostas
A que profissional você já levou seu filho	[20MP; 07CD; 06F; 06P]
É difícil conseguir atenção do profissional durante a consulta	[04MP <i>sim</i> / 01MP <i>não</i> ; 01CD <i>sim</i> / 04CD <i>não</i> ; 05F <i>não</i> ; 05P <i>não</i>]
O pediatra já examinou os dentes do seu filho e o encaminhou para o dentista	[04 <i>sim</i> / 16 <i>não</i>]
Suas perguntas ao profissional de saúde são respondidas de forma que você entende	[04MP <i>sim</i> / 01MP <i>às vezes</i> ; 05CD <i>sim</i> ; 05F <i>sim</i> ; 05P <i>sim</i>]
Seu filho recebeu a CSC	[20 <i>sim</i>]
Seu filho ainda possui a CSC	[19 <i>sim</i> / 01 <i>não</i>]
Você já leu toda a CSC	[09 <i>sim</i> / 11 <i>não</i>]
O profissional de saúde solicita a CSC na consulta	[03MP <i>sim</i> / 02MP <i>não</i> ; 01CD <i>sim</i> / 04CD, 05F, 05P <i>não</i>]

O profissional de saúde preenche a CSC	[01MP <i>sim</i> / 04MP <i>não</i> ; 05CD, 05F, 05P <i>não</i>]
O profissional de saúde está interessado no seu filho como ser humano ou só na doença em questão	[02MP <i>ser humano</i> / 03MP <i>doença</i> ; 02CD <i>ser humano</i> / 03CD <i>doença</i> ; 04F <i>ser humano</i> / 01F <i>doença</i> ; 05P <i>ser humano</i>]
Quanto tempo demora a consulta	[MP: 05, 10, 10, 20min, rapidinho; CD: 30, 20, 30, 30, 30min; F: meia hora, meia hora, meia hora, 30min, varia com tranqüilidade da filha; P: meia hora, 30, 30, 30, 30 min]
O profissional de saúde lhe dá tempo suficiente para falar a respeito das preocupações com seu filho	[01MP <i>sim</i> / 04MP <i>não</i> ; 04CD <i>sim</i> / 01CD <i>não</i> ; 03F <i>sim</i> / 01F <i>não</i> / 01F <i>às vezes</i> ; 03P <i>sim</i> / 01P <i>não</i> / 01P <i>às vezes</i>]
A CSC traz informações acessíveis a você	[12 <i>sim</i> / 03 <i>não</i> ; 01 <i>o que li traz</i> ; 01 <i>poucas</i> ; 03 <i>não li</i>]
Sabe para que servem os gráficos	[02 <i>sim</i> / 07 <i>não</i> ; 02 <i>altura peso</i> ; 01 <i>crescimento da cabeça</i> ; 02 <i>desenvolvimento da criança</i> ; 01 <i>peso</i> ; 05 <i>crescimento</i>]
Lembra-se de alguma figura da CSC	[06 <i>não</i> ; 01 <i>segurando a boneca</i> ; 01 <i>criança</i> ; 01 <i>criança na balança</i> ; 01 <i>criança andando</i> ; 02 <i>o que a criança faz de acordo com idade</i> ; 02 <i>engatinhando</i> ; 01 <i>mãe amamentando</i> ; 02 <i>criança brincando</i> ; 01 <i>rostinho da criança</i> ; 01 <i>ensinamento fazer soro caseiro</i> ; 01 <i>mãe levando a criança ao hospital</i>]
Alguma vez você consultou a CSC para orientar-se sobre problema de saúde do seu filho	[02 <i>sim</i> / 15 <i>não</i> ; 01 <i>quando estava com diarreia sobre soro caseiro</i> ; 01 <i>vacinação</i> ; 01 <i>custou a andar, li a idade que começa a andar</i>]

Quadro 3- Análise: profissionais consultados, conhecimentos da mãe sobre a CSC relativos à consulta e desenvolvimento das crianças

CSC - Caderneta de Saúde da Criança MP - médica pediatra CD - cirurgiã dentista F - Fonoaudióloga P - Psicóloga

Os resultados das entrevistas com as mães, em relação às críticas e sugestões à CSC, são apresentados no (Gráfico 4) e detalhados no (Quadro 4).

Especificação	Respostas
---------------	-----------

<p>Quais críticas você faz a CSC como instrumento de acompanhamento no desenvolvimento do seu filho</p>	<p>[(07) mães fizeram críticas/ (13) não fizeram] [M01MP ser mais simples; M02MP, M03MP, M04MP não tem; M05MP é muito grande / M01CD ter mais informações; M02CD muito grande; M03CD, M04CD, M05CD não tem / M01F pouca explicação sobre a criança; M02F traz pouca informação; M03F perdi a caderneta na enchente e não me deram outra... não queria vacinar minha filha porque não sabiam quais vacinas já tinha tomado... não tinha anotação no posto; M04F não tem muita utilidade... os profissionais não olham... não preenchem... não esclarece o que eu devia saber; M05F não tem / M01P é boa; M02P não sei; M03P não tem; M04P falta informação... não fala da vacina, para que tipo de doença ela serve... é tudo sigla... a gente não conhece; M05P tá bom]</p>
<p>Quais as sugestões para melhorar o entendimento da CSC</p>	<p>[(10) mães fizeram sugestões / (10) não fizeram] [M01MP dificuldade de entender os gráficos... falta o médico explicar para que servem as coisas; M02MP melhorar a parte da saúde bucal, colocando mais fotos em relação aos dentes estragados... foto feita com bichos nos dentes; M03MP tem tudo que precisa; M04MP não precisa; M05MP não sei, não li / M01CD amassa à toa e é muito grande; M02CD precisa diminuir; M03CD pra mim tá bom assim; M04CD o médico só preenche o gráfico quando é pequenininho, depois não... não sei se está normal; M05CD não / M01F campanha da vacina é complicada para entender, espaço pequeno, embolado, a tinta do carimbo borra tudo; M02F palavras que possam ser entendidas por quem não estudou; M03F sei lá; M04F exigido dos profissionais, deveriam ser obrigados a preencher a CSC com os dados da criança; M05F não... tá bom / M01P trazer mais explicações; M02P não sei; M03P não tenho; M04P o pediatra deveria orientar a necessidade de ler... adquirir informações; M05P tá bom]</p>

Quadro 4- Resultados das entrevistas com as mães em relação às críticas e sugestões à CSC

CSC - Caderneta de Saúde da Criança MP - médica pediatra CD - cirurgiã dentista F - Fonoaudióloga P - Psicóloga
M - mãe 01-02-03-04-05 - número de ordem da entrevista

De maneira geral, as entrevistadas demonstraram boa vontade e curiosidade em participar da pesquisa.

As profissionais de saúde expressaram angústia pela dificuldade de recursos no SUS (área física não condizente para os consultórios; “falta” material para exames físicos; dificuldade de retorno de exames complementares “demora” etc.), no atendimento à criança, lidando constantemente com o fato do perigo que uma doença possa vir causar na vida de um indivíduo nesta faixa etária (0 a 10 anos), podendo inclusive, destruir um futuro promissor.

As mães expressaram sofrimento pelas dificuldades encontradas para atendimento de qualidade no SUS (conseguir marcar consulta; falta de atendimento humanizado e de qualidade; condições insalubres nas instituições de saúde; difícil acesso a exames complementares e medicamentos gratuitos, etc.). A história de vida do paciente, bem como os aspectos sociais, ambientais e psicológicos, levam as mães a terem uma visão mais crítica em relação ao seu comportamento, motivo da insatisfação manifestada.

4 DISCUSSÃO

Após detalhada análise dos resultados obtidos, foi possível identificar o conhecimento que as profissionais de saúde, especialistas em atendimento infantil e mães têm sobre a CSC. Percebemos que esse conhecimento ainda é insatisfatório, com exceção das médicas pediatras

e uma cirurgiã dentista. Constatamos, ainda, que a proposta de promoção da saúde materno-infantil pode também ser realizada em outras áreas de atuação, presumindo-se, portanto, envolvimento de equipes multidisciplinares de saúde. Pode-se, também, verificar a incipiência de estudos sobre o conteúdo da CSC, notadamente em relação à sua análise crítica.

4.1 O Sistema Único de Saúde

No Brasil, segundo o Conselho Nacional de Saúde Pública Veterinária (2009), a estruturação de sistemas estaduais e municipais de vigilância em saúde tem qualificado o SUS. Oliveira et al. (2007) relataram que a regulamentação do SUS, através das Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que estabeleceram princípios e direcionaram a implantação do modelo de atenção à saúde que prioriza descentralização, universalização, integralidade da atenção e controle social, incorporando em sua organização o princípio da territorialidade, para facilitar acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Na atenção à saúde da criança, há estreita relação entre “Educação em Saúde” e “Promoção da Saúde”, visto que ações implementadas em todos os níveis de atenção, além de tratar e/ou prevenir doenças, destinam-se, também, a promover o crescimento e desenvolvimento infantil, numa perspectiva de melhoria de qualidade de vida. A política de saúde do SUS tem como parâmetros fundamentais a integralidade da atenção à saúde, descentralização da gestão e participação popular. O atendimento integral ao usuário deve dar prioridade às ações preventivas de promoção da saúde e proteção específica, sem prejuízo dos serviços assistenciais em todos os níveis de complexidade. O paradigma tradicional da formação dos profissionais da saúde baseia-se no modelo pedagógico organicista e tecnicista, centrado em conteúdos e organizado de maneira compartimentada e isolada. O aprendizado do processo saúde/doença ocorre a partir da dicotomização do conhecimento e fragmentação dos indivíduos em especialidades clínicas, numa abordagem hospitalocêntrica, em sistemas de avaliação cognitiva por acúmulo de informação técnico-científica padronizada, que incentiva a especialização e perpetuação dos modelos tradicionais das práticas em saúde.

Algumas observações foram feitas pelas profissionais de saúde e mães em relação ao atendimento no SUS. [MP: *o que interessa para o SUS é quantidade de atendimento e não qualidade. Enchem de pacientes para você atender, se atendeu tá bom, não interessa como; M: precisei levar a minha filha lá no consultório da mesma médica que atende aqui no SUS. Foi uma hora de consulta, virou minha filha pelo avesso, agora aqui é 5 minutos de*

atendimento, nem examina direito; M: não gosto não, minha filha já está aqui no SUS há dois anos e não vi melhora nenhuma. Se tivesse condições, levaria no particular].

Através desses informes, precisamos repensar o modelo de atendimento no SUS, pois nos parece que o mesmo não está atendendo as necessidades dos profissionais de saúde e também da população em relação à qualidade do atendimento.

4.2 A informação e educação em saúde

Segundo dados do Brasil - Ministério da Saúde (2009), a educação em saúde tem como objetivo de ação, relação pedagógica em todos os níveis do sistema, não somente a transmissão de conhecimento sobre saúde e ou medidas de prevenção e controle de doenças. É uma ação que exige desenvolvimento de reflexões conjuntas dos profissionais da saúde, educação e população a partir de situações concretas de vida. No contexto assistencial vigente não é ainda comum o reconhecimento e valorização da educação nas práticas de saúde. Frequentemente, encontram-se profissionais de saúde que não percebem que em suas ações está implícita uma ação educativa (mesmo que não tenham este propósito de forma explícita), enquanto outros reproduzem ação educativa vertical e despersonalizada, baseada numa compreensão restrita de saúde como ausência de doença, e educação como mera transmissão de informação.

A análise retrospectiva da educação em saúde evidencia que a trajetória acompanha a evolução da conquista dos direitos humanos. A filosofia humanística, quanto ao posicionamento do homem na vida social, econômica, religiosa e discussões a esse respeito (que duraram séculos) levam hoje, à medida que a dignidade do homem, seu direito à igualdade e participação na sociedade, passaram a preocupar inúmeros pensadores a história da educação em saúde começou a mudar.

Oliveira et al. (2007) concluíram ainda que, mediante os dados apresentados e analisados, percebe-se que, apesar de existirem temas importantes a serem abordados na maioria das consultas, observa-se uma baixa frequência de orientações indispensáveis para efetiva atenção à saúde da criança, tais como: seu desenvolvimento neuropsicomotor, higiene ambiental, prevenção de acidentes e cuidados com saúde bucal. Vale ressaltar que a atenção à saúde da criança realizada nas consultas é instrumento essencial para promover vigilância à saúde integral do infante e necessita da participação e compromisso de todos profissionais de saúde para implementação, visto que os objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação das crianças e seus familiares.

Algumas considerações foram feitas pelas profissionais em relação a este tema, tendo a CSC como instrumento de informação e educação em saúde. [MP: *sobrecarga de informações... não é preenchida na maternidade... linguagem mais adequada às mães... a mãe não entende...*; CD: *mãe não lê, não é prática, se lê não entende... conteúdo complexo... orientações vagas... pouca informação*; F: *falta agente intermediário para explicar... problema dos analfabetos funcionais... a mãe deveria ler a caderneta... colocar agentes de saúde para orientar as mães sobre a caderneta*; P: *pouca informação psicológica... mais informações sobre prevenção de doenças... mais informação sobre desenvolvimento emocional da criança*]. Em relação a este tema, também as mães se manifestaram. [M: *ter mais informações... pouca explicação sobre a criança... não tem muita utilidade, os profissionais não olham, não preenchem, não esclarecem o que eu deveria saber... falta o médico explicar para que servem as coisas... palavras que possam ser entendidas por quem não estudou... os profissionais deveriam ser obrigados a preencher os dados da CSC... trazer mais explicações... o pediatra deveria orientar a necessidade de ler*].

Chama a atenção a afirmação de uma psicóloga quanto à necessidade da “informação e educação em saúde” conforme preconizamos através da CSC, abordados neste estudo, chamou-nos atenção. [P: *não escrever muito sobre problemas, senão a mãe lê, acha que o filho está com aquele problema, pesquisa na internet e chega ao consultório com o diagnóstico fechado... dá um trabalho convencer que não é aquilo!...*].

Os resultados mostram significativo desinteresse e desconhecimento, da maioria dos profissionais de saúde, e das mães em relação à CSC como instrumento de informação e educação em saúde, agravado pelo baixo nível de educação materna [09 ensino médio / 11 ensino fundamental].

4.3 A Caderneta de Saúde da Criança

A Lei Federal nº. 8.069, de 13 de Julho de 1990, no seu Art. 2º, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos. A Portaria Ministerial nº. 1.058 GM/MS institui a idade de até 10 anos para distribuição da CSC e a Portaria Ministerial nº. 3.147 de 17 de Dezembro de 2009 institui a idade de 10 a 19 anos para a distribuição da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA). Existe aqui um contra-senso jurídico, qual seja, duas portarias ministeriais contrariando uma lei federal. Ou a lei deveria atender indivíduos só até os 10 anos, ou a CSC indivíduos até 12 anos e a CSA só os maiores de 12 anos. É facultado à criança todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes assegurar

desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, referentes à vida, saúde, alimentação, educação etc. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS), como relatam Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues (2009), considera adolescentes, indivíduos entre 10 e 19 anos, o que denota uma divergência entre a lei no Brasil e o órgão máximo da saúde no mundo, tanto relativo à faixa etária quanto ao atendimento de saúde à criança. Existe um vácuo jurídico de 2 anos em relação ao atendimento a criança propriamente dita. E a legalidade?

Atendendo determinação do Brasil - Ministério da Saúde (2005), toda mãe recebe um “livrinho” ao sair da maternidade, que é a CSC. Segundo as mães [20 *sim*] receberam a CSC e [19 *ainda possui* / 01 *não possui*]. Desde 2007, porém o Ministério da Saúde ampliou intensamente a utilização deste material, que deve acompanhar a criança dos primeiros meses de vida até início da adolescência, enriquecendo-o com informações atuais de fácil compreensão. Este livreto é a “Caderneta de Saúde da Criança”, que foi criado com objetivo de auxiliar os pais nos cuidados e educação dos filhos, além de servir como instrumento de trabalho, de acordo também com Álvares (2005). É excelente fonte de informações para o profissional de saúde, de várias especialidades, que atendam a criança. Perguntadas, as profissionais multidisciplinares relataram que [05MP, 01CD *conheciam a CSC* / 04CD, 05F, 05P *não conheciam*], quando perguntadas se leram toda a CSC [04MP, 05CD, 05P *sim* / 01MP, 01F *não*]. Futuramente, ela deverá se tornar, inclusive, documento de efeito legal para matrículas na escola e documento para viagens.

A CSC segundo Oliveira et al. (2007) é instrumento de caráter educativo e constitui maneira econômica, não invasiva, de fácil interpretação e compreensão por parte da comunidade. Os pais ou responsáveis, em poder da CSC, têm oportunidade de observar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, elemento indispensável para identificação precoce de problemas de saúde dinâmicos, como desnutrição e retardo do crescimento, com possibilidade de reversão do processo, a tempo de garantir crescimento adequado à criança, uma vez que quadros crônicos, quando instalados, tendem a promover repercussões irreversíveis.

Alves et al. (2009) relatam que a CSC se apresenta como instrumento essencial de vigilância, por ser documento no qual são registrados dados e eventos significativos da saúde infantil, possibilitando diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança; isso ocorre especialmente por esta pertencer à criança e à sua família, e com elas transitar pelos diferentes serviços essenciais demandados no exercício do cuidado com a saúde. Os registros devem ser efetuados por todos os profissionais de saúde que assistem à

criança; além disso, todos cenários da atenção à saúde devam se responsabilizar pela verificação e preenchimento da CSC. É particularmente nas maternidades e serviços de atenção primária que o adequado manejo deste instrumento se constitui um permanente desafio, por serem estes locais onde grande parte das informações é gerada. O registro correto e completo das informações, além do diálogo com a família sobre as anotações realizadas são requisitos básicos para que a CSC cumpra seu papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil. Segundo as mães entrevistadas [03MP; 01CD *solicitam a CSC na consulta* / 02MP; 04CD; 05F; 05P *não*]. Relataram também que [01MP *preenche a CSC* / 04MP; 05CD; 05F; 05P *não*].

Goulart et al. (2008) realizaram estudo sobre a CSC, em Belo Horizonte (MG), no qual avaliaram o preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. O nome da criança não estava registrado em 44% das CSC. O início do pré-natal estava sem preenchimento em 40% e o número de consultas em 31%, tipo de parto em branco 15%, idade gestacional 24%, Apgar de cinco minutos 23%, peso ao nascer, comprimento e perímetro cefálico, 9%, 10% e 15% respectivamente. O campo orientando para levar o neonato à UBS no 5º dia de vida, não foi preenchido em 75%. Apenas 33% das mães receberam explicações sobre a CSC na maternidade.

Alves et al. (2009) realizaram estudo em Belo Horizonte (MG) envolvendo 797 CSC, de crianças nascidas em 2005, que revelou a precariedade do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. O percentual de CSC sem informação sobre a idade gestacional foi de 17%. O profissional mais citado no nascimento da criança foi o médico pediatra 80%, médico generalista 14% e enfermeiros 32%, além de outros. O estudo mostra ainda que 50% das mães não receberam qualquer informação da CSC, 38,9% nunca receberam informações sobre o gráfico peso X idade. O perímetro cefálico estava registrado no gráfico em apenas 15,5%, uso de ferro profilático 3,1%. O calendário vacinal estava em dia em 95% das CSC. Os melhores percentuais de preenchimento foram nos itens relativos à identificação da criança ao nascimento. Aos resultados deste estudo vêm se somar outros, que apontam a precária utilização dos instrumentos de acompanhamento infantil em nosso meio, que além de identificar a necessidade de estimular os profissionais de saúde para abordagem integral da saúde da criança e para a utilização da CSC, também mostram a precária sensibilização e envolvimento das famílias para o bom uso da CSC.

A adequada utilização da CSC pelos profissionais possibilita uma maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo adesão e corresponsabilidade pelas ações de vigilância. As profissionais de saúde relataram que [05MP, 01CD *solicitam a CSC*

*na consulta / 04CD; 05F; 05P não]. Por outro lado, a qualidade dos registros na CSC pode revelar o funcionamento dos serviços e desempenho de seus profissionais. Infelizmente, este cuidado no preenchimento da CSC não está sendo tomado, como provam os resultados dos estudos de Goulart et al. (2008) e Alves et al. (2009). Se algum profissional de saúde identificar crianças nos serviços básicos de saúde sem esse documento, deverá providenciar sua obtenção. Verificamos através das entrevistas com as profissionais de saúde que [06 sabem encaminhar /14 não sabem o que fazer]. Caso seja necessário encaminhamento do paciente para serviços especializados de saúde, deverá fazê-lo com todos os dados preenchidos na caderneta. Esse é um direito da criança e não deve ser negado. Reportagem da Folha de Boa Vista-MS (2009) mostra que postos de saúde e unidades hospitalares estão sem a CSC. Nesta cidade, o cartão que contém todas as informações sobre vacinas e o desenvolvimento da criança foi substituído por uma fotocópia do documento. De acordo com um leitor a fotocópia é de péssima qualidade. *Precisei autenticar em cartório a caderneta de minha filha para dar entrada no auxílio natalidade, mas o cartório não a aceitou, porque estava toda borrada. Se está faltando o documento, então que distribuam, no mínimo, uma cópia decente, (Figura 5).**

Figura 5- Fotocópia mal feita da CSC.

Fonte: http://www.folhabv.com.br/fbv/Noticia_Impressa.php?id=68275

Infelizmente, num país de dimensão continental, com 5.564 municípios, essa desorganização talvez também aconteça em outros locais, até porque, a fotocópia não tem valor nenhum como documento legal da criança. Por outro lado, registros da Neteducação

(2009) citam que medidas estão sendo tomadas para valorizar a CSC, como, por exemplo, a exigência da caderneta para matrícula nas escolas. A Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados aprovou Projeto de Lei nº. 3904/08, que torna obrigatória a apresentação da CSC para efetivar a matrícula em creche e pré-escola.

4.3.1 Sugestões de modificações na formatação/diagramação da CSC

4.3.1.1 CSC separadas por gênero

Lamare (2008) ressalta a importância de duas cadernetas separadas por gênero: *são gêneros diferentes, necessidades diferentes, crescimentos em momentos diferentes, mas ambas abordam questões importantes de igualdade de gênero, e importância do cuidado da saúde e relação afetiva*, (Figura 6).

Figura 6- Cadernetas de Saúde da Criança separadas por gênero (menino e menina).
Fonte: Ministério da Saúde (2007) e Vieira (2010 - [S.l.]).

Com relação à formatação da CSC, as profissionais de saúde fizeram as seguintes críticas e sugestões [MP, CD, F, P: *...muito extensa, sobrecarga de informações... separar por sexo... não é prática... acho muito grossa... deveria ser mais compacta...*]. Já as mães fizeram os seguintes relatos sobre o assunto [M: *...amassa a toa, é muito grande... precisa diminuir...*].

Sugerimos que a CSC deve ser separada por gênero, o que diminui o tamanho, sobrecarga de informações e a torna mais prática, corroborados pelos relatos de Lamare (2008). [P: *caderneta não! Isso parece mais um livro. Tem 83 páginas*].

4.3.1.2 Identificação do bebê, mãe e pai na CSC (maternidade)

Segundo normas técnicas do Ibape/SP (2010), a observação permanente do crescimento das fraudes gráficas em registros manuais conduziram os peritos, principalmente os operadores do direito, a avaliar o conteúdo de laudo grafoscópico. Deve-se analisar particulares técnicas do documento/motivo, recomendando-se verificar: suportes, registros gráficos, tintas e instrumentos escreventes. Sugerimos, portanto, nova diagramação na (página 2, CSC, 2007), acrescentando fotos da mãe e pai, além da assinatura de ambos, pois para o Brasil - Ministério da Saúde (2005) e Neteducação (2009), trata-se de um “documento” da criança, inclusive para viagens e matrícula em creches e escolas, (Figura 7), além de agregar valor afetivo para os pais à CSC.

Figura 7- Caderneta de Saúde da Criança (identificação: atual e sugestão)
Fonte: Ministério da Saúde (2007) e Vieira (2010 - [S.l.]).

4.3.1.3 Índice

Sugerimos, para facilitar o acesso às informações do conteúdo, que o “índice” que se encontra na página 82 da CSC (2007), penúltima página, seja colocado logo no início, como “sumário”, (página 03, Figura 8), facilitando, através da consulta, acesso ao conteúdo da CSC.

Figura 8- Índice da Caderneta de Saúde da Criança (2007) e proposta de novo Sumário.
Fonte: Ministério da Saúde (2007) e Vieira (2010 - [S.l.]).

4.3.1.4 Telefones para contatos

É importante que a CSC traga logo nas suas primeiras páginas (página 4), anotações de telefones úteis, em caso de emergências, facilitando à família acesso ao socorro, (Figura 9).

Pronto socorro infantil:

Pediatra:

Dentista:

Outros:

Figura 9- Telefones úteis/emergência.

Fonte: Caderneta de Saúde do Adolescente (2008) e Vieira (2010 - [S.l.]).

A inclusão de telefones para contatos foi sugerida durante entrevista por uma profissional de saúde e considerada por nós realmente necessária e importante. [P: *deveria ter telefones úteis...*].

4.3.1.5 Identificação da criança

Porto (2009) considera que a identificação do paciente (bebê) possui múltiplos interesses. Além do interesse clínico, também do ponto de vista pericial, sanitário, esse dado é relevante. O nome é o primeiro dado da identificação; a idade mostra que cada grupo etário tem suas próprias doenças. O raciocínio diagnóstico se apoia nesse dado e quando se fala em “doenças próprias da infância” está consagrado o significado do fator idade no processo de

adoecimento. Quanto ao gênero, há enfermidades que só ocorrem em determinado gênero. Cor/etnia também têm influência no processo de adoecimento, como é o caso da anemia falciforme em negros, maior prevalência de hipertensos etc.; em contrapartida, os brancos estão mais predispostos ao câncer de pele. Anotar o nome da mãe do bebê é hoje regra comum nos hospitais, pois se faz necessário para que seja firmada uma relação de corresponsabilidade ética no processo de tratamento do paciente. Conhecer o local da residência é um passo que influi de modo decisivo na epidemiologia de muitas doenças infecciosas e parasitárias. “Notamos, na CSC, ausência de solicitação da religião na identificação da criança, pois alguns dados bastante objetivos, como a proibição à hemotransfusão em testemunhas de Jeová e o não uso de carnes pelos fiéis da Igreja Adventista, têm repercussão importante no planejamento terapêutico.” Muitas vezes, a pauta científica que o profissional de saúde usa pode se contrapor à pauta religiosa pela qual o paciente compreende o mundo que vive. A filiação a órgãos previdenciários e planos de saúde também tem importância na identificação, pois facilita o encaminhamento para exames complementares, outros especialistas, ou mesmo a hospitais, nos casos de internação. Estes novos dados (religião, filiação a órgãos previdenciários, planos de saúde) deveriam passar a constar na (página 5) (identificação da criança).

4.3.1.6 Pessoa que poderia cuidar da criança em caso de necessidade

É importante acrescentar esse dado à CSC (página 6), pois, em caso de emergência ou urgência, na ausência do pai/mãe ou outro familiar, esse dado é de suma importância para contato com cuidador conhecido, (Figura 10).

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2008) e Vieira (2010 - [S.l.]).

4.3.1.7 Problemas atuais de saúde, medicamentos usados, posologia, alergias e intolerâncias

Esses dados são de extrema importância e não constam do conteúdo da CSC (2007), portanto sugerimos que passe a fazer parte da mesma, na (página 7, Figura 11).

Figura 11- Problemas de saúde, medicamentos utilizados, alergias e intolerâncias.
Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2008) e Vieira (2010 - [S.l.]).

Nas entrevistas com as profissionais de saúde, algumas foram às referências a estes assuntos: problemas de saúde, medicamentos em uso, alergias, portanto consideramos a necessidade de inclusão dos mesmos na CSC. Assuntos relatados pelos profissionais [...*saúde da criança... alergia... doenças sistêmicas hereditárias... convulsões, desmaios... problemas psiquiátricos... distúrbios mentais... depressão... uso de medicamentos*].

4.3.1.8 Ilustrações

A maioria das figuras que consta da CSC (2007) foi considerada ilustrativa, (Figura 12). Sugerimos que fossem trocadas por figuras educativas, (Figura 13), o que ajuda às mães na questão da informação e educação em saúde, tendo a “imagem” como informação.

Figura 12- Algumas figuras ilustrativas da CSC (2007).
Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (2007).

Figura 13- Algumas figuras educativas sugeridas.
Fonte: Pastoral da Criança, (2007); Portal Criança Segura (criancasegura.org.br) e Denatran, (2010) e Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues, (2009).

Quando perguntamos às mães se lembravam de alguma figura da CSC [06 não/ 14 sim], estávamos dando importância à figura com “imagem informativa/educativa”, pois consideramos que este fato não ocorre. As mães não têm informações através das imagens estampadas na CSC, consideradas por nós apenas ilustrativas e não informativas, motivo pelo qual sugerimos a troca da maioria destas ilustrações por “figuras educativas”. [M: *segurando a boneca... criança... criança na balança... criança andando... o que a criança faz de acordo com a idade... engatinhando... mãe amamentando... criança brincando... rostinho da criança... ensinando a fazer soro caseiro...*].

4.4 Área médica

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007) mostrou que a região Sudeste é a única do Brasil que possui mais de dois médicos por mil habitantes. O Norte não chega a um profissional por mil habitantes. A população de 455 dos 5.564 municípios do país não tem acesso a nenhum médico na rede do SUS, como mostra o Centro Brasileiro de Estudo da Saúde (2010). De acordo com Wajnsztein (2003), no mundo atual, dinâmico e globalizado, informações inerentes ao desenvolvimento tecnológico e conquistas científicas chegam rapidamente. A integração desses novos conhecimentos exige atualização constante, principalmente por parte dos profissionais da área de saúde. Para o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (2007), os profissionais de saúde, de forma geral, devem estar preparados para realizar ações próprias de assistência à saúde, atuar na identificação de riscos potenciais e danos à saúde da população de seu território, bem como saber agir de forma multidisciplinar e intersetorial na proteção e promoção da saúde.

Perguntamos às mães se o médico pediatra examinou a boca do seu filho e o encaminhou para o dentista [04 *sim* / 16 *não*], denotando a ausência de trabalho multidisciplinar. Segundo Guerra (2006), nas consultas médicas, observa-se que crianças das novas gerações são muito mais sensíveis na parte emocional, muito intuitivas, adiantadas no desenvolvimento psíquico e na sua aprendizagem, mas que, em geral, respondem mal a tratamentos químicos. Vale ressaltar como relatam Oliveira et al. (2007), que a atenção à saúde da criança realizada nas consultas é instrumento essencial para promover a vigilância à saúde integral da criança, o que necessita da participação e compromisso de todos profissionais de saúde para sua implementação, visto que seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação das crianças e seus familiares. As 05 médicas pediatras consideraram a CSC importante para sua especialidade.

As profissionais de saúde, quando entrevistadas, esclareceram o seguinte [05MP *em média 70% das mães trazem a CSC na consulta* / 01CD 20%], em relação ao entendimento que elas consideram que as mães tenham sobre os esclarecimentos em relação à CSC [02MP; 01CD *acham que as mães entendem* / 03MP *não* / 04CD; 05F; 05P *não responderam*]. Quanto demora a consulta [MP *10 min média* / CD *30 min* / F *30 min* / P *30 min*] e esse tempo é suficiente para as mães conversarem sobre os problemas dos filhos [03MP; 01CD; 03F; 03P *sim* / 02MP; 04CD; 02F; 02P *não*].

Segundo as mães, em relação à atenção dispensada pelas profissionais na consulta do filho, foram [M: *é difícil conseguir atenção* (04MP; 01CD) / M: *dispensam bastante atenção ao seu paciente* (01MP; 04CD; 05F; 05P)]. Quando perguntadas se as respostas das profissionais são dadas de forma que elas entendem [M: *sim* (04MP; 05CD; 05F; 05P) / M: *às vezes* (01MP)]. Quanto ao tempo que demora a consulta, as mães relataram [M: (MP 05, 10, 10, 20min, *rapidinho*; CD: 30, 20, 30, 30, 30min; F: *meia hora, meia hora, meia hora, 30min, varia com a tranquilidade da filha*; P: *meia hora, 30, 30, 30, 30min*)], esse tempo é suficiente para falar das preocupações com o seu filho [M: *sim* (01MP; 04CD; 03F; 03P) / M: *não* (04MP; 01CD; 01F; 01P) / M: *às vezes* (01F; 01P)]. Quanto à preocupação da profissional com a criança (paciente) [M: *ser humano* (02MP; 02CD; 04F; 05P) / M: *só com a doença* (03MP; 03CD; 01F)].

Orientações do Brasil - Ministério da Saúde, CSC (2007) preconizam que em todas as consultas de rotina, o profissional de saúde deverá avaliar e orientar sobre: aleitamento materno, alimentação complementar, peso, comprimento e altura, perímetro cefálico (até 2 anos), vacinas, desenvolvimento, cuidados de saúde, prevenção de acidentes e identificação nas alterações na saúde. Além disso, que o mesmo anote as informações de cada consulta, inclusive preenchendo os gráficos de desenvolvimento [Consulta médica: *05 a 10 min!?*].

4.4.1 O pré-natal paterno

Galastro e Fonseca (2007) declaram que a inclusão dos homens nas ações de saúde reprodutiva se encontra implícita nos princípios do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e claramente apresentados nos princípios e diretrizes do SUS quanto à universalidade, equidade e integralidade das ações. O pai tem sido considerado fundamental no ideário do casal grávido. A inserção do companheiro nesse evento é um direito reprodutivo, além de ser um dos momentos importantes para o estabelecimento de vínculos precoces entre pai e criança, considerado como forma preventiva de violência doméstica à criança, ao abandono da família e à delinquência juvenil. Além disso, é momento oportuno para despertar a emergência do pai cuidador. Reportagem do Jornal da Tarde (2008) mostra que o Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo recomendou, a todas unidades de saúde, uma nova modalidade de pré-natal: a masculina. A proposta é que os papais também façam exames preventivos durante a gravidez das companheiras, para identificar se são portadores de alguma doença sexualmente transmissível como o vírus HIV, tipagem sanguínea e fator

Rh, no intuito de garantir uma gestação e futuro bebê saudáveis, e que os resultados destes exames fossem registrados na CSC, é a nossa sugestão.

4.4.2 O pré-natal materno

Gravidez é um período que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas. Torna-se, assim, etapa favorável para promoção de saúde, pela possibilidade de estabelecimento, incorporação e mudanças de hábitos, pois este período remete a uma série de dúvidas que podem estimular a gestante a buscar informações e, com isso, adquirir novas e melhores práticas de saúde. Algumas profissionais de saúde sugeriram que a CSC fosse entregue à grávida, para que a mesma pudesse levá-la às consultas no pré-natal e os dados referentes a esse período fossem sendo preenchidos. [01CD: *deveria ser entregue à grávida...*; 01F: *poderia entregar à grávida*]. Estamos de acordo com estas sugestões, porque facilitaria o preenchimento do resultado dos exames do pré-natal e as mães teriam informações antecipadas dos cuidados com o filho. Neves, Aguiar e Andrade (2007) afirmam ainda que o pré-natal constitui um dos atendimentos básicos, primordiais e de direito da saúde da mulher. Através deste, a gestante tem acesso a informações importantes para a sua saúde e do bebê desde a fase embrionária até seu nascimento, crescimento e desenvolvimento.

A recomendação de iniciar o pré-natal assim que é detectada a gravidez objetiva fortalecer a adesão da mulher a esse acompanhamento e diagnosticar eventuais fatores de risco tanto para gestante como para o recém-nascido. No Brasil, o acesso a esse atendimento ainda envolve questões importantes, diferenciadas por fatores sociais, econômicos e culturais. O atendimento pré-natal é estratégia de promoção primária de saúde, enfatizando a saúde materno-infantil. Nesta etapa da vida, a mulher muda nos aspectos emocional, psicológico e fisiológico, e é nestas consultas que a gestante busca tirar suas dúvidas e aliviar tensões, procurando estar bem informada sobre o desenvolvimento do bebê.

Estudos de Cesar et al. (2008) mostram que cerca de 15% das mães brasileiras não fazem uma única consulta médica durante a gestação e pelo menos um terço delas inicia o pré-natal quando não mais é possível prevenir grande número de doenças. Estes indicadores escondem ainda importantes desigualdades regionais. Na Região Nordeste, por exemplo, isto ocorre para 25% das gestantes contra 7% no Sul. Estima-se que a realização de pelo menos seis consultas médicas e exames laboratoriais e clínicos básicos, além da imunização contra tétano neonatal durante pré-natal, propicie redução da ordem de 10% nos óbitos infantis em todo o país. Relata ainda que, apesar de sua relevância, o panorama de atenção pré-natal no

Brasil no final da década de 90 evidenciava muitos problemas a serem enfrentados. Reconhecendo necessidade de estabelecer nova estratégia para a atenção nessa área, o Ministério da Saúde, no Brasil, instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo por objetivos reduzir altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover vínculo entre a assistência ambulatorial e parto. O PHPN indica procedimentos mínimos a serem realizados por todas mulheres durante ciclo gravídico/puerperal e apresenta como estratégias para melhoria da qualidade da assistência, humanização do cuidado prestado e respeito aos direitos reprodutivos.

Perguntadas às mães se fizeram o pré-natal completo, obtivemos os seguintes resultados [17 *sim* / 03 *não*], considerado por nós bastante satisfatórios, atendendo orientações do Ministério da Saúde.

4.4.3 Suplementação de vitaminas à gestante

Zugaib (2008) esclarece que a deficiência de ferro é principal causa de anemia. No decorrer da gestação ocorre um aumento das necessidades de ferro, por causa da captação de 15 a 20% do ferro total do plasma materno pela placenta e pelo feto. A suplementação do cálcio é recomendada para gestantes que não consumam produtos lácteos. Gestantes vegetarianas radicais necessitam de maiores doses de vitaminas B12 e D. A vitamina B6 é recomendada para gestantes com nutrição inadequada (usuária de drogas, adolescentes e gestações gemelares).

4.4.4 Exames laboratoriais no pré-natal

Os exames laboratoriais têm importante papel na assistência pré-natal, como forma de rastreamento e prevenção de possíveis patologias e como recomenda Zugaib (2008), são requisitados na primeira consulta. Nas consultas seguintes, mensalmente: pesquisa de anticorpos irregulares para as gestantes Rh negativas e parceiro Rh positivo. Bimestralmente: sorologia para toxoplasmose na gestante IgM e IgG negativas (suscetível) e no terceiro trimestre: sorologia para sífilis e HIV, sorologia para hepatite B e C repetida em gestantes com fatores de risco.

4.4.5 Diagnóstico gestacional e avaliação fetal

A propedêutica para avaliação da vitalidade fetal, segundo Zugaib (2008) inclui métodos clínicos, como movimentação fetal, cardiotocografia, perfil biofísico e dopplervelocimetria. Resultados anormais desses testes deverão levar a raciocínio clínico que inclua reflexão sobre eventuais danos decorrentes da hipóxia e da prematuridade. A frequência de malformação na população geral é de 3 a 5%, sendo que o exame ultrassonográfico atua no rastreamento da população em geral e aconselhamento das situações de risco especial. Montenegro e Filho (2008), concluíram que o ultrassom continua a ser o método de imagem preferente no rastreio inicial em obstetrícia devido ao seu baixo custo, acuidade e simplicidade. O uso do ultrassom 3D/4D tem seu lugar assegurado, obtendo imagem da estrutura fetal: face, orelha, mão, pé, etc. Quando a ultrassonografia é insuficiente para o adequado diagnóstico, utiliza-se a ressonância magnética, que propicia visualização da anatomia materna e fetal. Provavelmente a posição ventral da cabeça do feto na cavidade amniótica seja responsável pela posição retruída da mandíbula ao nascimento, (Figuras 14 e 15).

Figura 14- Ultrassonografia, posição da mandíbula maxila.

(anatômica)

Fonte: Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues (2008) (2008)

Figura 15- Mandíbula retruída em relação à

(fisiológica)

Fonte: Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues

4.4.6 O parto

Galastro e Fonseca (2007) relatam que para incentivar as instituições a iniciar processo de humanização do parto e incorporação de recomendações da OMS, foi criado o prêmio Galba de Araújo. Desde sua criação, esta instituição priorizou o atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido, incentivando parto normal, alojamento conjunto e aleitamento materno, em constante busca pela otimização de serviço humanizado de qualidade. Na metade da década de noventa, iniciou-se uma nova cultura institucional, caracterizada pela redefinição do modelo gerencial, respaldado nos princípios do SUS e no modelo de linha do cuidado. Esta redefinição tem proporcionado a introdução de diversas práticas e estratégias na assistência prestada à mulher e ao recém-nascido, através da adesão das recomendações da OMS propostas, em 1985, na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto. No Brasil, o Ministério da Saúde também reconhece o direito da gestante de acompanhante durante o trabalho de parto.

Segundo Montenegro e Filho (2008), a incidência ascensional da operação cesariana é fenômeno universal e tende a aumentar insanavelmente. É atualmente corrente praticar cesária a rogo da paciente, que sugere, pede ou exige, levando a prática do ato médico às vezes desnecessário, sem indicação materna ou fetal. Para Mandarino et al. (2009), a escolha do tipo de parto, vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana), é um assunto complexo e polêmico. A cesariana, outrora considerada procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, é na atualidade procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja escolha é freqüentemente atribuída à gestante.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%. No entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos. À semelhança de outros países em desenvolvimento, o Brasil apresenta taxas de cesarianas superiores àquelas preconizadas pela OMS, superando os 35% e ultrapassando os 70%, quando se considera apenas o serviço privado. Entre as Unidades Federativas brasileiras não existe nenhuma que apresente valores dentro dos parâmetros desejáveis pela OMS. O Amapá, localizado no extremo norte do país, e São Paulo, na Região Sudeste (socioeconomicamente mais desenvolvida) apresentam, respectivamente, a menor (23,42%) e a maior (53%) taxa proporcional de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No Município de São Luís, Maranhão, existem 13 hospitais que realizam assistência ao parto. No ano de 2006, foram realizados mensalmente, em média, 1435 partos no serviço público (inclusive o conveniado ao SUS). Do

total de 17.226 partos realizados no referido ano, 3703 foram cesarianas (27,38%). Dados do serviço privado não estão disponíveis oficialmente.

Além disso, outras informações relevantes, como preferência das gestantes pela via de parto e os motivos alegados, não são de todo conhecidas. Tão pouco se sabe se essa preferência está sendo correspondida, bem como se as parturientes estão satisfeitas com o tipo de parto realizado. É possível que fatores não clínicos, como nível sócio econômico, informação inadequada e conveniência do médico, realmente influenciem na escolha da via de parto, como sugerem alguns autores. O obstetra, para realizar assistência ao trabalho de parto, deve dispor de, no mínimo, 6 a 10 horas para acompanhamento, com exame clínico periódico de 2 em 2 horas, principalmente quando se trata de primíparas, nas quais a evolução do trabalho de parto costuma ser mais prolongada. Na assistência realizada no serviço privado, o obstetra que, por diversos motivos, não puder disponibilizar desse tempo para a assistência, acabará indicando a cesariana. Já no serviço público, a gestante, ao internar em trabalho de parto, terá à sua disposição, para exame clínico periódico, equipe de obstetras em regime de plantão, o que possibilita a continuidade do acompanhamento; assim, o motivo da realização das cesarianas estaria associado mais às reais indicações médicas (ameaça ao binômio materno-fetal) do que à “falta de tempo” e conveniência do obstetra. De acordo com a OMS (dados de 1997/2002) as maiores causas de mortes maternas no mundo são a hemorragia, hipertensão, infecção e aborto.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2008), a previdência social tem se empenhado em corrigir a incidência elevada de operação cesariana em algumas maternidades brasileiras, remunerando melhor o parto vaginal, realmente fisiológico e cada vez mais raro na mulher civilizada. As estatísticas indicam que as principais causas de morte fetal pós-parto são: anóxia (50%), parto pré-termo, anomalias congênitas, doença hemofílica perinatal, síndrome de apnéia respiratória e pneumonia. Infelizmente, apesar de todo esforço neste sentido, como mostra a reportagem do Diário do Pará de 26/02/2010, médicos brigaram durante um parto e o bebê morreu. A morte de um bebê durante o parto está sendo investigada pela Polícia Civil e pelo Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM/MS), já que os pais denunciam que a tragédia foi provocada por uma briga entre dois médicos que disputavam para realizar o parto no hospital público de Ivinhema, cidade a 293 quilômetros de Campo Grande (MS). Segundo Gilberto de Melo Cabreira, a sua mulher, Gislaine de Matos Rodrigues, já estava na sala de parto e o bebê estava em processo de “coroação”, ou seja, já estava começando a deixar o útero da mãe quando ocorreu a briga.

Quanto ao tipo de parto, os resultados deste estudo condizem com os autores citados, ou seja, o número de cesarianas é bastante significativo [13 *cesarianas* / 07 *normais*]. Apesar de toda campanha governamental em favor do parto fisiológico (normal), este resultado ainda está longe do esperado, é o que mostra o resultado deste estudo.

4.4.7 O atendimento ao recém-nascido

Segundo orientações de Ribeiro (2010), o atendimento ao recém-nascido (RN) pode ser feito na própria sala de parto, na presença de calor irradiante ou de berço aquecido. O atendimento deve ser realizado por pessoal treinado e ser o mais precoce possível. A anamnese obstétrica colhida antes do parto e o acompanhamento pelo pediatra são procedimentos de capital importância, pois orientam nas decisões a serem tomadas e seguidas. Cerca de 5 a 10% dos RN apresentam dificuldade na passagem da vida fetal/neonatal. A manutenção da temperatura corpórea e o auxílio para estabelecimento de boa ventilação pulmonar são fundamentais e norteiam o atendimento proposto.

- Ligar previamente o berço aquecido, que deverá estar limpo e forrado com lençol;
- Pré-aquecer o campo esterilizado no qual será envolto o RN;
- Estar paramentado conforme a rotina, sendo indispensável o uso de luvas estéreis para a manipulação do RN;
- Anotar o horário correto do nascimento;
- Aspirar as vias aéreas superiores (com sonda própria para RN, introduzida delicadamente através da boca e narinas. Manter a aspiração inativa, durante introdução e a retirada da sonda, para não lesar as mucosas);
- Fornecer oxigênio úmido, através de máscara própria, para o rosto do RN. Lembrar que toda máscara deve abranger nariz e boca, não ultrapassando os limites do contorno da face;
- Utilizar Nitrato de Prata a 1% (argirol) sendo 01 gota em cada olho, para a prevenção de infecções oculares e principalmente infecção gonocócica;
- Prevenir hemorragia, administrando 0,1 mg de Kanakion intra-muscular na região da coxa (face lateral externa). Jamais puncionar região glútea de um RN porque não se sabe qual é a localização correta do nervo ciático;

- Colocar Cord Clamp (grampo de cordão) no coto umbilical, deixando-o com apenas 2cm de comprimento. Verificar se não há nenhum sangramento pelo coto umbilical;
- Verificar o gênero da criança, informando a mãe de forma clara e precisa;
- Identificar o RN, através da impressão da planta do pé (impressão plantar) e das digitais da mãe. Colocar pulseiras de identificação no RN e na mãe, sendo que estas devem conter o nome da mãe, sem abreviaturas, e devem ser preenchidas de forma absolutamente iguais;
- Manter o RN sempre aquecido;
- Colher amostra de sangue da mãe e do RN (pelo cordão umbilical);
- Observar presença de más formações aparentes;
- Encaminhar o RN ao berçário, com os papéis de rotina devidamente preenchidos;
- Observar o APGAR do RN.

A vitalidade do RN é dada através da escala de Apgar, no qual 5 itens são avaliados, recebendo notas que variam de 0 a 2, na dependência de como se apresentam. Não se deve esperar o escore para início da intervenção, quando necessária, pois a anoxia grave é de extrema gravidade para o RN, que desde o nascimento já deverá estar sendo avaliado na sua vitalidade e estabelecido o escore ao final do 1º minuto de vida. A reavaliação deverá ser realizada ao final do 5º minuto de vida, e se repetindo a cada 5 minutos se o RN não apresentar resposta satisfatória às manobras e condutas instituídas. Para esse atendimento o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM 569 de 01/06/2000, no seu artigo 2º, letra d, anexo II, inciso 6, dá o direito a gestante ter assistência ao parto, inclusive com a presença de um pediatra na sala de parto.

Perguntadas as mães sobre a presença do pediatra na sala de parto, obtivemos os seguintes resultados [13 *sim* / 04 *não* / 03 *não sabem*]. Infelizmente, em regiões em que não existem nem mesmo médico clínico, muitos partos são realizados por parteiras (práticas). Essa lei não está sendo cumprida, nem mesmo na região Sudeste, conforme constatamos neste estudo.

Informações do Brasil - Ministério da Saúde (2002) mostram que o teste do pezinho é feito por meio de uma picada no calcanhar do bebê a partir do segundo dia de vida, e detecta, precocemente, suspeitas das seguintes doenças congênitas: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. O Ministério da Saúde busca ampliar a cobertura do teste para 100% dos nascidos vivos do país (hoje são

cerca de 2,5 milhões de recém-nascidos/ano). Caso haja confirmação de doença, casos suspeitos serão submetidos a exames mais específicos. Com diagnóstico positivo, os pacientes portadores de qualquer dessas doenças terão garantido acompanhamento (avaliação por equipe multidisciplinar com aconselhamento genético familiar) e tratamento das doenças.

Segundo Marcondes et al. (2003), ao nascimento, o cordão umbilical se apresenta úmido e esbranquiçado, sendo que, com o passar dos dias, torna-se seco, escuro e mumificado, culminando com queda do coto umbilical, entre o 5º e 20º dias de vida.

Na CSC encontramos esclarecimentos sobre o cuidado com o coto umbilical, porém não trás nenhuma orientação quanto aos problemas patológicos do mesmo, sugerimos:

“Pais, observem frequentemente durante os primeiros dias de vida o umbigo do seu filho. Caso apresente hemorragia (sangramento), inchaço, secreção purulenta (pus) etc., procure um médico.”

4.4.8 Amamentação

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (2000) é importante que o bebê seja colocado no peito ainda na sala de parto, ajudando a apojadura que é transição da vida intra-uterina para o mundo e estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê. A criança, quando nasce, é muito vulnerável, dependendo da mãe para continuar as funções que o ventre desempenhava: proteção, nutrição, calor. Os primeiros minutos, as primeiras horas, são fundamentais para o início de um desenvolvimento saudável. Com a primeira mamada, são liberados os hormônios prolactina e ocitocina, (Figura 16). A amamentação na primeira hora de vida ajuda, por exemplo, quando ocorre o diabetes gestacional. A neonatologista explica que *se a criança recebeu muita glicose dentro do útero, o pâncreas fabrica também muita insulina e o colostro é bem rico em glicose, favorecendo o equilíbrio*. Além disso, o leite de peito tem imunoglobulinas que protegem a mucosa intestinal contra a aderência de bactérias. Quando se estabelece a amamentação, as dejeções se fazem mais rapidamente, diminuindo o risco de icterícia. Por outro lado, a maior digestibilidade do leite materno protege a criança contra o tão famoso refluxo gastroesofágico. Para a mulher, a amamentação em sala de parto ajuda o útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente, favorecendo a contração e a liberação da placenta.

Figura 16- Mãe amamentando no pós-parto imediato.
Fonte: <http://mamamiaamamentar.files.wordpress.com/2009>

Lopes e Campos Junior (2008) afirmam que os termos ligação e apego descrevem o relacionamento afetivo entre pais e lactentes. A ligação ocorre logo após o nascimento e se refere aos sentimentos dos pais com relação ao recém-nascido (unidirecional); já o apego envolve sentimentos recíprocos entre pais e lactentes, e se desenvolve gradualmente durante o primeiro ano de vida. Uma ligação afetiva após o parto pode otimizar o desenvolvimento do apego. A importância dessa ligação levou a promoção de contrato maior entre pais e lactentes no pós-parto, como, por exemplo, o alojamento conjunto na maternidade.

Estudos de Schermann e Alfaia (2005) têm mostrado que o aleitamento materno pode aumentar a oportunidade de conhecimento e intimidade entre mãe e filho, e que a estimulação tátil durante o aleitamento é um componente essencial para a interação da díade mãe/bebê. O contato físico entre a mãe e bebê durante a amamentação é fundamental para o aprendizado do bebê sobre sua mãe, assim como para construção do relacionamento íntimo entre eles. As mães que amamentam ao peito relatam que a cada amamentação têm renovada sensação de proximidade, calor e amor, aumentando a ligação com o bebê.

Um estudo realizado na Inglaterra observou dois grupos de mães e bebês, e foram comparados os comportamentos maternos de mães que amamentavam ao peito e mães que não amamentavam. Através deste estudo, foi constatado que mães que amamentavam seus filhos ao peito tenderam a tocar, acariciar e sorrir mais, ficando mais atentas ao processo de pausa/sucção do bebê em comparação às mães que alimentavam seus bebês com mamadeira. A troca de olhares entre mãe/bebê também é uma das modalidades interativas essenciais, a qual se constitui pelo contato olho no olho, desde os primeiros dias de vida do bebê. Neste sentido, a amamentação pode ser considerada como uma das oportunidades de trocas afetivas, pois o olhar do bebê recém-nascido tem efeitos importantes sobre a mãe, representando um

exemplo dos processos bidirecionais de interação. O olhar recíproco da mãe aumenta a tendência do bebê fixar os olhos sobre o rosto da mãe.

Para o Brasil - Ministério da Saúde (2009), apesar da maioria dos profissionais de saúde se considerar favorável ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido às discrepâncias entre percepções do que é apoio na amamentação. As mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive emocional), bem como informações precisas para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo. Se o profissional de saúde realmente quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele. No final do século XIX e início do século XX, a indústria de substitutos do leite materno se desenvolveu, escolhendo principalmente países de Terceiro Mundo para expandir seu mercado (devido à queda nas taxas de natalidade nos países ricos e descoberta da pílula anticoncepcional). No Brasil, a Nestlé iniciou suas atividades no início do século XX em Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo.

A expansão da indústria de substitutos do leite materno levou a declínio os índices de amamentação em todo mundo e aumento da mortalidade e morbidade infantil, causado diretamente pelo desmame precoce. Além da expansão da indústria, outros fatores que influenciaram no declínio do aleitamento materno foram: o trabalho da mulher fora de casa, os hábitos sociais que inibiam amamentação em locais públicos, os diversos papéis da mulher na sociedade, a valorização da mama como símbolo sexual e a transformação da estrutura familiar. Um fator que contribuiu para dificuldades na amamentação natural, como já apontado anteriormente, é o uso de alternativas, como leites artificiais que além de diminuir o tempo de aleitamento materno e o contato entre a mãe e o bebê, favorecerem o aparecimento de diversas patologias que podem elevar à mortalidade e morbidade infantil.

Durante a consulta as profissionais de saúde abordaram este assunto com bastante interesse. [MP: *...aleitamento*; CD: *...alimentação da mãe que está amamentando*; P: *...orientação sobre amamentação deveria ser feita durante a gestação*]. Este interesse se reflete no fato de que [15 mães amamentaram por 6 meses ou mais, 4 por menos de 6 meses e apenas 1 não amamentou]. As campanhas governamentais neste sentido têm sensibilizado os profissionais de saúde e mães para a amamentação no seio. Apesar disso, sugerimos que sejam esclarecidas na CSC restrições quanto à amamentação artificial:

“O aleitamento artificial pode favorecer o aparecimento de diversas doenças, que podem levar a problemas nos dentes, fala, deglutição, alteração no desenvolvimento dos ossos da face e desmame precoce.”

4.4.9 Uso de medicamentos durante amamentação e para as crianças

Andrade (2006) recomenda que a escolha de medicamentos para crianças obedece aos mesmos princípios que para adultos. Entretanto, o paciente pediátrico requer alguns cuidados adicionais quando agentes farmacológicos são necessários. Durante a amamentação são contra-indicadas drogas medicamentosas como anfetaminas, bromocriptina, ergotamina, lítio, nicotina.

As orientações quanto à medicação das crianças devem ser esclarecidas na CSC:

“Não dê nenhum medicamento ao seu filho(a) sem orientação médica.”

4.4.10 Imunização

Segundo Lopes e Campos Junior (2008), “vacínologia” é vocábulo relativamente recente, que ocupa um lugar destacado na Medicina moderna em razão dos extraordinários benefícios que as vacinas vêm proporcionando ao homem, prevenindo muitas doenças, como poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, sarampo, rubéola e caxumba, entre outras. As vacinas de rotina indicadas durante a gestação são contra difteria, tétano e coqueluche, influenza (gripe) e hepatite B. É preciso tomar o cuidado de evitar vacinas com antígenos inativados no primeiro trimestre de gestação e atenuadas durante toda a gestação (existe risco teórico de infecção do feto pelo vírus vacinal), sempre calculando o risco/benefício. Recomendações do Ministério da Saúde (2005) instruem profissionais de saúde a observarem o quadro de registro das vacinas, acompanhando processo de registro das vacinas, imunização da criança e orientando para administração de doses eventualmente perdidas. Dados do Ministério da Saúde (2010) mostram que no dia 8 de março de 2010 começou a campanha de vacinação contra o vírus H1N1 no Brasil.

Reportagem do Paraná On Line (2009) mostra que as gestantes responderam por 39,5% das mortes causadas pela gripe H1N1 no Brasil em 2009, segundo o boletim nacional da Secretaria de Vigilância em Saúde. O Ministério da Saúde (2010) recomenda a vacinação de crianças contra a gripe H1N1 pelo fato das taxas de hospitalização na vigência da

pandemia terem sido elevadas em crianças muito pequenas, até 10%, das quais 2% a 9% foram a óbito. Reportagem do Diário Catarinense (2010) mostra que o Estado do Amazonas já registrou cinco mortes provocadas pela gripe este ano, sendo duas gestantes. De acordo com a fundação amazonense, tem sido baixa a procura de grávidas pela vacina no estado. Para o órgão, um dos motivos pode ser medo que a vacina provoque alguma deformidade no bebê. No entanto, não há contra-indicação da vacina para gestantes. Segundo reportagem do Notícias (2010) a Secretaria de Saúde do Piauí investiga a morte de quatro grávidas com suspeita de nova gripe no estado.

O calendário de vacinação da CSC (2007) é complexo, pouco explicativo e de difícil preenchimento e entendimento, (Figuras 17 e 18). Ressaltamos que muitas das vacinas não são ofertadas pela rede pública de saúde (SUS), sendo encontradas apenas em consultórios e clínicas particulares a custo altíssimo devido serem, na maioria, importadas. Sugerimos um novo calendário, mais educativo e fácil de ser preenchido.

Figura 17- Calendário de vacinação da CSC.
explicativo.
Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, (2007).

Figura 18- Calendário de vacinação, pouco
Fonte: Cartão da Criança, (2004).

Infelizmente, em relação a este assunto, somente uma médica abordou o tema durante a entrevista e outras manifestações foram críticas e sugestões feitas pelas mães. [MP: ...vacinação]. Críticas das mães. [M: *campanha da vacina é complicada para entender, espaço pequeno, embolado, a tinta do carimbo borra tudo...* M: *...perdi a caderneta na enchente e não me deram outra, não queriam vacinar minha filha, porque não sabiam quais*

as vacinas já tinha tomado, não tinha anotação no posto...; M: falta informação... não fala da vacina, para que tipo de doença serve, é tudo sigla, a gente não conhece...].

Por estes motivos resolvemos sugerir um novo formato de calendário de vacinação, completo e mais prático para entendimentos das mães, (Figura 19).

4.4.11 Diarréias

Segundo Sérgio e Leon (2009), anualmente, nos países em desenvolvimento, a diarreia de origem infecciosa é responsável pela morte de 4 milhões de crianças menores de cinco anos. Nas regiões onde o problema é mais frequente, crianças chegam a passar 15% de seus dias com diarreia, causa de um terço das hospitalizações pediátricas em muitos países. No Brasil, assim como outros países, doenças diarreicas são mais comuns nas regiões mais pobres. O reconhecimento de que a ocorrência de doenças diarreicas infecciosas está relacionada às desigualdades sociais tem consequências para o estabelecimento de políticas públicas que visem controlar estas doenças.

Figura 19- Sugestão de nova formatação do calendário de imunização.
Fonte: Vieira (2010 – [S.l.]).

Cavalcanti e Martins (2007), Santos et al., (2008) também recomendam cuidados. Para o Ministério da Saúde (2005) o soro oral deve ser ofertado. “Sugerimos que a água para preparação do soro caseiro deverá ser fervida (o que não consta da CSC 2007) ou filtrada. A posologia também não consta das orientações, ou seja, fornecer o soro em pequenas quantidades (colher de sobremesa) de 20 em 20 minutos. Somos a favor de orientar a preparação de apenas 200 ml de cada vez, pois a CSC (2007) orienta também a preparação de 1 litro, o que consideramos um risco, pois poderá haver contaminação, dificuldade de armazenamento etc. Na falta da colher medida para o sal e açúcar, a mãe poderá utilizar uma colher de sal e duas de açúcar (colher de chá)”. Sugerimos ainda que a (Figura 20) faça parte do conteúdo da CSC em substituição à existente na (página 70).

Figura 20- Preparação do soro caseiro.
Fonte: todaperfeita.com.br

4.4.12 Gráficos de desenvolvimento

Dados da OMS (2007) mostram que a grande preocupação com o aumento da obesidade infantil e lançamento do padrão de crescimento para crianças pré-escolares pela Organização Mundial da Saúde - OMS em abril de 2006, fizeram com que se tornasse urgente o desenvolvimento de referência de crescimento única para avaliação de crianças, em idade escolar, e adolescentes. Além disso, à medida que os países implementaram padrão de crescimento para menores de 5 anos de idade, o intervalo entre os percentis e referências existentes para avaliar o crescimento de crianças maiores se tornou motivo de muitas dúvidas. Muitos países destacaram também a necessidade de existirem curvas de Índice de Massa Corporal - IMC, iniciando-se aos 5 anos, e que estas permitissem cálculo ou delineamento das curvas de qualquer percentil ou score-z em uma escala contínua dos 5 aos 19 anos. Como consequência, a OMS optou por reconstruir a referência de crescimento que era recomendada

anteriormente, a do *National Center for Health Statistics* (NCHS) de 1977, para as crianças dos 5 aos 19 anos. Foi utilizada a amostra original dos participantes de 1 a 24 anos e foram acrescentados dados de crianças de 18 a 71 meses provenientes do padrão de crescimento da OMS. Foram aplicados métodos estatísticos mais atuais para desenvolvimento de referências para crianças pré-escolares. As novas curvas da OMS de 2007, adaptam-se bem ao padrão de crescimento infantil da OMS aos 5 anos de idade e aos pontos de corte de sobrepeso e obesidade recomendados para os adultos. Dessa forma, a referência da OMS de 2007 preenche uma lacuna antes existente nas curvas de crescimento e correspondem à referência adequada para a avaliação nutricional das crianças e adolescentes dos 5 aos 19 anos. Para Lopes e Campos Junior (2008), mensurar esse desenvolvimento é essencial.

Os resultados das informações das profissionais de saúde mostram que este assunto é discutido durante a consulta: [MP: *desenvolvimento*]. Já as mães perguntadas se sabem para que servem os gráficos, responderam: [02 *sim* / 07 *não* / 02 *altura peso* / 01 *crescimento da cabeça* / 02 *desenvolvimento da criança* / 01 *peso* / 05 *crescimento*]. Nas críticas e sugestões, foram os seguintes relatos: [M: *dificuldade de entender os gráficos, falta o médico explicar para que serve*; M: *o médico só preenche o gráfico quando é pequenininho, depois não, não sei se está normal*; M: *não tem muita utilidade, os profissionais não preenchem*].

Com base nestes resultados, sugerimos uma nova formatação com apenas 4 gráficos, em vez de 12 como é na atual CSC, facilitando preenchimento pelo profissional de saúde e entendimento dos mesmos pelas mães.

A CSC traz 12 gráficos, (Figuras 21 e 22), (seis femininos e seis masculinos), registrados em 12 páginas, o que, com certeza, leva a confusão no preenchimento pelos profissionais de saúde (tendo em vista atendimento rápido e em grande quantidade no SUS), e para as mães (nível de escolaridade deficiente), impossibilidade de compreensão dos mesmos. Neste sentido, sugerimos uma readequação/remontagem dos gráficos, (Figura 23) (quatro femininos/masculinos), reduzindo de 12 gráficos para apenas 4 (caderneta separada por gênero), e diminuindo de 12 páginas para apenas 2 folhas, facilitando o preenchimento e o entendimento (explicação) para as mães.

Figura 21- Gráficos de registro da CSC feminino (versão 2007)
Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (2007).

Figura 22- Gráficos de registro da CSC masculino (versão 2007)
Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (2007).

Figura 23- Gráficos de registro da CSC, nova sugestão de diagramação (feminino ou masculino).
Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (2007) e Vieira (2010).

4.4.13 Acidentes

4.4.13.1 Automobilísticos

Segundo Lopes e Campos Junior (2008) a causa mais comum de morte de lactentes de um mês a um ano de idade são acidentes automobilísticos. A segurança nos automóveis é de suma importância. Nenhum recém-nascido deveria ser liberado do berçário sem que os pais tivessem assento funcional adequadamente instalado em seu automóvel. Muitas revendedoras

de automóveis oferecem serviços aos pais para garantir que assentos de segurança sejam adequados em cada modelo específico. Santos (2010) descreve que em 28 de maio de 2008, o Conselho Nacional de Trânsito expediu a Resolução nº. 277 regulamentando mais detalhadamente o transporte de crianças menores de 10 anos em veículos automotores. Além de dispor sobre os veículos, a norma também traz modelos de equipamentos considerados como dispositivos de retenção para crianças, cuja ilustração educativa, (Figura 24), deve passar a constar na CSC, para orientação da família da necessidade de dar segurança à criança no transporte em automóveis, reduzindo drasticamente o número de óbitos. Fato corroborado por Abramovici e Waksman (2005). Devem constar na CSC as seguintes orientações:

Usar travas bloqueando a abertura interna das portas, manter vidros fechados, não transportar crianças no colo, muito menos no porta-malas ou carroceria. Nunca colocar mais de uma criança no mesmo cinto de segurança.

Figura 24- Modelos e orientações do uso de cadeirinhas para crianças em automóveis.
Fonte: Portal Criança Segura (criancasegura.org.br) e Denatran.

4.4.13.2 Deglutição/aspiração de corpos estranhos

Segundo Figueiredo (2010), a impactação de moedas no esôfago é um acidente bastante freqüente em crianças, sendo este o corpo estranho mais encontrado (cerca de 35% dos corpos estranhos). A faixa etária de maior incidência se situa entre 2 e 5 anos de idade (cerca de 40% dos casos), com uma ligeira predominância do gênero masculino (60%). O local de impactação mais freqüente é o esôfago cervical (64%), (Figura 25), com (36%) em esôfago torácico.

Figura 25- Radiografia mentoxifopubiana mostrando moeda em esôfago cervical.
Fonte: http://www.otosul.com.br/remocao_foley.htm

Não são raros os casos de ingestão de moedas por crianças, ou mesmo pacientes com distúrbios psiquiátricos. Em grande número de casos, as moedas seguem em direção ao estômago, sendo eliminadas normalmente com as fezes em alguns dias. Em outros, permanecem impactadas no esôfago, mais freqüentemente no cervical, impedindo alimentação normal e gerando, com tempo, fenômenos inflamatórios que podem levar a complicações mais sérias. Na maioria das emergências, o paciente é submetido à esofagoscopia rígida sob anestesia geral para remoção do corpo estranho, que demanda internação hospitalar e maior morbidade, decorrente não só do ato endoscópico, mas também do ato anestésico. A segurança e eficácia do exame broncoscópico foram reforçadas pela ausência de complicações graves ou óbitos, de acordo com referências de Baracat e Abramovici (2005).

Somente uma cirurgiã dentista abordou o assunto: [CD: *...oferecer bala é um "crime", pois a criança engasga e pode morrer, até 2 anos de idade a criança ainda não tem o reflexo da deglutição totalmente desenvolvido, pode engolir e ir para via aérea...*].

Seria importante que esta orientação também passe a fazer parte da CSC:

“Cuidado com seu filho que está engatinhando, ele pode pegar objetos pequenos no chão e levá-los à boca, causando engasgos e até a morte. Não ofereça balas a crianças menores de 2 anos. Entre 2 e 5 anos a criança leva muitos objetos à boca e pode aspirá-los, causando sério acidente”.

4.4.13.3 Manobra de Heimlich

Com base nos relatos de Lincx (2010), mostrando a gravidade e o grande número de casos de aspiração de corpos estranhos, sugerimos que a mãe ou algum familiar seja capaz de ser orientado através de ligação para o número de emergência dos bombeiros, polícia ou SAMU, a proceder os primeiros socorros, até a chegada de equipe especializada.

4.4.13.3.1 Criança consciente (acima de 1 ano)

Para desalojar objeto das vias aéreas de uma criança:

Faça compressões abdominais (manobra de Heimlich) como descritas para adultos. (Figura 26). Evite aplicar excesso de força.

Figura 26- Mãe segurando criança/mãos no abdômen/forçando para cima.
Fonte: www.lincx.com.br/lincx/saude_a_z/emergencias...>

4.4.13.3.2 Criança inconsciente (acima de 1 ano)

Se a criança ficar inconsciente, continue agindo como no caso de adultos, exceto:

Em crianças de até 8 anos de idade, não procure o objeto estranho com os dedos, cegamente. Em vez disso, faça elevação do queixo e da língua como em bebês e remova o corpo estranho apenas se estiver enxergando.

Nota: Pressões abdominais não são recomendadas em bebês. Não se deve procurar corpo estranho com os dedos sem visualizá-los em bebês e crianças abaixo de 8 anos de idade.

4.4.13.4 Morte súbita

Reportagem do *The New York Times* afirma que bebês que morrem da Síndrome de Morte Súbita Infantil (SMSI) podem ter níveis baixos de serotonina, composto químico envolvido em regular a respiração e outras funções vitais, segundo sugere novo estudo. Os pesquisadores de Harvard que realizaram a descoberta afirmaram que isso os colocou um passo mais perto de compreender por que bebês que parecem perfeitamente saudáveis podem morrer repentinamente e que isso poderia levar ao desenvolvimento de exame preventivo para identificar bebês em risco. Isso nos diz que *SMSI é um processo de doença*, afirmou Hannah C. Kinney, professora de patologia da Escola de Medicina de Harvard, autora do artigo, publicado em 3 de fevereiro no *Journal of the American Medical Association*. *Não é um raio que veio do nada; não se trata de mistério. Você pode estudar esse problema com o método científico e atingir progressos*. Como parte do estudo, pesquisadores analisaram amostras de tecido de bebês que morreram de SMSI, e menor número que morreu por outras causas.

Eles descobriram que níveis de serotonina no tronco cerebral eram 26% mais baixos no grupo da SMSI. Os bebês com SMSI também tinham níveis mais baixos de uma enzima envolvida na síntese de serotonina. Kinney afirmou que a descoberta não altera a recomendação de que bebês devem ser colocados para dormir de barriga para cima. A iniciativa “de costas para dormir”, segundo Lopes e Campos Junior (2008), reduziu a incidência da síndrome da morte súbita do lactente, (Figura 27). Antes dessa iniciativa, os lactentes costumavam ser colocados em posição prona (decúbito ventral) para dormir. Outra iniciativa está centrada nos monitores de creches, porque 20% dos óbitos por morte súbita ocorrem nesse tipo de ambiente. Atualmente campanhas governamentais esclarecem os pais sobre esses riscos, com intensas campanhas na mídia.

Figura 27- Campanha da Pastoral da Criança.
Fonte: Pastoral da Criança (2007).

Na América Latina, não houve interesse em realizar campanhas quanto à posição segura dos lactentes durante o sono. Isto porque é uma região do mundo onde culturalmente as mães utilizam a posição “de lado” para o sono dos bebês, a qual até hoje é considerada posição segura – na verdade, isto vem sendo questionado em estudos mais recentes. Este hábito cultural faz com que a mortalidade infantil por Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) na América Latina seja relativamente baixa. Não há estatísticas, mas talvez esteja em torno de 0,5 a 1,0/1000 nascidos vivos. O grande problema na América Latina é a má notificação nas declarações de óbito (DO) quando ocorre a SMSL. Os profissionais de saúde não sabem reconhecer a SMSL na nossa região. É um tipo de óbito que ocorre, mas acaba sendo classificado como broncoaspiração, morte sem assistência médica, morte de causa desconhecida. Quando realizada avaliação em Instituto Médico Legal, quase sempre é classificada como broncoaspiração ou pneumonia, porque também nestas instituições a SMSL é desconhecida.

No Paraná ocorreram 2.586 óbitos infantis no ano de 2003, para um total de nascidos vivos de 156.997 (taxa de mortalidade infantil = 16,47%). Para uma estimativa de 0,8 óbitos por SMSL para cada 1.000 nascidos vivos, podemos inferir que ocorreram aproximadamente 125 óbitos por SMSL no Paraná em 2003. Tradicionalmente, não aparecia nas DO nenhum caso de SMSL nos anos anteriores, e os Comitês de Prevenção de Mortalidade infantil no Paraná, que investigam os óbitos infantis desde o ano 2000, não sabiam naquele momento, reconhecer esta causa de óbito. Pela primeira vez, no ano de 2003, surgiram vários óbitos registrados com a causa básica de SMSL. Ou seja, alguns médicos no Paraná já reconhecem a SMSL como causa de morte (logo, comitês das regionais de saúde, ao investigar estes óbitos, não souberam reconhecê-los e modificaram para outras causas básicas). Isto deixou bastante clara a necessidade de divulgação aos membros destes comitês a maneira de reconhecer a Síndrome da Morte Súbita do Lactente, em dados dos estudos de Cruz (2010). Você pode ajudar a evitar muitas mortes súbitas de bebês, segundo a Pastoral da Criança (2007): coloque o seu bebê para dormir de barriga para cima; amamente: até o 6º mês dê somente o leite materno; não fume, nem deixe que fumem dentro da sua casa, principalmente durante a gestação e na presença de crianças pequenas; deixe fora do berço travesseiros, brinquedos, almofadas e outros objetos fofos; não agasalhe demais o bebê. Essas orientações devem

constar na CSC para que os pais ficassem cientes do perigo. Alves et al. (2009) também orientam para este cuidado.

4.5 Área odontológica

Dados do Ministério da Saúde (2010) mostram que o número de cirurgiões-dentistas ligados ao Sistema Único de Saúde cresceu 49% entre 2002 e 2009, passando de 40.205 para 59.958. As equipes de saúde bucal, hoje, em 4.117 municípios, equivalem a 84,8% das cidades brasileiras. Os dados do levantamento foram extraídos do banco de dados que possuem informações sobre os cerca de 220 mil cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia. Das 05 cirurgiãs-dentistas entrevistadas apenas 03 consideraram a CSC importante para sua especialidade.

4.5.1 O pré-natal odontológico

Segundo Jorge e Raggio (2004), já é conhecida a importância do pré-natal na área médica, valorizando a gestação quanto aos cuidados da mãe e do bebê. Da mesma maneira, na odontologia, a abordagem da criança a partir da gestação se tornou incontestável e aumentam as chances do bebê ter saúde bucal. Este cuidado possibilita que a grávida tenha microbiota compatível com saúde, diminuindo as chances de transmissão vertical de microrganismos patogênicos da mãe para a criança. A necessidade que as mulheres grávidas disponham de serviço odontológico adequado durante o pré-natal é importante e deve ser promovida, pois este é o momento mais oportuno para se fazer educação em saúde e prevenção de condições desfavoráveis. Dá-se a possibilidade da mãe ter gestação tranquila e de ter filhos saudáveis. Muitas vezes, não é dada essa opção à mãe, porque ela simplesmente desconhece que existe uma postura de Promoção de Saúde, e principalmente, que ela é determinante neste processo.

Para Honda (2007), a saúde bucal da grávida está intimamente ligada à saúde bucal do bebê. Através de pesquisas, existem evidências sugerindo a existência de uma relação entre enfermidades gengivais das gestantes e nascimentos prematuros, e de bebês que nascem com peso abaixo do normal; esses estudos indicam que enfermidades gengivais possibilitam o aumento dos níveis dos fluidos biológicos que estimulam o trabalho de parto. Leão et al. (2005), Martinelli e Silva (2007) e Crivello Junior (2009), também relatam a importância do tema. Apesar da importância da saúde bucal na gravidez, a CSC, traz nas páginas 10 e 11, dados sobre a gravidez, que são repassados do cartão da gestante e não fazem alusão em

momento algum sobre consulta e ou tratamento odontológico da mãe ou orientações sobre odontologia intra-uterina (feto). Verificamos a pouca importância que se dá a um assunto tão relevante para a saúde bucal da grávida (futura mãe) e do feto (futuro recém-nascido). Sugerimos que passe a constar dos dados da CSC a seguinte referência:

“Realizou consulta e/ou tratamento odontológico durante a gravidez?”

() Sim () Não.

Qual _____

Perguntadas, as mães relataram, na sua maioria, que não foram encaminhadas pelo ginecologista, durante o pré-natal, para uma consulta odontológica [05 *sim* / 15 *não*]. Nenhuma cirurgiã dentista relatou discutir este assunto com a mãe durante a consulta da criança.

4.5.2 A odontologia na gravidez

Andrade (2006) registra que o 1º trimestre de gestação não é um período adequado para se promover o tratamento odontológico, quando a maioria das pacientes podem apresentar indisposição, enjoos matutinos e náuseas à menor provocação. Além disso, como já foi visto, neste período ocorre organogênese e maior incidência de abortos espontâneos, apesar de não haver evidências sólidas que comprovem que a medicação ou tratamento dentário causem abortos. O 2º trimestre de gestação apresenta-se como a melhor época para o atendimento das gestantes. Durante este período, a organogênese está completa e o feto, já desenvolvido. A mãe se sente mais confortável do que durante estágios iniciais ou finais da sua gravidez. Existe apenas o período de hipotensão postural se a paciente é tratada na posição supina e houver mudança brusca para a posição em pé. O 3º trimestre da gravidez, particularmente nas últimas semanas, não é bom período para tratamento prolongado.

Para Martinelli e Silva (2009), a gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior que o normal para desenvolver complicações periodontais, e gestantes com periodontite podem estar sob um risco sete vezes maior de darem a luz a criança prematura e de baixo peso. Relatam ainda que, em relação à cárie dentária, 48,75% das gestantes consideram normal adquirir a doença durante a gestação, pois, segundo elas, os dentes ficam mais fracos pela transmissão de cálcio para os dentes do bebê. Quanto à frequência de escovação, esta diminui em 27,5% no período da manhã, devido aos enjoos. Já a frequência

de alimentação foi aumentada para 77,5%, destacando-se o açúcar, portanto aumentando risco de cáries.

Com relação ao uso do fio dental, em entrevistas realizadas com gestantes foram obtidos resultados muito baixos de frequência do uso. Hábitos de higiene oral indesejáveis, além de 70% das pacientes apresentarem higiene ruim ou regular, demonstraram também um baixo índice de frequência de consultas ao dentista, em que 21% das gestantes usuárias do SUS nunca foram ou estiveram no dentista há mais de cinco anos e 56% com visitas realizadas entre um a cinco anos, demonstrando risco à doença periodontal avançada. A alta atividade de cáries encontradas nessas gestantes pode ser conseqüência da baixa frequência de visitas ao dentista, hábito do uso de açúcar como adoçante (100%) e ingestão diária na forma de alimentos (53%), associada a uma higiene oral precária.

Estudos com 1228 puérperas adolescentes, constatou-se que 80% delas referiram consumir diariamente o açúcar. A gestante requer atenção odontológica especial devido às alterações que ocorrem no período gravídico. Portanto, é de fundamental importância o trabalho contínuo do cirurgião dentista, realizando tratamento curativo quando necessário, avaliando riscos à saúde bucal, prevenindo hábitos orais inadequados e doenças bucais, reforçando conceitos sobre importância do aleitamento materno e alimentação saudável, efetivando sua participação no pré-natal multiprofissional. A desmistificação do atendimento odontológico como causador de risco para a gestante e bebê é o primeiro passo para melhorar adesão, segurança e motivação ao pré-natal odontológico. É de extrema importância a transferência de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda equipe de pré-natal, uniformizando conceitos sobre atendimento odontológico na gravidez.

A educação em saúde deve ser de forma continuada, atender a necessidade de saúde bucal da gestante, considerando sempre o ambiente, fatores econômicos, sociais e culturais, tornando-se um poderoso instrumento utilizado como estratégia na promoção de saúde. A promoção em saúde bucal no pré-natal deve ser considerada como parte da saúde integral da gestante e bebê, minimizando transmissão de microorganismos bucais patogênicos, visando à transformação da gestante em agente educador, e uma atenção precoce à saúde das futuras gerações. É preciso construir um novo olhar, pensar e fazer em relação às práticas odontológicas que requeiram dos cirurgiões-dentistas e profissionais de saúde coletiva, maior sensibilização, conhecimento e mudança de atitude. A estratégia de saúde da família se constitui como um grande desafio de conquista da sociedade rumo ao fortalecimento da atenção primária à saúde, saúde bucal coletiva e consolidação do SUS. Apesar dos avanços da saúde bucal, ainda estamos longe de garantir universalidade, equidade e integralidade das

ações de saúde bucal, como pressupõe o ideal do SUS. Jorge e Raggio (2004), Leão et al. (2005), Honda (2007) e Crivello Junior et al. (2009), também estão de acordo com a importância da odontologia na gravidez. Houve um relato interessante de uma cirurgiã dentista em relação ao assunto. [CD: *tem pediatra na sala de parto, onde está o odontopediatra?... alimentação da gestante... levar o bebê ao dentista no 1º mês para orientações...*]

4.5.3 A odontologia para o bebê

Segundo Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues (2009), os pais têm papel fundamental no atendimento odontológico do bebê. Devemos conversar com eles a respeito de técnicas de comportamento, da maneira como será conduzido o atendimento. Devem transmitir segurança ao filho, sempre passando mensagens positivas. A cavidade bucal do bebê edêntulo não precisa ser higienizada, pois não há na literatura evidências científicas suficientes para adoção desta prática. Alguns profissionais recomendam, não havendo contra indicação para isso. Nunca deve ser realizada após amamentação, pois remove imunoglobulinas presentes no leite materno, importantes para proteção do bebê contra infecções.

Os autores recomendam que a higiene bucal seja iniciada somente quando os primeiros dentes decíduos aparecerem na cavidade bucal. Esclarecem ainda que histórias do pré-natal e natal da criança, bem como possíveis alterações ocorridas com a mãe durante a gravidez, devem ser abordadas. Todos os achados da história médica da criança devem ser correlacionados com os aspectos encontrados na cavidade bucal. Ferreira et al. (2005), Silva (2007), Stuani et al. (2007), Lopes e Campos Junior (2008) e Crivello Junior et al. (2009), também estão de acordo com estas referências. Nas páginas 27 e 28 da CSC estão elencadas recomendações quanto à saúde bucal da criança de zero a dez anos. Gostaríamos de sugerir algumas mudanças nas orientações, bem como acrescentar outras que consideramos de caráter essencial na prevenção, promoção e tratamento relacionados à saúde bucal da criança. Sugerimos que as orientações citadas, que constam da CSC, sejam substituídas por novas orientações mais acessíveis ao entendimento dos pais e de caráter mais técnico:

“Leve seu filho (a) ao dentista com 30 dias de vida, aos 6 meses e aos 12 meses de idade. A partir daí, leve-o de seis em seis meses para consultas e/ou tratamento, se necessário”;

“Inicie a higienização da cavidade bucal do seu filho(a) aos 6 meses de idade, (língua, gengiva e bochechas) para retirada de restos de leite (amamentação exclusiva no peito). Utilize para isso uma fralda limpa umedecida em soro fisiológico ou água fervida, envolvida no dedo indicador, após ter lavado as mãos”;

“A limpeza da boca de seu filho(a) deverá ser feita apenas uma vez ao dia, após 15 minutos da última mamada no peito ou mamadeira, e à noite, antes do bebê dormir. Não forneça mamadeira durante o sono da criança. Caso seja necessário vá substituindo o líquido oferecido na mamadeira progressivamente, por água”;

“Após o aparecimento dos dentes, obrigatoriamente intensifique os cuidados com a higiene bucal do seu filho(a). Utilize escovas especiais de silicone em forma de dedeira ou escova dental infantil (própria para idade) e pasta de dente sem flúor, também fio dental”;

“Com 3 anos seu filho(a) poderá começar a escovar os dentes sozinho, porém sempre os pais deverão complementar esta escovação”;

“Não utilize flúor nos dentes do seu filho sem orientação do dentista (inclusive pasta de dente com flúor)”.

Geralmente a dentição mista se inicia com irrupção dos primeiros molares permanentes inferiores, seguidos dos primeiros molares permanentes superiores, por volta dos 6 anos. Na CSC o odontograma representado na (página 28, Figura 28), só atende a dentição decídua, até 6 anos, sugerimos que o mesmo deveria atender a dentição mista até os 10 anos da criança, limite estabelecido pela CSC, para que os profissionais pudessem ter odontograma completo de 0 a 10 anos de idade. Além disso, orientações detalhadas da irrupção dos 4 primeiros molares permanentes deveriam ser claras para as mães e constarem na CSC, visto que esses dentes por irrupcionarem atrás dos decíduos, não são observados, devido ao desconhecimento da mãe sobre o período de sua irrupção. Sua importância é devida as mães pensarem que são dentes decíduos. Às vezes estão cariados, acham que vão “cair” e “nascer outro”, o que não ocorre.

Várias foram as cirurgiãs-dentistas que abordaram o tema nas entrevistas com críticas e sugestões: [CD: ... *escovação... orientar sobre a irrupção do 1º molar permanente... dedeira de silicone para massagear a gengiva na época da irrupção dos dentes, não necessita*

medicamentos... levar o bebê ao dentista no 1º mês para orientações... orientar a mãe para levar a criança ao dentista].

Figura 28- Odontograma, dentição decídua.
Fonte: Ministério da Saúde, CSC, versão 2007.

Permanentes

Decíduos

Permanentes

Figura 29- Odontograma, dentição mista.
Fonte: Clínica da UNESA (2010).

Na CSC consta uma figura das arcadas dentárias que não pode ser considerada como um odontograma, visto que não apresenta todas as faces dos elementos dentários e, além disso, possui “desenho” somente da dentição decídua o que não atende o interesse do profissional que atende a criança, visto que a CSC é para crianças até 10 anos de idade, quando já está presente a dentição mista. Sugerimos uma nova versão de odontograma, com esquema completo: englobando a dentição mista, mostrando todas as faces dos dentes, (Figura 29), e espaço para o prontuário odontológico, em uma página específica.

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

DATA	CONSULTA E/OU TRATAMENTO	PROFISS. CARIMBO E ASSINATURA
.....

Observamos que nenhuma cirurgiã dentista atentou para o fato, passando despercebido para as mesmas.

4.5.4 A higienização da cavidade bucal em crianças maiores

Quanto ao tipo de escovas disponíveis no mercado, existem jogos compostos de uma escova para os pais realizarem a higiene bucal da criança (pelo menos uma vez ao dia) e outra para a criança se habituar à prática da escovação. Esta última apresenta um anteparo que impede que a escova seja introduzida profundamente na cavidade bucal, o que poderia ocasionar ferimentos. A utilização do fio dental é complemento da higiene bucal que deve ser iniciado tão logo existam dois dentes incisivos irrompidos com presença de ponto de contato entre eles, orientação que não consta da CSC.

Na CSC, (páginas 27 e 28), não se considera a existência de creme dental sem flúor, indicando a escovação dos dentes de leite irrupcionados recentemente, sem dentifrício, apenas com escova molhada em água limpa. E a partir dos 4 anos de idade, pequena quantidade de dentifrício com flúor. Hoje, com a diversidade de dentifrícios sem flúor no mercado, os mesmos podem ser usados desde a irrupção dos primeiros dentes decíduos na arcada, orientação que deveria fazer parte da CSC.

Técnicas de escovação para bebês e crianças em idade pré-escolar devem ser recomendadas. Na técnica de “Fones” a criança apóia a escova nos dentes e executa movimentos circulares nas faces dos dentes, excluindo-se a oclusal, na qual a escovação é horizontal para frente e para trás, (Figura 30). Ilustração educativa que seria importante constar da CSC.

Outras técnicas podem ser utilizadas, como preconizam “Stillman” e “Bass” (GUEDES-PINTO BÖNECKER; RODRIGUES, 2009).

Os mesmos autores ainda preconizam o uso do fio dental, segurando pelos indicadores e polegares, com 4 cm de extensão, pressionando-o nos espaços interproximais.

Estes temas foram abordados por duas cirurgiãs-dentistas. [CD: ...higiene oral... escovação...].

4.5.5 Sucção não nutritiva

Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues (2009) relatam que, dentre os hábitos de sucção não nutritiva, os mais comuns são a sucção do dedo, chupeta e objetos, (Figura 31). Leão et al. (2005) e Ferreira et al. (2005) também chamam atenção para o problema.

Figura 31- Hábito de sucção digital; chupando chupeta de forma incorreta e hábito de chupar fraldas.
Fonte: Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues, (2009).

Caso a criança apresente, desde recém-nascida, o hábito de chupar dedo, o ideal é que o troque imediatamente pela chupeta, posto que no futuro é possível removê-la. A individualidade da criança deve ser respeitada, não deve sentir que esta atitude de removê-la é um castigo, mas sim algo positivo. Existem no mercado chupetas convencionais e “anatômicas” ou “ortodônticas”, (Figura 32).

Figura 32- Chupeta “ortodôntica” e chupeta convencional.
Fonte: Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues, (2009).

Nenhuma alusão é relatada na CSC quanto ao assunto. Recomendamos que faça parte das orientações de saúde bucal:

“O uso prolongado da chupeta (mais de 4 anos ou chupar o dedo) é prejudicial à criança e compromete o desenvolvimento dos ossos da face e a dentição, além do desmame antes da hora”;

“Caso seu filho chupe o dedo, procure substituir pela chupeta ortodôntica (de formato do céu da boca, própria para cada faixa de idade da criança), caso não tenha outra solução. É mais fácil retirar a chupeta mais tarde, (3-4 anos) do que seu filho(a) parar de chupar o dedo”;

“Utilize bicos de mamadeira de silicone, ortodônticos (formato do céu da boca), próprios para cada faixa de idade da criança. Não aumente o “furo” do bico para facilitar a mamada, pois é prejudicial à criança”;

“Ao passar a alimentar seu filho(a) com líquidos na mamadeira, “não” utilize açúcar para adoçar leite, sucos e outras bebidas”.

Nas entrevistas com as cirurgiãs-dentistas e fonoaudiólogas, o assunto foi bastante discutido. [CD: *hábitos deletérios... mamadeira... chupeta... não fala da cárie de mamadeira... não usar chupeta. F: uso da chupeta é prejudicial... mamadeira se usar, como usar, seus prejuízos*].

4.5.6 Uso do flúor

Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues (2009) ressaltam que conceitos modernos sobre mecanismo de ação do flúor e mostram a importância do seu uso diário para manter uma concentração significativa na saliva e no fluido, a fim de controlar a dissolução do esmalte. Podem ser encontrados na água fluoretada, dentifrícios fluoretados e colutórios para aplicação tópica em consultórios. É imprescindível ressaltar que, mediante a indicação de qualquer um dos protocolos de uso do flúor, está implícito a modificação de hábitos de higiene e dieta do paciente. Leão et al. (2005), e Stuni et al. (2007), corroboram com estas ações. [CD: *creme dental sem flúor para escovação em bebês...*].

4.5.7 Prevenção da doença cárie

Segundo Lara e Araújo (2010) e Crivello Junior et al. (2009), a prevenção da cárie dentária tem sido uma das principais preocupações da odontologia nos últimos anos, e tem se lançado mão de muitos meios para tentar diminuir sua incidência. Assim, muito se tem feito a nível governamental, em comunidades ligadas às crianças, nos consultórios de atendimento público ou clínicas particulares. Da mesma forma, tem-se utilizado de várias maneiras para atingir este objetivo, e entre elas pode ser citada a fluoretação das águas de abastecimento, fluoretação domiciliar, aplicações tópicas de soluções fluoretadas, bochechos com flúor e escovação dental. Dados sobre educação alimentar também devem passar a constar da CSC, conforme sugestão abaixo.

Na educação do núcleo familiar, é necessário fazer ver que:

“É responsabilidade do núcleo familiar as mudanças dos hábitos alimentares, e não só do profissional”;

“O mel contém 85% de açúcares, como a frutose e glicose. Por sua cariogenicidade, não devendo utilizá-lo para “molhar” as chupetas”;

“As mudanças devem ser graduais e planejadas, e deve-se ajudar a criança e seu núcleo familiar a entender o porquê da rejeição de certos alimentos”;

“As refeições principais e a merenda escolar devem ser planejadas. Uma dieta adequada é essencial durante o período de formação dos dentes, a fim de assegurar o desenvolvimento normal das estruturas dentárias. Além disso, outro fator bem estabelecido é de que as crianças e adultos, ao seguirem dieta básica recomendada, consumindo quantidades adequadas de proteínas, frutas frescas e vegetais perderão o apetite para comer entre as refeições”;

“Deve haver controle dos alimentos fora das refeições. Se a criança sentir necessidade de se alimentar entre as refeições principais que seja com frutas frescas, leite, queijo, e outros, de preferência alimentos duros e consistentes que produzam auto limpeza. Como exemplo, geralmente se acredita que as crianças devem ingerir mais alimentos, à medida que se tornam mais ativas. É o índice de crescimento da criança, e não sua atividade, que determinará seu apetite. Quando há queda no índice de crescimento, o apetite também diminui. É freqüente a opinião geral de que com um litro de leite por dia - goste ou não - a criança estará alimentada seja qual for a sua idade. Tal volume de leite, durante período de idade pré-escolar, pode interferir na ingestão de alimentos sólidos, pois, sendo o leite bastante volumoso, ele satisfaz e conseqüentemente, reduz o desejo de alimentos sólidos à base de proteínas. Contudo, nenhuma criança normal morrerá de fome podendo dispor de comida, mesmo que não seja forçada a comer. Se for obrigada, acabará adquirindo aversão em se alimentar nas horas certas, e, então, criará hábito de se satisfazer nos intervalos com balas, refrigerantes, biscoitos”.

O profissional, através de estímulos positivos, deve motivar a criança e seu núcleo familiar a modificar a dieta. Durante tratamento, novas listas de dieta devem ser sugeridas.

4.5.8 Alimentação do bebê/criança menor de 2 anos

Segundo Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues (2009) e Leão et al. (2005), a OMS e o Ministério da Saúde desenvolveram guia alimentar para crianças brasileiras com menos de 2 anos. O aleitamento materno seria exclusivo até os 6 meses; em sua impossibilidade, o ideal seria utilizar fórmulas infantis, cuja composição é mais adequada ao lactente do que o leite bovino. A partir dos 6 meses deve ser iniciada a introdução da alimentação complementar, pastosa espessa (papas e purês). Com início da irrupção dos dentes, a consistência deve

aumentar gradativamente, (Quadro 5), até que a criança possa receber os alimentos consumidos pela família. Esse esquema deve constar da CSC.

Idade (meses)	Alimentação
0-6	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno
6-7	<ul style="list-style-type: none"> • Leite materno (ou mamadeira) • Refeição com sal (sopinha liquidificada) • Papa de fruta (sobremesa) • Suco de fruta
7-8	<ul style="list-style-type: none"> • Leite materno (ou mamadeira) • 2 refeições com sal (sopinha amassada) • 2 papas de fruta (sobremesa) • 2 sucos de fruta
8-12	<ul style="list-style-type: none"> • Leite materno (ou mamadeira) • 2 refeições salgadas (sopinha em pedaços) • 2 papas de fruta (sobremesa) • 2 sucos de fruta
12-36	<ul style="list-style-type: none"> • 2 refeições de sal • Incluir ovos e queijos • Frutas (sobremesa, lanches e sucos) • Leite (em média 500-600 ml/dia)

Quadro 5 - Sugestão de esquema alimentar.

Fonte: Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues, (2009).

Vários foram os profissionais de saúde que abordaram o tema, considerando-o importantíssimo. [MP: *desenvolvimento*. CD: *dieta*. F: *necessidade de mastigar... tipo de alimentação (criança só como carne moída, papinha e arroz), já tem dentes, deveria mastigar coisas mais duras*].

4.5.9 Ultrassonografia na odontologia

Segundo Vaccari-Mazzetti, Kobata e Brock (2009), com este exame a visualização do nariz e lábios pode ser feita ao redor da 15ª semana de gestação. No entanto, para identificar fenda lábio palatina é possível apenas entre a 28ª e 33ª semanas de gestação. O reconhecimento pré-natal de fissura lábio palatina pode preparar os pais para aceitar a deformidade da criança e, durante o tempo, educá-los para os passos sequenciais necessários antes e após o parto, (Figuras 33 e 34). Os pacientes que tiveram diagnóstico pré-natal de fissura lábio palatina através de exame ultrassonográfico, têm melhor evolução no tratamento, clínico e cirúrgico.

Figura 33- Imagem ultrassonográfica de feto portador de fissura labial.

Figura 34- Imagem ultrassonográfica de feto portador de fissura palatina.

Fonte: www.acm.org.br/revista

Freitas, Rosa e Souza (2004) relatam que até o advento da ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, o estudo por imagem das glândulas salivares era realizado por meio das radiografias convencionais, para detecção de cálculos radiopacos e da sialografia, estudo contrastado dos ductos, para análise de processos inflamatórios e tumorais.

4.5.10 Trauma dentário/avulsão

Segundo Guedes-Pinto, Bönecker e Rodrigues (2009), após avulsão de dentes decíduos, a reabilitação deverá ser protética. Há controvérsias quanto às necessidades e as vantagens de reimplante. Já Guedes-Pinto (2006) e Miloro et al. (2009) aconselham o reimplante do dente permanente o mais rapidamente possível. O dente deve ser colocado de imediato no alvéolo pelo próprio indivíduo ou seu responsável, após cuidados mínimos de higiene, lavagem em água corrente ou soro fisiológico, e procurar o dentista imediatamente (ou levar o dente em soro fisiológico ou na própria saliva do paciente).

É interessante acrescentar orientações a este respeito na CSC:

“Se o dente permanente do seu filho(a) se soltar (cair) durante um acidente, coloque-o em leite, saliva ou soro fisiológico e procure um dentista imediatamente para recolocá-lo no lugar. Lave superficialmente e limpe levemente o dente, sem escová-lo ou esfregá-lo”.

Uma cirurgiã dentista alertou para a necessidade de orientar às mães para o fato. [CD: *orientações sobre trauma dental...*].

4.5.11 Uso de medicamentos na odontopediatria

Guedes-Pinto (2006) relata que o dentista deve saber selecionar a medicação apropriada para o uso em odontopediatria, bem como saber estabelecer as dosagens corretas, normalmente calculadas em função do peso da criança, com o objetivo de se obter um efeito máximo da mesma com um mínimo de efeitos adversos (relação risco/benefício). É sabido que a maioria das crianças apresenta rejeição à ingestão de medicamentos, bem como uma certa dificuldade de deglutição de formas farmacêuticas sólidas. Sendo assim, deve-se optar pelas formas líquidas – solução em “gotas”, suspensão, elixir, xarope, etc. Outro aspecto a ser destacado no atendimento à criança é a importância do contato com seu médico pediatra para trocar informações. Este procedimento, além de ético, transmite uma maior confiabilidade aos pais ou responsáveis pela criança e proporciona maior segurança ao dentista. Isso se aplica especialmente a pacientes que apresentam doenças sistêmicas, como diabetes, asma brônquica ou anomalias cardiovasculares. O uso de medicamentos deve ser criterioso, segundo Andrade (2006).

Deve constar uma orientação na CSC em relação ao assunto:

“Não dê nenhum medicamento ao seu filho sem orientação médica ou odontológica”.

4.6 **Área fonoaudiológica**

Cadastro do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CRF^a - 2007) mostra que são 30.000 fonoaudiólogos registrados no país, sendo que a região Sudeste concentra 1/3 destes profissionais. Para as fonoaudiólogas entrevistadas, 03 consideram a CSC importante para sua especialidade e 02 não.

4.6.1 Fonoaudiologia materno-infantil

Neves, Aguiar e Andrade (2007) consideram que a fonoaudiologia materno-infantil é responsável pela eliminação ou interceptação dos fatores que interferem na aquisição, desenvolvimento e degenerescência dos modelos de comunicação. O programa

fonoaudiológico da saúde materno-infantil pode ser dividido nas três etapas: pré-natal, puerpério e puericultura. No que concerne aos cuidados com a saúde da comunicação no pré-natal, a prevenção está diretamente relacionada aos procedimentos de orientações às mães, através de programas educacionais sobre aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, detecção de perdas auditivas, promoção do aleitamento materno, introdução de diferentes consistências e utensílios utilizados na alimentação, além dos hábitos orais, podem-se prevenir futuras alterações relacionadas à saúde da comunicação humana.

Consideram ainda a saúde fonoaudiológica no período da maternidade fundamental para a qualidade da saúde nas outras fases da vida, especificamente quando vista sob a perspectiva atual do conceito de saúde-doença, que enfatiza qualidade e, conseqüentemente, saúde da comunicação. Os autores ainda investigaram em seus estudos que o conhecimento que as gestantes têm sobre fonoaudiologia na saúde materno-infantil, especificamente sobre fonoaudiologia, transição alimentar e utensílios, hábitos orais, estimulação da linguagem e detecção de perdas auditivas, ainda é significativamente insatisfatório. Constatou-se, ainda, que a proposta de promoção da saúde materno-infantil às gestantes adolescentes pode ser também realizada em outras áreas de atuação e como agente transformador desta realidade. Presume, portanto, envolvimento de equipes multidisciplinares.

Guedes-Pinto (2006) relata que a boca é órgão comum de trabalho, que evidencia a necessidade crescente de trabalho em equipe, visando a total recuperação dos pacientes. O ideal é que ocorra interação de conhecimentos de áreas comuns, facilitando entrosamento necessário do trabalho em equipe. A fonoaudiologia, ainda segundo o autor, é uma ciência muito ampla e que atua em várias áreas, tanto do ponto de vista preventivo quanto terapêutico, na área educacional e da saúde. Mais recentemente, tem sido enfatizada a grande colaboração que o fonoaudiólogo pode vir a dar na promoção da saúde, especialmente no incentivo, promoção e apoio ao aleitamento materno, como se comprova pelo significativo número de profissionais atuando nesta área.

Muitos trabalhos de fonoaudiólogos e outros profissionais de saúde têm surgido com o objetivo de incentivar o aleitamento materno, destacando seus benefícios para a saúde geral e fonoaudiológica do bebê, informando sobre os prejuízos causados pelo uso de bicos artificiais e sobre as formas de resolução de problemas que podem ocorrer no período da lactação, bem como fornecendo subsídios para que a mulher adquira segurança no ato de nutrir seu filho. O uso da chupeta também acarreta inúmeras infecções e patologias no recém-nascido e criança pequena, como otites médias e diarreia devido à contaminação ou higienização inadequada da mesma. Além disso, há aumento no índice de síndrome da morte súbita do recém-nascido

quando este faz uso de chupeta precocemente. Bebês que sugam chupeta possuem maiores chances de desenvolver problemas ortodônticos e de motricidade oral, visto que os bicos pressionam o palato, tornando-o estreito e profundo, levando a um mau alinhamento dos dentes e alteração da sobreposição dentária, acarretando também desequilíbrio da musculatura oral.

Neves, Aguiar e Andrade (2007) realizaram estudos onde participaram da pesquisa 10 gestantes com uma média aproximada de 16 anos de idade cronológica, atendidas no Núcleo de Atenção às Gestantes Adolescentes do HGF, que se encontravam entre o 5º e 9º mês de idade gestacional e que estavam realizando pré-natal. No presente estudo, verificou-se que a fonoaudiologia não era conhecida por essa população, visto que foram observados os seguintes resultados: *Nem imagino o que seja, nem sabia que existia essa profissão!* (G01). *É alguma coisa de ouvido... que eu vi na televisão.* (G02). *Não sei... sei dizer não... acho que cuida da voz.* (G10).

O fonoaudiólogo no programa de promoção de saúde deve ser um agente transformador capaz de prevenir, habilitar e aperfeiçoar a comunicação humana, através de medidas preventivas individuais e coletivas que determinem a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das populações. No pré-natal, estas medidas podem ser dadas através de informações e aconselhamentos sobre desenvolvimento da comunicação humana durante a gestação e desenvolvimento do bebê. Um dos aspectos positivos desse estudo foi perceber que todas as gestantes envolvidas já haviam recebido orientações durante pré-natal sobre a importância da amamentação.

Entretanto, esses conhecimentos não estavam relacionados à saúde da comunicação. *O meu leite é muito saudável, evita que o bebê fique doente, passa carinho e ele fica forte* (G05). *Para a fase de crescimento, para o bebê possuir saúde.* (G06). *É fundamental, né.* (G09). *É importante, ajuda em tudo.* (G01). *Porque eu tô dando carinho pra ele!* (G03). *Porque o bebê se sente mais seguro e amado!* (G04). No aleitamento materno, o bebê tem melhores condições de estimulação do sistema sensorio motor-oral, pois a extração do leite exige força muscular, aumentando a tonicidade muscular, essencial para estimular os órgãos responsáveis pelas funções de deglutição, respiração e fala, além de desenvolver as estruturas faciais e orais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. A importância de a transição alimentar demonstrou não ser conhecida pelas gestantes adolescentes. *Vou deixar ele mamar até quando quiser. Agora, depois... não sei... Vou dar papinha!* (G02). *O que eu tive na minha casa* (G03). A

consistência pastosa poderá ser introduzida entre 4 e 6 meses de idade; poderá ser oferecida ao bebê a fruta amassada ou raspada, alimentando-o com a colher. A sopa de legumes deverá ser iniciada depois dos 6 meses de idade. Os legumes devem ser bem cozidos e passados em uma peneira fina até oito meses e meio de idade, quando serão amassados com garfo. A partir daí, a criança completando um ano já deverá estar utilizando a alimentação da família.

Observou-se que o uso de utensílios, como mamadeira, chupeta e dedo, demonstrou não ser considerado importante pelas gestantes adolescentes. *Vou dar (mamadeira e bico) quando precisar! Mas dizem que fica com os dentes pra frente... igual o dá Mônica!* (G09). *Acho que não tem problema não!* (G10). O uso desses utensílios são considerados normais ou fisiológicos, até a idade que varia entre 2 e 3 anos e, dependendo da frequência, intensidade e duração de uso, podem resultar em hábitos. A presença desses hábitos orais pode alterar a postura da língua, prejudicar tonicidade e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, podendo ainda acarretar alterações na irrupção dentária, assim como nas funções da mastigação, respiração e deglutição, além da fala. As gestantes adolescentes não demonstraram preocupação quanto à estimulação da linguagem. *Não sei não... falando com ele* (G01). *Há... Acho que quando ele vê a gente falar, vai falar!* (G09). *Não sei como vou fazer... num parei pra pensar... acho que vai aprendendo no dia-a-dia!* (G10). Através da linguagem, a criança tem acesso, antes mesmo de aprender a falar, a valores, crenças e regras, adquirindo os conhecimentos de sua cultura.

À medida que a criança se desenvolve, seu sistema sensorial (incluindo a visão e a audição) se torna mais refinado e ela alcança nível lingüístico e cognitivo mais elevado, enquanto seu campo de socialização se estende, principalmente, quando ela entra na escola e tem maior oportunidade de interagir com outras crianças. Pôde-se perceber no estudo que essa temática não é do conhecimento das gestantes adolescentes no pré-natal, visto que elas mesmas não são orientadas e informadas sobre a importância da realização dos exames auditivos. *É feito quando coloca o brinco, é.* (G03). *Nunca me disseram nada não!* (G07). Sabe-se que algumas desordens da comunicação humana provêm do período pré-natal, por isso a prevenção fonoaudiológica deveria ser iniciada neste período através de programas de orientações às gestantes e profissionais da saúde.

4.6.2 Aleitamento artificial

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (2000), o aleitamento artificial também pode acarretar patologias de caráter fonoaudiológico devido ao uso da mamadeira,

independentemente do tipo de bico (ortodôntico ou não), tais como deglutição atípica, alterações de tonicidade e postura oral, alterações no reflexo de sucção e deglutição, alterações de fala, alterações no desenvolvimento dos maxilares, dentre outros. O uso da mamadeira leva ao desmame precoce, pois o bebê poderá apresentar confusão de bicos e, além disso, oferecimento de leite artificial diminui a frequência das mamadas e, conseqüentemente, diminuição na produção de leite.

A CSC pode trazer esclarecimentos de fácil entendimento para mãe:

“Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses; na impossibilidade, o ideal será utilizar fórmulas infantis, cuja composição é mais adequada ao bebê que está mamando do que o leite bovino. A partir dos 6 meses deve ser iniciada a introdução da alimentação complementar, pastosa espessa (papas e purês). Com início do aparecimento dos dentes, a consistência deve aumentar gradativamente, até que a criança possa receber os alimentos consumidos pela família”.

O assunto foi abordado por uma cirurgiã dentista e uma fonoaudióloga durante as entrevistas. [CD: *mamadeira... não fala da cárie de mamadeira. F: usar mamadeira é prejudicial*].

4.6.3 Audição

Iparaíba (2010) relata que o teste da orelhinha é tão importante quanto o teste do pezinho e deve ser realizado em todos os bebês, incluindo os nascidos em condições normais de parto, sem antecedentes de casos de surdez na família ou fatores de risco aparentes. Isto porque apenas 30 a 50 % das crianças com deficiência auditiva apresentam um ou mais indicadores de risco. As estatísticas indicam que em cada 1000 recém-nascidos, três apresentam algum tipo de perda auditiva. A recomendação é que o exame seja realizado na maternidade antes da alta do bebê.

Segundo Neves, Aguiar e Andrade (2007) algumas desordens da comunicação humana provêm do período, pré-natal, por isso a prevenção fonoaudiológica deveria ser iniciada neste período através de programas de orientações às gestantes e profissionais da saúde. Na promoção de saúde fonoaudiológica no pré-natal, podem-se orientar essas gestantes quanto à realização dos testes de detecção precoce da perda auditiva, visto que, pela falta de orientação

dos pais, uma criança, quando portadora da deficiência auditiva, perde o período mais importante para estimulação da linguagem e audição. Na maioria das vezes, o diagnóstico e o tratamento são tardios, acontecendo entre o 2º e o 3º anos de vida. Com o diagnóstico precoce, esta criança será encaminhada e, com o início da terapia de reabilitação auditiva, pode-se ter evolução eficaz em seu processo de comunicação. Interferências sobre a audição podem ser feitas quando se pergunta aos pais sobre reações a sons e fala, observando-se de perto o desenvolvimento de fala e linguagem. As interferências sobre visão podem ser feitas ao se examinar marcos de desenvolvimento motor grosseiro (crianças com problemas de visão podem manifestar atraso) e através de exame físico do olho. Os pais devem ser questionados quanto a qualquer problema relacionado à visão até que a criança tenha três anos de idade, e à audição até que a criança tenha quatro anos.

Reportagem do Jornal O Globo relata que o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei nº. 12.303, de 02 de Agosto de 2010, que torna obrigatória a realização gratuita do exame de triagem auditiva em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. O exame, denominado Emissões Otoacústicas Evocadas, detecta deficiências sutis que não são percebidas no dia a dia. A lei foi publicada em 3 de agosto de 2010, no “Diário Oficial”. Durante o teste da orelhinha, um pequeno fone é colocado no ouvido do bebê. O aparelho emite um som fraco. O ruído “viaja” pela cóclea. Ao detectar sinal, os cílios se movimentam e emitem uma resposta, que é registrada pelo equipamento. Se houver problemas na audição, os cílios não se mexem e o aparelho nada registra. Os especialistas recomendam o exame nos primeiros seis meses de vida, (Figura 35). De acordo com a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, apenas de 5% a 10% da população brasileira de recém-nascidos fazem a triagem auditiva durante o ano.

Figura 35- Teste da orelhinha.

Fonte: <http://fattosefotos.blogspot.com/2010/08/lei-torna-obrigatorio-teste-da.html>

Uma fonoaudióloga alertou para o fato: [F: *teste da orelhinha não faz no SUS* (entrevista em junho/julho 2010)].

A CSC deve trazer esclarecimentos quanto à importância da realização deste teste, para as mães que não tiverem condições financeiras procurem um serviço particular e recorram à justiça para determinar que o SUS pague o exame. Além de orientações para cuidados quando observarem problemas auditivos na criança:

“Observe a fala de seu filho e reações a sons. Caso tenha dificuldade de falar e ouvir sons (chamamentos, televisão alta, etc.) procure um médico especialista ou fonoaudiólogo”.

4.6.4. Síndrome do respirador bucal

Para Barbiero et al. (2007), síndrome do respirador bucal é caracterizada por conjunto de sinais e sintomas que podem estar presentes, completa ou incompletamente em indivíduos que, devido a motivos diversos, substituem padrão correto de respiração nasal por um padrão bucal ou misto. Dentre esses indivíduos, destacam-se os respiradores bucais funcionais, que são aqueles que apresentavam obstruções à respiração nasal, mas que foram corrigidas. No entanto, mesmo tendo trato superior absolutamente permeável, continuam respirando pela boca. A respiração bucal produz alterações respiratórias, faciais, posturais e comportamentais as quais prejudicam a qualidade de vida do respirador bucal. Todas essas características produzem ciclo vicioso que leva a problema mais grave, ou seja, diminuição da auto-estima dos portadores dessa síndrome. Em função das graves alterações que a respiração bucal pode produzir, seu tratamento torna-se extremamente importante. É necessário que equipe de profissionais possa fazê-lo, visando um atendimento global ao indivíduo. Nessa equipe, a fisioterapia possui papel fundamental, pois reeduca a respiração, melhora a ventilação pulmonar, previne e corrige deformidades torácicas e alterações posturais e reeduca a

musculatura envolvida nas alterações apresentadas. Este tema também é abordado por Guedes-Pinto (2006).

Dada a importância do tema, tal orientação deve constar na CSC:

“Observe seu filho(a) se ele(a) respira pela boca, dorme de boca aberta, permanece curvado para frente quando está em pé, tem fisionomia (rosto) tristonha, céu da boca ogival (fundo), aberturas do nariz diminuídas e se cansa com facilidade, leve-o ao dentista para consulta”.

Duas fonoaudiólogas abordaram o tema durante a entrevista. [F: *respiração... F: hábitos atípicos (boca aberta, respirar pela boca), orientar*].

Recomendamos também que faça parte das orientações de saúde bucal na CSC:

“Observe seu filho(a) quando engole e ao falar, se ele(a) coloca a língua entre os dentes da frente, fica com a boca entreaberta, coloca o lábio inferior entre os dentes superiores e inferiores. Caso observe estes problemas leve-o ao dentista”.

Duas fonoaudiólogas abordaram o tema durante a entrevista. [F: *colocar dados sobre fala/linguagem, psicomotricidade... muita informação médica e pouco em relação à fala e psicomotricidade...*]. Consideramos necessário que orientações neste sentido constem da CSC:

“Pais, se seu filho ao falar (deverá falar corretamente até aproximadamente os 4 anos), porém, caso ele apresente um atraso de fala e linguagem, ou troca de “letras” (“p” por “b”, “f” por “v”, “k” por “g”, “t” por “d”); omissões (não falar algumas letras: “ápis” (lápiz), e outras, ou após alfabetização a criança trocar letras ao escrever (“p” por “b”, “f” por “v”, “k” por “g”, “t” por “d”) procure um fonoaudiólogo(a)”.

4.7 Área psicológica

Para Alencar (2007) a ausência de informações abrangentes e atualizadas sobre atuação profissional de psicologia no Brasil incentivou a realização de pesquisa pela Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em psicologia, com o apoio do Conselho Federal de Psicologia. Registrados no Conselho Federal de Psicologia são 150.000 profissionais no país. Foram 03 as psicólogas que consideraram importante a CSC para sua especialidade e 02 não.

4.7.1 A relação conjugal

Quando o casal se une em relação dual, tornam-se objetos de desejo um do outro, logo se abastecem em encontro afetivo e erótico. Quando se decidem por filho, assumem a gravidez, mas não sabem, no entanto, da transformação psíquica que atinge cada um deles de maneiras diferentes e peculiares. Ao contrário da grávida, que carrega uma protuberância, o pai expectador muitas vezes é deixado de fora e ignorado também pelos amigos e profissionais de saúde, conforme relata Campos (2006), ainda afirma que metade dos futuros pais desenvolvem alguns sintomas relativos à gravidez durante o curso da gestação. Freitas, Menke e Waldemar (2007) e Zugaib (2008) também relatam importantes conceitos sobre o assunto.

4.7.2 O futuro pai

Clark (2007) relata que estudo conduzido pelo hospital St. George's, que faz parte da Universidade St. George's, em Londres, examinou 282 homens, entre 19 e 55 anos, cujas mulheres estavam grávidas. Um grupo de 281 homens da mesma faixa de idade, casados com mulheres que não estavam grávidas, foi usado como grupo de controle. Pesquisadores constataram que a maioria dos homens cujas mulheres estavam grávidas apresentava diversos sintomas associados à gravidez, como mudanças de humor e enjôos matinais. Cólicas estomacais eram os sintomas mais comuns. Um homem reportou ter sentido dores de parto tão intensas quanto as de sua mulher, quando ela estava tendo o bebê. Alguns poucos homens que exibiam sintomas de gravidez simpática desenvolveram pseudociese - um inchaço da barriga sem causa aparente. O estudo constatou que os sintomas em geral seguem padrão semelhante ao da gravidez das mulheres envolvidas. Os sintomas surgem nos estágios iniciais da gestação, atingem seu ponto culminante no terceiro trimestre e desaparecem depois que as mulheres têm os bebês (Figura 36).

Figura 36- Homem esforçando-se para sentir o que sua mulher passa durante a gravidez.
Fonte: <http://saude.hsw.uol.com.br/gravidez-masculina.htm>

Observamos que na CSC se dá pouca importância a figura do pai. É preciso que o profissional da saúde se volte para o casal grávido e enriqueça ainda mais o estado de gravidez que pertence não só a mulher, mas também ao homem, além do nome (único dado sobre ele anotado na CSC), inclua-o no campo de influência da gravidez, realizando exames pré-natais (sorológicos: HIV, Hepatite B e C, tipagem sanguínea e fator Rh, além de outros) que farão parte dos dados da CSC, identificando fatores de riscos durante a gestação da mulher, para a futura criança, além de destacar a importância do pai no desenvolvimento afetivo/social da criança.

4.7.3 A psicologia na gravidez

Segundo Duque (2008), a gravidez é um terreno de confluência de múltiplas especialidades da área de saúde, de variadas perspectivas psicológicas nomeadamente: desenvolvimento, psicodinâmica, cognitivo comportamental, etc. É de extrema importância distinguir conceitos de “gravidez” e “maternidade”, os quais se encontram profundamente interligados, mas que, no entanto, dizem respeito à realidade, subjetividades e processos bem diferentes. A grávida é saudável, mas porque esta se encontra numa situação de crise existencial, vive num permanente equilíbrio/desequilíbrio, logo um “distress”.

Assim a gravidez se refere ao período de alguns meses que medeia concepção e parto e que, como já foi exaustivamente demonstrado na literatura, implica, do ponto de vista psicológico, ajustamentos e recursos adaptativos à própria situação. Podemos igualmente afirmar que o evoluir social e antropológico da maternidade ultrapassou as teorias psicológicas que lhes dizem respeito e as únicas que pretendem integrar a gravidez e maternidade como momento de desenvolvimento psicossocial da mulher se inserem no paradigma psicanalítico, onde o desejo da gravidez e da maternidade são sinônimos e partes integrantes do processo de aquisição de feminilidade.

4.7.4 A psicologia no pós-parto

Segundo Rennó Junior (2008), analisando-se fatores biológicos, psicológicos e sociais, o importante é a saúde mental da mulher ao longo de seu ciclo reprodutivo, afastando-se conflitos, medos e ausência de informações com os quais convive diariamente o gênero feminino. Com o crescimento científico da psiquiatria, observamos, a partir dos anos 1980, a mudança de modelo psicodinâmico para modelo biomédico e neurobiológico. Atualmente, temos uma rica variedade de novas tecnologias que esclarecem as causas e os mecanismos das doenças mentais, como a genética molecular e a biologia molecular, que estão sendo usadas para mapear o genoma e identificar a base genética de diferentes doenças mentais. A idéia é reduzir o estigma associado às doenças mentais, colocando-as no patamar de outras doenças crônicas, como o diabetes. Com os avanços recentes, o desafio, principalmente no gênero feminino, é jamais perder a face humana da psiquiatria, um risco quando ocorrem extremismos ou reducionismos científicos.

Para Silva e Bottin (2005), todos os transtornos psiquiátricos puerperais são também alterações de humor e, assim, podem refletir no quadro clínico uma amplitude de sintomas que em sua maioria, não são tão específicos daquela fase. A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sintomas e o desenvolvimento dos mesmos, considerando o início no primeiro ano após o parto. A seguir será apresentado quadro diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais, (Quadro 6). A Depressão Pós-Parto (DPP) é também uma síndrome psiquiátrica importante e que acarreta uma série de conseqüências assim como a depressão em outras fases da vida da mulher. A maioria destes resultados repercute na interação mãe/filho e praticamente de forma negativa, na maioria das vezes. Além disso, promovem desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal, de forma semelhante aos demais transtornos puerperais.

Nenhuma alusão é feita a este respeito na CSC. Esclarecimentos devem constar da mesma:

“Mãe, se você chora sem motivo, anda triste, sem vontade de se alimentar, ansiosa em relação ao bebê, angustiada, com insônia e/ou pesadelos, ou confusa mentalmente, procure um médico especialista ou psicólogo”.

Este assunto foi abordado durante a entrevista por algumas psicólogas: [P: *dinâmica familiar, distúrbios mentais... depressão... doenças da gestação... pouca informação psicológica... pólo de atendimento psicológico à gestante*].

	TRISTEZA PUERPERAL	DEPRESSÃO PUERPERAL	PSICOSE PUERPERAL
CONCEITO	Distúrbio psíquico leve e transitório	Transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso	Distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves
PREVALÊNCIA	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
MANIFESTAÇÃO	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
SINTOMAS	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelo, idéias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólica ou até mesmo catatônicas.
CURSO E PROGNÓSTICO	Remissão espontânea de uma semana a dez dias	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado diagnóstico precoce e intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e intervenções no quadro
TRATAMENTO	Psicoterapia enfatizando a educação e o equilíbrio emocional da puérpera	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia (casos especiais)	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internação (casos especiais)

Quadro 6- Diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais.

Fonte: Silva e Bottin (2005).

4.7.5 Psicologia infantil

A psicologia, segundo Guedes-Pinto (2006); Bönecker e Rodrigues (2009), permite abordagem da criança, de modo adequado a cada faixa etária, e possibilita promoção à saúde

integral e desenvolvimento de vínculo positivo da criança. Para Lopes e Campos Junior (2008) estabelecer empatia com os pais e a criança é pré-requisito para a obtenção de informações detalhadas, que são essenciais para compreender as questões de comportamento ou desenvolvimento. A empatia pode ser estabelecida rapidamente, de modo geral, se os pais sentirem que o clínico os respeita e está genuinamente interessado em ouvir suas preocupações.

O clínico desenvolve empatia com a criança, envolvendo-a em conversação, jogos e brincadeiras apropriadas para seu desenvolvimento, oferecendo brinquedos enquanto entrevista os pais, sendo sensível ao medo que ela possa estar sentindo. É muito freqüente que a criança seja ignorada até a hora do exame físico. Da mesma forma que seus pais, as crianças se sentem mais à vontade se forem cumprimentadas pelo nome e envolvidas em interações agradáveis antes de serem questionadas com perguntas detalhistas ou ameaçadas com exames.

Os registros de vacinações devem ser verificados em cada consulta médica, independentemente da queixa, e vacinas recomendadas devem ser administradas. Macedo (2008) questiona: o que significa criança? Como pensá-la, segundo o nosso modo atual de representação, em suas duas expressões mais importantes de nossa cultura: filho e aluno? Em casa, as crianças são filhas de seus pais biológicos, adotivos ou daqueles que cuidam delas, responsáveis por sua socialização. Na escola, as crianças são alunas de professor ou de professores responsáveis por seu ensino. A casa é o lar dos filhos, a escola é o lar dos alunos, a vida, o lar das crianças. E vida, em nossa cultura, inclui casa e escola.

Nas entrevistas com as psicólogas, as mesmas orientaram para a importância do tema: [P: *escolaridade... comportamento... socialização... disciplina... irmão... pai... colocar a idade aproximada da criança e não fixar cronologicamente, em relação ao desenvolvimento... mais informações sobre o desenvolvimento emocional da criança*].

“Pais, solicitem ao profissional de saúde que anote os registros das consultas de seu filho(a) na Caderneta de Saúde da Criança. Quando levá-lo para vacinar, observe se o “calendário de vacinas” foi preenchido.”

Estes esclarecimentos na CSC alertam aos pais para a cobrança de um direito da criança ao ser atendida, facilitando aos outros profissionais de saúde o acompanhamento do desenvolvimento da criança, em relação à sua saúde.

4.7.6 Psicologia/crianças especiais

4.7.6.1 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Segundo Teixeira (2006), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) está presente em torno de 5% das crianças em idade escolar; o diagnóstico é essencialmente clínico, e o tratamento, com abordagem multidisciplinar, medicamentoso e intervenções psicossociais e psicoterápicas. Guerra (2006) relata que aquilo que os professores e os médicos diagnosticam ao TDAH é um transtorno de conduta caracterizado por hiperatividade motora constante e desordenada, e falta de atenção com comportamentos de impulsividade. Não é mais do que energia mal dirigida, revelando distração e, portanto, pouca capacidade de prestar atenção. Esses sintomas começam a aparecer mais evidentes quando a criança vai para a escola e, portanto, são associados as dificuldades na aprendizagem escolar e a problemas de adaptação àquilo que a escola exige: um comportamento disciplinado, quase imóvel, em que a criança deve estar calada, sentada, sossegada, ordenada, só falar quando é interrogada ou se é solicitada, cumprindo regras e obedecendo a autoridade do professor.

4.7.6.2- Autismo

Segundo Bosa e Callias (2007) tem havido uma expansão considerável de pesquisas sobre os aspectos sociais e cognitivos na área do autismo. Entretanto, uma interpretação única e final do conhecimento acumulado ao longo dos anos permanece impossível por várias razões. Primeiro, os diferentes achados ainda não cobrem toda a extensão de diferenças individuais ao longo do espectro, embora tenham contribuído para desmistificar, em parte, a idéia caricaturizada de indivíduo com autismo. São necessários mais estudos que investiguem não somente as deficiências, mas também as competências sociais destes indivíduos. Pensa-se que o conhecimento acerca dessas diferenças possa ter implicações para a identificação precoce da síndrome, visto que as crianças autistas mais 'competentes' são as que mais demoram a receber tal diagnóstico. Segundo, a questão do diagnóstico diferencial ainda se apresenta controverso. Finalmente, esse campo tem sido dominado pela polêmica em torno de prioridades causais (afetivas, cognitivas, biológicas) na determinação da síndrome. Ainda que a interação desses diferentes processos tenha sido proposta e reconhecida em termos teóricos, a sua operacionalização ainda constitui grande desafio aos futuros estudos. Esforços devem ser concentrados na desafiadora tarefa de integrar achados das diferentes áreas a fim de

compreender os mecanismos através dos quais diferentes facetas do comportamento se combinam para formar o intrigante perfil que caracteriza o autismo.

4.7.6.3 Síndrome de Down

A síndrome de Down é um evento genético natural e universal, estando presente em todas as raças e classes sociais. Não é uma doença e, portanto, as pessoas com síndrome de Down não são doentes. Não é correto dizer que uma pessoa sofre de, é vítima de, padece ou é acometida por síndrome de Down. O correto seria dizer que a pessoa tem ou nasceu com síndrome de Down. A síndrome de Down também não é contagiosa, segundo considerações do Portal da Educação, (2009).

Nenhum esclarecimento é apresentado na CSC em relação ao assunto (crianças especiais). Sugerimos que passe a constar da mesma para que, caso seja necessário, a mãe tenha alguma informação.

Alguns profissionais tocaram no assunto durante as entrevistas: [F: *doenças hereditárias*. P: *distúrbios mentais... Apgar*].

4.7.7 Violência Infantil

Segundo informações do Boa Saúde (2007) é considerado maltrato infantojuvenil doméstico aquele que acontece dentro de casa, tendo como vítimas crianças e adolescentes, e é geralmente cometido pelo responsável que deveria cuidá-los. Inclui basicamente quatro tipos de situações: dano físico, dano psíquico ou emocional, negligência e/ou abandono e abuso sexual. Cada uma tem formas específicas de manifestação, mas o que é comum a todas elas são os transtornos graves e crônicos no funcionamento familiar, que se transmitem de uma geração para a outra: 20 a 30% das crianças maltratadas se convertem em adultos violentos.

Os maus tratos na infância deixam sequelas no desenvolvimento emocional das vítimas e se tornam praticamente irreversíveis quando o maltrato for crônico, (Figura 37). Entre os antecedentes de jovens e adultos com transtornos graves de personalidade (neuróticos), encontra-se sempre alguma forma de maltrato na infância e adolescência. Segundo especialistas, nas ocorrências de maltrato físico (Figura 38), emocional e negligência, a reabilitação familiar é possível em 70 ou 75% dos casos, sempre que se cumpram os tratamentos indicados.

Nos casos de abuso sexual, a possibilidade de reabilitação é variável, porque, com frequência, torna-se impossível restabelecer a convivência. É muito importante, quando se suspeita ou se confirma o maltrato infantil, avaliar o grau de risco familiar antes que a criança volte para casa. Isto requer tempo e a intervenção de equipe multidisciplinar especializada composta de médicos, psicólogos, assistentes sociais e advogados. Segundo a Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente do governo federal, as denúncias de violência assistem uma curva de crescimento acentuada. Até maio de 2009, o número de ligações anônimas apontando todos os tipos de violência contra menores (maus-tratos, abuso sexual, negligência) foi de 13.945 – um pouco superior ao total de 2006, de 13.830. Em 2010 foram anotadas 32.588 ligações. A média de denúncias de 2010 já é maior que a de toda a série histórica nacional desde maio de 2003, quando o Disque Denúncia Nacional de Proteção contra Abuso e Exploração contra Crianças e Adolescentes foi criado. São 92 denúncias por dia. No ano de 2009, a média diária foi de 89 denúncias.

Figura 37- Reflexos futuros do maltrato infantil.

Figura 38- Marcas insuperáveis do maltrato infantil.

Fonte: Revista Veja, Edição 2166 - ano 43 - nº. 21, (2010).

Segundo Siqueira (2007), a prevenção primária contra a violência doméstica infantil deve ser efetuada, com o objetivo de eliminar ou reduzir os fatores sociais, culturais e ambientais que criam condições mantenedoras desse fenômeno; os agentes da psicologia em

particular devem atuar nas causas da violência doméstica; a prevenção secundária dar-se-á na detecção precoce da criança em risco, isto é, nos casos de crianças que já foram ou estão sendo vitimizadas, em situações já existentes; na prevenção terciária, só nos resta o acompanhamento integral da vítima e de toda família, no sentido de reduzir as conseqüências. É preciso garantir que a violência cesse e para tanto o passo mais importante é a denúncia. Essa notificação deve ser efetuada nas instituições especializadas e estas devem averiguar se são verdadeiras e tomar as medidas cabíveis ao caso.

Estudo de Lima e Farias (2008), realizado no Hospital da Criança Santo Antonio, em Boa Vista-RR, mostrou que os diversos profissionais multidisciplinares que atendem as crianças hospitalizadas praticavam violência durante os atendimentos, cujos resultados podem ser observados no (Quadro 7).

Quadro 7- Distribuição dos profissionais de saúde, segundo os tipos de violências identificados.
HCSA – BOA VISTA/RR, 2006.
Fonte: Lima e Farias (2008).

Reportagem do jornal Zero Hora.com (2010) esclarece que foram condenados os réus (Nardoni) que usaram de meio cruel (esganaram a criança) para cometer o crime, impedindo a defesa da vítima. Além disso, a pena foi aumentada porque a vítima era criança e porque Nardoni matou sua própria filha de cinco anos. Reportagem na Folha da Região, de 22 de Março de 2009, mostra a violência cometida pela Guarda Municipal de Jundiá-SP, que retiraram a força dos braços da mãe uma criança de 1 ano e 2 meses, e levada ao abrigo. Segundo psicóloga do local, poderia ser feito de uma maneira menos traumática para a criança e a mãe.

Este esclarecimento deve constar na CSC:

“Não utilize de violência contra seu filho(a), isso poderá acarretar problemas psicológicos e psiquiátricos, traumatizá-lo.”

4.7.7.1 *Bullying*

Fante (2007) relata que as conseqüências para as “vítimas” do fenômeno *bullying* são graves e abrangentes, promovendo no âmbito escolar desinteresse pela escola, déficit de concentração e aprendizagem, queda do rendimento, absentismo e evasão escolar. No âmbito da saúde física e emocional, baixa na resistência imunológica e na auto-estima, stress, sintomas psicossomáticos, transtornos psicológicos, depressão e suicídio. Para os “agressores”, ocorre distanciamento e falta de adaptação aos objetivos escolares, supervalorização da violência como forma de obtenção de poder, desenvolvimento de habilidades para futuras condutas delituosas, além da projeção de condutas violentas na vida adulta. Para os “espectadores”, que é a maioria dos alunos, estes podem sentir insegurança, ansiedade, medo e estresse, comprometendo seu processo socioeducacional.

Segundo reportagem do Jornal O Globo (11/05/2011), a Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro determinou que a Coordenadoria Regional de Educação (CRE) verifique uma denúncia de *bullying* contra um menino de 13 anos, que teria tentado o suicídio depois de ser agredido por colegas dentro da sala de aula, na Escola Municipal Rondon, em Realengo. O caso ocorreu no mesmo bairro da Tasso da Silveira, instituição onde 12 estudantes foram assassinados pelo atirador Wellington Menezes de Oliveira. A vítima desta vez estaria sendo alvo de deboche há meses e, depois de ser agredido, saiu mais cedo do colégio, foi para a casa e tomou vários remédios controlados usados pela avó. O garoto teve parada cardíaca e está internado num hospital particular na Zona Oeste. Segundo a secretaria, se a CRE apurar que o aluno foi vítima de *bullying* no interior da unidade escolar, será aberta sindicância para apurar os fatos.

Este esclarecimento deve constar na CSC:

“Pais, observem se seu filho(a) mudou de comportamento em relação à escola. Se ele falta as aulas e tem desinteresse pelo estudo, conversem com ele. Se necessário, levem-no a uma consulta com o psicólogo.”

4.7.7.2 Abuso sexual

Reportagem do Jornal do Brasil (2009) mostra que a questão do abuso sexual também preocupa, a ponto de o Ministério Público do Estado do Rio ter iniciado um Congresso Internacional sobre Combate à Pedofilia e à Pornografia Infantil, em parceria com a Embaixada dos Estados Unidos. O propósito é ampliar a colaboração dos dois países no tratamento do tema, principalmente na exploração da internet para esse tipo de crime. Segundo números da ONG SaferNet do Ministério da Justiça, a quantidade de denúncias de crimes cibernéticos relacionados à pornografia infantil quadruplicou desde 2006. Atualmente, o Disque 100, do Ministério da Justiça, recebe cerca de 100 denúncias por dia sobre páginas na internet que trazem pornografia infantil. Desse número, 5% são confirmadas como novas páginas. Esse tipo de crime é cometido 90% das vezes por homens, em todas as classes sociais. O presidente e diretor de projetos da SaferNet, Thiago Tavares Nunes de Oliveira, informou que a ONG recebe cerca de 2.500 denúncias diárias de crimes na internet. Uma filtragem nota que há um total de 300 novas páginas, das quais 63% são efetivamente dedicadas à pornografia infantil. Os dados da SaferNet são repassados à Polícia Federal e ao Ministério Público.

4.7.8 Drogas

Estudo de Teixeira (2006) realizado na Escola Paulista de Medicina, em 1997, entre estudantes do ensino fundamental e médio das escolas públicas de dez capitais brasileiras, mostrou que o uso da maconha aumentou de 2,8% em 1987 para 7,6% em 1997. O consumo de cocaína registrou um aumento de quatro vezes, de 0,5 para 2%. O álcool prevaleceu em 65% alguma vez na vida e nos últimos 30 dias em 18,6%. Para o tabaco foi de 30,7% e seu uso freqüente de 6,4%. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, avaliando mais de três mil alunos do ensino médio, e ainda relata que a depressão infantil tende a ocorrer quatro a cinco anos antes do início do uso do álcool. A terapia cognitiva-comportamental é considerada a terapia de escolha para o tratamento de episódios depressivos em crianças.

Este esclarecimento deve constar na CSC:

“Pais, observem seu filho(a). Se ele mudar de comportamento, tornar-se agressivo, desconfiem que ele esteja usando álcool ou droga, procurem um serviço especializado”.

4.7.9 Trabalho infantil

Segundo Watfe (2007), no âmbito da legislação interna, o Brasil possui uma vasta coleção e serve de exemplo para muitos países. As principais normas referentes à proteção do menor são encontradas na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), nº 8742, promulgada em 7 de dezembro de 1993. Na Constituição Federal, a proteção ao menor aparece no artigo 7º, XXXIII, quando proíbe o trabalho noturno, perigoso ou insalubre ao menor de 18 anos e de qualquer trabalho a menor de 16 anos, salvo se aprendiz a partir de 14 anos. Destaca-se, ainda, o artigo 227 da carta Magna, que define: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Na Consolidação das Leis Trabalhistas, a proteção vem disciplinada nos artigos 402 a 441, que tratam do menor empregado, e inclusive esclarece sobre o Contrato de Aprendizagem. O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8069, de 1990) dispõe sobre o direito de profissionalização e de proteção no trabalho. A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), promulgada em 7 de dezembro de 1993 (Lei nº 8.742), que regulamenta os artigos 203 e 204 da Constituição, estabelece o sistema de proteção social para os grupos mais vulneráveis da população, por meio de benefícios, serviços, programas e projetos. Em seu art. 2º, estabelece que a assistência social tenha por objetivos dentre outros: “I) a proteção à família, infância e adolescência; II) o amparo às crianças e adolescentes carentes”.

Segundo Kliksberg (2010), na América Latina continua uma advertência da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância): “A maioria dos pobres é criança, e a maioria das crianças é pobre”. A crise atual afetou especialmente os pequenos. Em 2009, o número de pobres aumentou em nove milhões e a incidência entre as crianças foi maior que a média. Do mesmo modo, estima-se que o trabalho infantil de menores de 14 anos tenha aumentado em 11%. No futuro, nossas sociedades serão julgadas pela maneira como tratam suas crianças.

Deve estar explícito na CSC:

“Lugar de criança não é no trabalho, é na escola.” (trabalho entre 14 e 16 anos: “só como aprendiz”).

4.7.10 Terapia com auxílio de animais

Almeida (2010) esclarece que a terapia assistida por animais é orientada essencialmente por profissionais da área da saúde sendo que, o objetivo primordial da TAA consiste na promoção da melhoria de aspectos gerais de foro social, cognitivo, motivacional e até emocional. Procura-se com esta intervenção oferecer ainda estímulos diversos ao paciente (tácteis, visuais, olfativos, auditivos...); trabalhar a questão das regras e limites (para hiperativos, por exemplo); trabalhar questões de higiene pessoal; promover a auto-estima e autoconfiança; trabalhar a motricidade fina e grossa; trabalhar questões relacionadas com motivação, concentração e atenção; promover a socialização, entre outros benefícios que desta poderão advir.

4.8 **A multidisciplinalidade**

Segundo Guedes-Pinto (2006), o ideal é que ocorra interação de conhecimentos de áreas de saúde multidisciplinares, facilitando o entrosamento necessário ao trabalho em equipe. Segundo as mães, elas já levaram seu filho aos seguintes profissionais de saúde [20MP; 07CD; 06F; 06P]. Devido à média de idade das crianças, consideramos que as 20 já deveriam ter ido também ao dentista. O odontopediatra e o médico pediatra são aqueles que mais cedo entram em contato com a criança em seu desenvolvimento; cabe-lhes também a função de observadores dos padrões normais de desenvolvimento em todos os seus aspectos. Considerações de Oliveira (2007) mostram que o modelo científico que se baseia na multidisciplinaridade é importante porque propicia a sistematização e a delimitação do objeto de estudo, e em contrapartida provoca uma tendência à rigidez nos limites entre as diversas disciplinas; com isso, a ilusão do saber completo a partir dessa visão fragmentada e incompleta da realidade. Esse modelo implica em especialização e sub-especialização e, dessa forma, uma tendência cada vez maior de fragmentação do conhecimento sobre o objeto de estudo e uma subdivisão progressiva das tarefas de trabalho.

Entretanto, o processo saúde/doença envolve muitos fatores distintos e muitas dimensões do indivíduo em questão e não pode ser estudada de forma reducionista, valorizando-se a causalidade única. Atualmente, a interdisciplinaridade no campo da saúde é uma necessidade. Entretanto, constitui também um desafio, pois as relações entre os profissionais da saúde requerem uma compreensão maior sobre os processos de formação de vínculos afetivos e laços sociais, além de propiciar a troca entre eles através da convivência e

do diálogo interdisciplinar. Assim, o aprendizado vai sendo incorporado ao exercício profissional, e dessa forma pode ocorrer uma mudança de referencial teórico-prático de cada categoria profissional. Para que ocorra a interdisciplinaridade em saúde, faz-se necessário uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais da saúde, buscando uma compreensão mais ampla da pessoa humana, tanto a que se propõe a cuidar da saúde de outrem, como a pessoa que adoece; colocando os sujeitos em interação com outros sujeitos, preocupados todos com o que pode significar conhecer objetos, pessoas e coisas.

Um dos temas que sobressai desta reflexão é a questão da validação científica. O princípio de hierarquia entre as ciências é substituído pelo princípio da cooperação, possibilitando a transitividade interna na discussão dos conceitos e linguagens. Porém, entre os riscos da prática da interdisciplinaridade o principal é ela não existir de fato. Muitas vezes, o relacionamento dos diversos profissionais da saúde fica apenas na multidisciplinaridade, o que denota os sintomas da fragmentação do conhecimento do ser humano em detrimento da assistência integral à saúde e priorizando a divisão técnica do trabalho.

Para Guerra (2006), as novas crianças que têm chegado ao nosso planeta, cada vez em maior número, são particularmente sensíveis, extremamente intuitivas, algumas apresentam capacidades paranormais, e uma nova designação tem surgido para definir essas crianças (INDIGO), pois já lhes chamam de as “crianças da nova era”, “crianças estrela”, “crianças do novo milênio”, “crianças da luz”. Gonçalves e Oliveira (2009) relatam que não é fácil produzir mudança de modelos de atenção à saúde com práticas hegemônicas consolidadas e legitimadas pela sociedade. Nesta história, somos todos aprendizes, temos que empreender essa caminhada, todos juntos: academia, serviços, trabalhadores da saúde e sociedade civil. Teremos que conviver, por muito tempo ainda, com atenção dialética entre o velho e o novo, entre o instituído e o instituinte, com construção e desconstrução, com avanços e retrocessos, com um passo no futuro e o retorno ao passado.

De um modo geral percebemos a carência e dificuldade em todas as áreas, Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia e Psicologia, quando se trata de locais de difícil acesso e profissionais especialistas, pediatras, odontopediatras etc. As narrativas das experiências dos usuários permitem identificar os múltiplos aspectos implicados na qualidade da atenção recebida, que devem ser levados em conta na implementação de políticas e programas que se relacionam com a promoção da saúde, com a efetividade e a melhoria estrutural da rede de serviço de saúde. A discussão aponta ainda para a necessidade do desenvolvimento de atitudes e ações que possibilitem construir a integralidade da atenção e do cuidado nas linhas

estudadas, evidenciando o papel da humanização da assistência, além dos aspectos econômicos e arranjos técnico-assistenciais presentes na atenção à saúde.

Quando perguntamos às profissionais multidisciplinares se a CSC era importante para os outros profissionais de saúde [03MP; 03CD; 05F; 05P] responderam que sim; [02MP; 02CD] não.

Interessante neste estudo, que apesar dos profissionais multidisciplinares terem sido escolhidos aleatoriamente, 100% deles são do gênero feminino, o que nos parece apontar para o fato de que nas especialidades de atendimento à criança, as mulheres são mais dedicadas, e maioria absoluta.

O (Anexo G) relaciona as revistas científicas e os artigos científicos publicados nas mesmas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos critérios de inclusão adotados no presente estudo terem representado uma pequena amostra da população brasileira infantil (0 a 42 meses), acreditamos que o processo de aleatorização dos entrevistados reflita a realidade dos profissionais e da população atendida no SUS. A possibilidade de viés de informação e memória foi reduzida pelo fato da principal informante ter sido a mãe e as crianças terem menos de 42 meses.

A baixa escolaridade materna é frequentemente associada a riscos para a saúde da criança. Este estudo mostrou que as mães menos instruídas têm maior dificuldade em assumir seu papel em relação à CSC. Isso indica que é necessária a rediscussão da organização da assistência nas equipes de saúde, de modo a valorizar a CSC como instrumento de vigilância da saúde da criança, especialmente nos grupos de maior vulnerabilidade social.

Para se obter resultados efetivos, a educação em saúde não deve ser pontual e sim fazer parte da programação ao longo da gravidez e todo o período de desenvolvimento infantil, orientando os pais para importância de levar a CSC na consulta, para que a mesma possa ser preenchida e cumpra seu papel educativo na promoção da saúde infantil.

Orientações odontológicas, fonoaudiológicas e psicológicas devem ser ampliadas na CSC com vistas a atender melhor os profissionais, uma vez que o tratamento requer uma integração entre diversas áreas do conhecimento, facilitando o entendimento dos pais e aplicações de ações.

Sugerimos uma formação mais efetiva dos profissionais de saúde para que os mesmos saibam lidar com pais e crianças com histórico de privação material e emocional, fortalecendo o SUS como espaço de proteção para seus usuários. Todavia, novos estudos, incluindo crianças de outras faixas etárias e aquelas assistidas pela rede privada de saúde, são necessários para melhor compreensão sobre entraves para o uso adequado da CSC nas áreas multidisciplinares de saúde.

Sugerimos que o Ministério da Saúde realize modificações na formatação e conteúdo da CSC, desenvolvendo novos referenciais e instrumentos úteis para a atenção à saúde atualmente, para que a mesma possa ser valorizada pelos profissionais de saúde e pelos pais.

Esperamos que os resultados deste estudo subsidiem profissionais que trabalham com crianças, para que reconheçam a necessidade de valorizar a informação e educação em saúde, e que instâncias governamentais utilizem desses dados (críticas e sugestões), e os incorporem à CSC, aperfeiçoando nossa realidade de atendimento no SUS.

REFERÊNCIAS

A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA. Revista Diálogo, Rio de Janeiro, ano V, n. 17, p: 9, 2009.

ABRAMOVICI, S.; WAKSMAN, R.D. *Pediatria diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

AJUZ, T. M. *Responsabilidade social*. Revista do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro – CRO-RJ. Ano XX n. 12, p: 8 dez de 2003.

ALENCAR, E. *Registros do Conselho Federal de Psicologia (2007)*. Disponível em <<http://www.crp.org.br>> Acesso em 11 de março de 2010.

ALMEIDA, M. S. R. *Terapia assistida por animais a autistas de 3 a 8 anos (2010)*. Disponível em <<http://www.instituinclusão.com.br>> Acesso em 03 de março de 2010.

ÁLVARES, A. *Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ALVES, C.R.L.; LASMAR, L.M.L.B.F.; GOULART, L.M.H.F.; ALVIM, C.G.; MACIEL, G.V.R.; VIANA, M.R.A.; COLOSIMO, E.A.; CARMO, G.A.A.; COSTA, J.G.D.; MAGALHÃES, M.E.N.; MENDONÇA, M.L.; BEIRÃO, M.M.V.; MOULIN, Z.S. *Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p: 583-595, mar, 2009.

ANDRADE, E.D. *Terapia medicamentosa em odontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2006.

BARACAT, E.C.E.; ABRAMOVICI, S. *Emergências pediátricas*. São Paulo: Atheneu, 2005.

BARBIERO, E.F.; VANDERLEI, L.C.M.; NASCIMENTO, P.C.; COSTA, M.M.; SCALABRINI, NETO A. *Influência do biofeedback respiratório associado ao padrão quiet breathing sobre a função pulmonar e hábitos de respiradores bucais funcionais*. Revista Brasileira de Fisioterapia. v.11, n.5, p.2. São Carlos, set./out, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BERECK, J.S. *Tratado de ginecologia*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BOA SAÚDE. *Maltrato infantil: as faces da violência (2007)*. Disponível em <<http://www.boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc>> Acesso em 11 de março de 2010.

BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. *Psicologia: uma introdução ao estudo da psicologia*. 13ª ed, São Paulo: Saraiva, 2002.

BÖNECKER, M.J.S.; RODRIGUES, C.R.M. *Psicologia odontopediátrica*. São Paulo: Santos, 2009.

BOSA, C.; CALLIAS M.M. *Autismo: breve revisão de diferentes abordagens*. (Campinas), v.24, n.1, p.115-124, mar 2007.

BRASIL - *Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde*. 2009. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 03 de maio de 2010.

BRASIL - *Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde*. 2009. Disponível em <http://www.materiasespeciais.com.br/saude/caderneta_crianca.doc> Acesso em 03 de março de 2010.

BRASIL - *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/.../constituicao/constituicao.htm>> Acesso em 08 de junho de 2010.

BRASIL - Ministério da Justiça. *Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências (2010)*. Disponível em <www.planalto.gov.br> Acesso em 03 de março de 2010.

BRASIL - Ministério da Justiça. *Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes (2010)*. Disponível em <www.planalto.gov.br> Acesso em 03 de março de 2010.

BRASIL - Ministério da Justiça. *Lei 8.142 de 12 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a organização e custeio da seguridade social e altera a legislação de benefícios da Previdência Social (2010)*. Disponível em <<http://www.dataprev.gov.br>> Acesso em 03 de março de 2010.

BRASIL - Ministério da Justiça. *Lei 12.303, de 02 de Agosto de 2010. Torna obrigatório e gratuito o teste auditivo em bebês (2010)*. Disponível em <www.globo.com> Acesso em 03 de agosto de 2010.

BRASIL - Ministério da Justiça. *Lei Orgânica de Assistência Social, 1993*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm> Acesso em 08 de junho de 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Acesso e qualidade superando exclusão social*. Brasília, DF, de 29 de jul a 1º de ago de 2004/ Ministério da Saúde, p.148, 2005.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Cresce investimento em saúde bucal*. Rev. Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro, Ano XXVII, n. 02, p: 6 fev. 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Estratégia nacional de vacinação contra o vírus influenza pandêmico (H1N1)*. Informe Técnico Operacional, 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde lança Caderneta para Adolescentes* (2009). Disponível em <<http://www.infectologia.org.br//default.Asp?site>> Acesso em 01 de junho de 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Modelo de atividade: educação em saúde*. Serviço Social do Comércio DN/DPD/GEP/SESC, 2009.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Pesquisa aponta aumento de 49% do número de cirurgões dentistas no SUS*. Rev. do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro. Ano XVII, n. 6, p.6, jun. de 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.058 de 04 de Julho de 2005. *Institui a disponibilização gratuita da Caderneta de Saúde da Criança e dá outras providências*. Disponível em <bvms.saude.gov.br> Acesso em março de 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3.147 de 17 de Dezembro de 2009. *Cria a Caderneta de Saúde do Adolescente e estabelece recursos financeiros a serem transferidos para os Fundos Estaduais de Saúde, para a sua implantação*. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101855-3147>> Acesso em 18 de março de 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 569 de 10 de Junho de 2000. *Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/...de.../Portaria_569.pdf> Acesso em 18 de março de 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Saúde libera R\$3,7 milhões para atendimento especializado*. Rev. do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro. Ano XVII, n. 3, p:15, mar de 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. *Saúde da criança: nutrição infantil; aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CABRAL, S.V. *Psicomotricidade relacional prática, clínica e escolar*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

CADASTRO DO CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIÓLOGA (CR^{fa}, 2007). *Registros do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. Disponível em <<http://www.fonoaudiologia.com>> Acesso em 03 de março de 2010.

CAIXETA, M. *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CAMPOS, L.P.C. *As repercussões psicológicas da gravidez do pai*. Rev. Mental. Ano IV, n. 7, p:147-160, nov. de 2006.

CAVALCANTI, E.F.A.; MARTINS, H.S. *Clínica médica: dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento*. Barueri: Manole, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Disponível em <<http://www.cebes.org.br>> Acesso em 03 de março de 2010.

CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A.; ULMI, E.F.; AGNOL, M.M.; NEUMANN, N.A. *Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil*. Caderno de Saúde Pública, v.24, n.11, Rio de Janeiro, Nov, 2008.

CHAVES NETTO, H. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Ateneu, 2005.

CLARK, J. *Como funciona a gravidez masculina (2010)*. Acesso em 10 de março de 2010. Disponível em <<http://saude.hsw.uol.com.br/gravidez-masculina.htm>>

CLÍNICA INFANTIL. *Prontuário de Preenchimento da Clínica Infantil (2007)*. Disponível em <<http://ulbra.br/odonto/clinicainfantail.pdf>> Acesso em 05 de março de 2010.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; MELQUIOR, R. *Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.13, n.3, p:1075-1080, 2008.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA. *O médico veterinário, a estratégia de saúde família e o NASF*. Rev. Conselho Federal de Medicina Veterinária, v.15, n.48, p: 9-11, set, out./nov./dez. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. Cadastro de Fonoaudiólogos (2007). Disponível em <<http://www.fonoaudiologia.org.br>> Acesso em 05 de março de 2010.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO - CLT, 1943. Disponível em <<http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/clk.htm>> Acesso 08 de junho de 2010.

CORDEIRO, M. *O grande livro do bebê*. Lisboa: Esfera dos Livros, 2006.

COSTA, E. M. A. *Saúde da família - uma abordagem multidisciplinar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

CRIVELLO JÚNIOR, O. *Fundamentos de odontologia*. São Paulo: Santos, 2009.

CRUZ, A.S. *Síndrome da morte súbita do lactente*. Disponível em <<http://www.spp.org.br/sindrome.htm>> Acesso em 10 de março de 2010.

DIÁRIO CATARINENSE. *Amazonas confirma segunda morte de grávida por gripe suína esse ano (2010)*. Disponível em <<http://www.clicrbs.com.br/diariocatarinense>> Acesso em 25 de março de 2010.

DIÁRIO DO PARÁ. *Médicos brigam e bebê morre durante o parto, sexta-feira, 26/02/2010*. Disponível em <<http://www.diariodopara.com.br>> Acesso em 27 de fevereiro de 2010.

DUQUE, C. *Psicologia da gravidez e da maternidade/paternidade (2008)*. Disponível em <<http://www.celeste.duque@gmail.com>> Acesso em 10 de março de 2010.

ELIAS, R. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

FANTE, C.A.Z. *O fenômeno Bulling e suas consequências psicológicas (2007)*. Disponível em <<http://logia.org.br/internacional/PSC>> Acesso em 11 de março de 2010.

FEBRASGO. *Tratado de obstetrícia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

FERREIRA, J.M.S.; MASSONI, A. C. L. T.; FORTE, F.D.S.; SAMPAIO, S.C. *Conhecimentos de alunos concluintes de pedagogia sobre saúde bucal*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p:391-8, mar/ago 2005.

FIGUEIREDO, R.R. *Corpo estranho de cavum como complicação de tentativa de risco com sonda de Foley (2003)*. Disponível em <http://www.otosul.com.br/remoção_foley.htm> Acesso em 10 de março de 2010.

FOLHA DA REGIÃO. *Tirada à força da mãe cigana, criança chora muito em abrigo, diz psicóloga (2010)*. Disponível em <<http://www.folhadaregiao.com.br>> Acesso em 21 de março de 2009.

FOLHA DE BOA VISTA. *Falta caderneta de vacina em Roraima (2010)*. Disponível em <<http://www.folhabv.com.br/noticia.php?id=68275>> Acesso em 26 de julho de 2010.

FONSECA, V. *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M.; SAIDEL, M.G.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. *Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica*. Cad. de Saúde Pública, v. 27, n. 2, Rio de Janeiro, fev 2011.

FREITAS, A.; ROSA, J.E.; SOUZA, I.A. *Radiologia odontológica*. 6ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

FREITAS, F.; MENKE, CH.; WALDEMAR, R. *Rotinas em ginecologia*. 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2001.

GALATRO, E.P.; FONSECA, R.M.G.S. *A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde*. Rev. da Escola de Enfermagem, USP, p:41-3, 2007.

GONÇALVES, E.M.B.; OLIVEIRA, A.E. *O processo de trabalho do cirurgião dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS*. Rev Bras de Pesquisa em Saúde, v.11, n.3, p:44-51, jul/set 2009.

GOULART, L M.H. F.; ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A.; MOULIN, Z.S.; GUILHERME AUGUSTO, A.C.; COSTA, J.G.D.; ALMEIDA, J.S.C.B. *Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido*. Rev. Paulista de Pediatria. v.26, n.2, p:106-12. 2008.

GUEDES-PINTO, A.C.; BÖNECKER, M.; RODRIGUES, C.R.M.D. *Odontopediatria*, São Paulo: Santos, 2009.

GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. 7ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

GUERRA, T. *Crianças indigos: uma nova geração de ponte com outras dimensões... no planeta índigo da nova era*. 2ª ed. São Paulo: Madras, 2006.

HONDA, V. *Saúde Bucal durante a gravidez*. Disponível em <http://www.hplco.com/dravanna/Saúde_Bucal_durante_a_Gravidez.html> Acesso em 04 de janeiro de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE AVALIAÇÕES E PERÍCIAS DE ENGENHARIA DE SÃO PAULO - IBAPE/SP. *Norma de procedimento de esofagoscopia*. Disponível em <<http://www.ibape.sp.org.br>> Acesso em 22 de março de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE *Censo 2007*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/.../noticia_visualiza.php?id....> Acesso em 22 de março de 2010.

IPARAÍBA. *Mais de 9 mil testes de orelhinha foram feitos em 2009, em bebês de Campinas (2009)*. Disponível em <<http://www.Iparaiba.com.br/noticias>> Acesso em 11 de março de 2010.

JORGE, L. C.; RAGGIO, D. P. *Odontologia x gestação*. Jornal do site odonto, ano VI, n.87, Junho de 2004. Disponível em <<http://www.jornaldosite.com.br>> Acesso em 05 de março de 2010.

JORNAL DA PESTALOZZI. *A brincadeira que não tem graça (2009)*. Disponível em <<http://www.educacional.com.br/reportagens/bullying/>> Acesso em 11 de março de 2010.

JORNAL DA TARDE. *Programa DST/AIDS recomenda exame pré-natal para homens (2008)*. Disponível em <<http://www.infectologia.org.br/default>> Acesso em 8 de fevereiro de 2010.

JORNAL DO BRASIL. (23/06/2009). *Denúncia recorde de violência infantil*. Disponível em <<http://www.infectologia.org.br/default>> Acesso em 11 de março de 2010.

JORNAL O GLOBO (11/05/2011). *Menino de 13 anos tenta suicídio após ser vítima de bullying em colégio (2011)*. Disponível em <<http://oglobo.globo.com/rio/mat/2011/05/10/menino-de-13-anos-tenta-suicidio-apos-ser-vitima-de-bullying-em-colegio-924430831>> Acesso em 11 de maio de 2011.

JORNAL O GLOBO (02/08/2010). *Projeto de Lei sobre triagem auditiva neonatal*. Disponível em <<http://www.oglobo.com.br>> Acesso em 11 de janeiro de 2011.

KAPLAN, H.I.; SADOCH, B.; GREBB, J. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2006.

KINNEY, H.C. *Serotonina pode ter relação com síndrome da morte súbita (2010)*. Disponível em <http://www.otosul.com.br/remoção_foley.htm> Acesso em 10 março 2010.

KLIKSBERG, B. *Prioridade às crianças*. Rev Linha Direta, ed 146, ano 13, p:50, 2010.

LAKATOS, C.M.; MARZONI, M.A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1985.

LAMARE, T. *Governo lança Caderneta de Saúde do Adolescente (2008)*. Disponível em <<http://www.tudoagora.com.br/noticia/10136/...>> Acesso em 01 de junho de 2010.

LARA, M.O.; ARAUJO, G.H. *Determinantes sociais, culturais e educacionais sobre uma forma de dieta entre escolares de 10 anos de idade (2010)*. Disponível em <www.supercongresso.com.br/op2/painel.php?n=7&PHPSESSID=...> Acesso em 20 de julho de 2010.

LEÃO, E.; CORRÊA, E.J.; VIANA, M.B.; MOTA, J.A.C. *Pediatria ambulatorial*. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

LIMA, P.D.; FARIAS, G.M. *Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; 10(3); 643-5. Disponível em <www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a10.htm> Acesso em 26 de julho de 2010.

LINCX, 2010. *Manobra de Heimlich*. Disponível em <www.lincx.com.br/lincx/saude_a_z/emergencias...> Acesso em 06 de julho de 2010.

LOPEZ, F.A.; CAMPOS JUNIOR, D. *Tratado de pediatria*. São Paulo: Manole, 2008.

MACEDO, L. *Psicologia do desenvolvimento e educação infantil*. Rev. Ciência e Pediatria. Porto Alegre, n.43, p:41-56, jan/jun, 2008.

MALDONADO, J.E. *Construindo famílias saudáveis*. Rev. do Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos – XV Congresso Nacional, Ano XX, n.41, p:30, 2007.

MANDARINO, N.R.; CHEIN, M.B.C.; MONTEIRO JÚNIOR, F.C.; BRITO, L.M.O.; LAMY, Z.C.; NINA, V.J.S.; MOCHEL, E.G.; FIGUEIREDO NETO, J.A. *Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luiz, Maranhão, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, v.27, n.7, Rio de Janeiro, Jul 2009.

MARCONDES, E.; COSTA VAZ, F.A.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. *Pediatria geral e neonatal*. 9ªed. São Paulo: Sarvier. 2003.

MARTINELLI, P.J.L.; SILVA, M. V. *Promoção em Saúde Bucal para gestantes: revisão de literatura*. Rev. Clínico-Odontológica e Científica do Recife, v.8, n.3, p:219-224, jul./set., 2009.

MATTOS, P.; LINCONLN, C.L. *A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise*. Rev Administração Pública, v.34, n.4, p:823-847, jul./ago. 2005.

MEDEIROS, L. *Os pequeninos*. Rev Soma, Ano V, n. 11, p: 4-32, Rio de Janeiro, 2009.

MILORO, M.; GHALI, G.E.; LARSEN, P. E.; WAITE, P.D. *Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson*. 2ª ed. v.1, São Paulo: Santos, 2009.

- MINAYO, M.C.D.S. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz 2005.
- MINAYO, M.C.D.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MONTEIRO, D.L.M.; TRAJANO, A.J.B.; BASTOS, A.C. *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.
- MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 11ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- NELSON, W.E. *Princípios de pediatria*. 5ª ed. São Paulo: Elsevier, 2006.
- NEVES, D.C.; AGUIAR, A.M.A.; ANDRADE, I.S.N. *O conhecimento de gestantes adolescentes sobre fonoaudiologia relacionada à saúde materno infantil*. Rev. Brasileira em Promoção da Saúde, v. 20, n.4, p:207-212, 2007.
- NOTÍCIAS. *Piauí investiga morte de quatro crianças por suspeita de nova gripe (2010)*. Disponível em <<http://globo.com/sites/especiais/noticias>> Acesso em 25 de março de 2010.
- OLIVEIRA, C.B.; FRECHIANI, J.M.; SILVA, F.M.; MACIEL, E.L.N. *A educação em saúde no cuidado de crianças e adolescentes no município de Vitória ES*. Monografia (Graduação em enfermagem)-Departamento de Enfermagem UFES, Vitória, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde - OMS, 2007*. Disponível em <<http://nutrição.Saúde.Gov.Br/Sisvan>> Acesso em 10 de março de 2010.
- PASTORAL DA CRIANÇA. *Para que todas as crianças tenham vida (2010)*. Disponível em <<http://pci.org.br/campanha>> Acesso em 11 de março de 2010.
- PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – PDVISA/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007.
- PORTAL DA EDUCAÇÃO. *Síndrome de Down (2009)*. Disponível em <www.portaleducacao.com.br/biologia/artigos/7714/sindrome-de-down> Acesso em 30 de junho de 2010.
- PORTO, C.C. *Semiologia médica*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- PREUSCHOFF, G. *Criando meninas*. São Paulo: Fundamento, 2006.
- RENNÓ JÚNIOR, J. *Ventos femininos*, São Paulo: Ediouro, 2008.
- RIBEIRO, P. *Enfermagem em pediatria (2010)*. Disponível em <<http://www.sbp.com.br>> Acesso em 16 de maio de 2010.
- SANTOS, I.S.; SILVA, L.B.B.; LOTUFO, P.A.; BENSEÑOR, I.M. *Clínica médica: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Sarvier, 2008.

SANTOS, J.A. *O uso da cadeirinha para crianças em veículos e a Resolução 277/CONTRAN. Uma análise prática (2010)*. Disponível em <eptv.globo.com/noticias_interna> Acesso em 01 de julho de 2010.

SANTOS, P.A.; FERREIRA, J.A.; GARCIA, P.P.N.S. *Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores do ensino fundamental*. Rev. Ciência Odontologia Brasileira. v.6, n.1, p:67-74, 2003.

SCHERMANN, L.; ALFAIA, C. *Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco*. Rev. Estudos de Psicologia (Natal), v.10, n.2, mai./ago. 2005.

SEGER, L. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integrada*. 4ª ed, São Paulo: Santos, 2009.

SERGIO, J. X.; LEON, P. *Mortalidade infantil por diarreia reflete desigualdades responsáveis (2009)*. Acesso em 11 de março de 2010. Disponível em <www.sbinfecti.org.br>

SILVA, E.L. *Odontologia para bebês*. Rev. Paraense Médica, v. 21, n. 4, Belém, dez. 2007.

SILVA, E.T.; BOTTIN. C.L. *Depressão puerperal - uma revisão de literatura*. Rev. Eletrônica de Enfermagem, v.07, n.02, p:231-238, 2005.

SIQUEIRA, T.D.A. *A violência doméstica infantil e seus efeitos comportamentais (2007)*. Disponível em <<http://thomazabdalla.blogspot.com/2007/11/violencia-domstica-infantil-e-seus>> Acesso em 12 de julho de 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Amamentação na primeira hora, sem demora (2007)*. Disponível em <<http://www.sbp.com.br>> Acesso em 17 de maio de 2010.

SOUSA, S.T.E.V.; RIBEIRO, V.S.; MENEZES FILHO, J.M.; SANTOS, A.M.; BARBIERI, M.A.; FIGUEIREDO NETO, J.A. *Aspiração de corpo estranho por menores de 15 anos: experiência de um centro de referência do Brasil*. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v.35, n.7, p:653-659, 2009.

STUANI, A.S.; STUANI, A.S.; FREITAS, A.C.; PAULA, F.W.F.; QUEIROZ, A.M. *Como realizar a higiene bucal em crianças*. Rev. Científica em Ciências da Saúde. São Paulo, v.29, n.3, p:200-207, 2007.

TATIBIANA, L. S.; COSTA-VAL, A.P. *Relação homem-animal de companhia e o papel do médico veterinário*. Rev. Veterinária e Zootecnia em Minas, ano XXVIII, n.103, p:15-17, out/nov/dez. 2009.

TEIXEIRA, G. *Transtornos comportamentos na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

TOMAR, M.S. *A entrevista semiestruturada (2007)*. Disponível em <<http://www.mariosantos700904.blogspot.com/2008/05/matriz-do-guia-de-uma-entrevista-semi.html>> Acesso em 03 de junho de 2011.

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL. *Prontuário da clínica infantil manual de preenchimento*. Coordenação Clínica: Canoas, 2007.

VACARI-MAZZETTI, M.P.; KOBATA, C.T.; BROCK, R.S. *Diagnóstico ultrassonográfico pré-natal da fissura lábio-palatal*. Arq. Catarinense de Medicina. vol. 38, n.1, 2007.


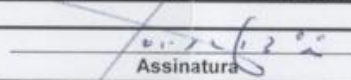
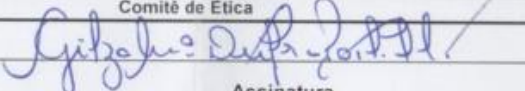
VALEZIN, D.F.; BALLESTERO, E.; APARECIDO, R.J.F.; MARINHO, P.C.M.; COSTA, L.F.V. Rev. do Instituto de Ciências da Saúde. v.27, n.2, p:11-7, 2009.

WAJNSZTEJN, R. *Patologias neurológicas da infância e adolescências: aspectos práticos*. São Paulo: Atheneu, 2003.

WATFE, C. *O trabalho infantil no Brasil*. 2007. Disponível em <<http://www.direitonit.com.br/artigos>> Acesso em 03 de junho de 2010.

ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. Barueri: Manole, 2008.

ANEXO A - Aprovação do conselho de ética e pesquisa em saúde

		MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP	
PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0003.0.334.000-10	
Projeto de Pesquisa Análise Crítica da Cademeta de Saúde da Criança como Instrumento de Informação e Educação em Saúde nas Áreas de Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia e Psicologia			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 61495611787	Pesquisador Responsável José Roberto de Barros Vieira		 Assinatura
Comitê de Ética			
Data de Entrega 06/05/2010	Recebimento:  Assinatura		
Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.			

ANEXO B - Termo de consentimento

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS - DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao Projeto de Pesquisa de Doutorado intitulado Análise Crítica da Caderneta de Saúde da Criança como Instrumento de Informação e Educação em Saúde nas Áreas de Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia e Psicologia, desenvolvida pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas (PGCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Professora Mary Rangel, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail mrangel@abel.org.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é realizar uma análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável, ou seus orientadores, ou ainda o Comissão de Ética em Pesquisa da FAA, situado na Rua Dom José Costa Campos Nº 20 Valença, (RJ), CEP 27.600.000, telefone (24) 24534608, ou e-mail: medicina@faa.edu.br

O(a) pesquisador(a) principal me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Hora: _____ h Valença, RJ, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO C - Relação das profissionais entrevistadas

NOME	ESPECIALIDADE	NÚMERO DA ENTREVISTA
S.F.G.	Médica Pediatra	01
E.M.A.C.	Médica Pediatra	02
D.B.M.	Médica Pediatra	03
E.M.O.	Médica Pediatra	04
K.A.A.A.	Médica Pediatra	05
F.A.L.D.V.	Cirurgiã Dentista Odontopediatra	01
G.M.S.G.	Cirurgiã Dentista Odontopediatra	02
M.B.P.	Cirurgiã Dentista Odontopediatra	03
R.C.P.S.	Cirurgiã Dentista Odontopediatra	04
T.C.V.M.	Cirurgiã Dentista Odontopediatra	05
C.M.D.C.L.V.	Fonoaudióloga Infantil	01
R.P.A.S.	Fonoaudióloga Infantil	02
S.W.M.B.	Fonoaudióloga Infantil	03
E.O.C.C.	Fonoaudióloga Infantil	04
A.C.A.	Fonoaudióloga Infantil	05
L.A.G.O.	Psicóloga Infantil	01
B.C.E.F.	Psicóloga Infantil	02
P.E.A.S.	Psicóloga Infantil	03
J.A.A.M.	Psicóloga Infantil	04
E.R.C.	Psicóloga Infantil	05

ANEXO D - Questionário 01 - entrevista com profissionais

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS - DOUTORADO

FICHA Nº. 1- PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nº. DA ENTREVISTA: _____

Nome: _____

Profissão: _____ Especialidade: _____

1- Você já conhecia a Caderneta de Saúde da Criança (CSC)? _____

Você já leu todo o conteúdo da CSC? _____ Solicita a CSC de todos os pacientes (crianças)? _____

Qual a providência que você toma se a criança nunca teve a CSC ou a perdeu? _____

2- Você considera que as mães entendem o que você lhes pergunta ou esclarece em relação à CSC? _____

3- Você considera que dá às famílias (pais) tempo suficiente para conversarem a respeito de suas preocupações ou problemas com o seu filho? _____

4- Você considera a CSC importante como instrumento de informação e educação e saúde para a mãe (família)? _____
E para outros profissionais (multidisciplinares)? _____

5- Qual a porcentagem de mães de pacientes menores de 60 meses de idade apresentam a CSC na consulta? _____%

6- Em média quanto demora a consulta da criança? _____

7- Durante a consulta, quais assuntos são discutidos com a mãe (pode marcar mais de uma opção)?

8- Você considera a apresentação da CSC importante no atendimento em sua especialidade? _____

9- Qual(is) a(s) crítica(s) à CSC em relação a sua especialidade profissional?

10- Quais sugestão (ões) você faria à Caderneta de Saúde da Criança para adequá-la à sua especialidade profissional?

Data: _____

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO E - Relação das mães de pacientes entrevistadas

NOME	PROFISSÃO	NÍVEL INSTRUÇÃO	IDADE
S.S.N.	Professora	Ensino médio	41 anos
M.M.F.	Do lar	Ensino fundamental	25 anos
M.M.F.	Do lar	Ensino médio	30 anos
G.M.R.A.	Doméstica	Ensino médio	24 anos
T.A.N.S.	Do lar	Ensino fundamental	36 anos
J.A.N.	Do lar	Ensino médio	28 anos
M.S.O.	Do lar	Ensino fundamental	27 anos
T.C.M.	Do lar	Ensino fundamental	23 anos
F.G.F.	Do lar	Ensino fundamental	29 anos
A.S.B.	Doméstica	Ensino fundamental	30 anos
A.M.N.	Do lar	Ensino fundamental	27 anos
T.C.R.C.	Auxiliar enfermagem	Ensino médio	31 anos
G.S.V.	Do lar	Ensino fundamental	22 anos

V.F.S.M.	Manicure	Ensino médio	22 anos
E.C.O.P.	Do lar	Ensino fundamental	27 anos
J.M.S.	Do lar	Ensino médio	20 anos
G.C.C.T.S.	Auxiliar administrativa	Ensino médio	25 anos
E.P.M.	Faxineira	Ensino fundamental	35 anos
O.M.P.S.	Agente educacional	Ensino médio	36 anos
E.S.	Faxineira	Ensino fundamental	32 anos

ANEXO F - Questionário 02 - entrevista com as mães dos pacientes

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS - DOUTORADO

FICHA Nº. 2- MÃE

Nº. DA ENTREVISTA:

Nome: _____

Profissão: _____ Nível Instrução: _____ Idade: _____

Gênero do Filho(a): () M () F Idade do Filho(a): _____

Pré natal completo: _____ Tipo de parto: _____ Local onde foi realizado: _____

Seu ginecologista encaminhou você, durante a gestação, para uma consulta odontológica? _____

O pediatra estava presente na sala de parto? _____ Amamentou por seis meses ou mais? _____

1- A que Profissional da Saúde você levou a criança quando ela precisou de atendimento? Pode responder mais de uma especialidade. () médico () dentista () fonoaudiólogo () psicólogo

2- Para você é difícil conseguir atenção do Profissional de Saúde durante a consulta? _____

O médico pediatra já examinou os dentes de seu(sua) filho(a) durante a consulta e o(a) encaminhou para o dentista? _____

3- Suas perguntas para o Profissional de Saúde são respondidas da forma que você entende? _____

4- Seu(sua) filho(a) recebeu a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e ainda a possui? _____

Você já leu toda a Caderneta de Saúde da Criança? _____

5- Quando você leva seu filho(a) ao Profissional da Saúde para uma consulta ele lhe solicita a Caderneta da Saúde da Criança? _____ Ele a preenche com os dados obtidos na consulta? _____

6- O Profissional da Saúde que atende seu(sua) filho(a) parece interessado nele(a) como pessoa, e não como alguém com problemas de saúde? _____. Quanto demora a consulta? _____

7- O Profissional da Saúde lhe dá tempo suficiente para falar a respeito de suas preocupações e/ou problemas do(a) seu(sua) filho(a)? _____

8- Você considera que a Caderneta da Saúde da Criança traz informações acessíveis a você? _____; Sabe para que servem os gráficos desenhados na Caderneta da Saúde da Criança? _____; Lembre-se de alguma figura (desenho) na Caderneta da Saúde da Criança? _____; Alguma vez você

consultou a Caderneta da Saúde da Criança para orientar-se sobre algum problema de saúde do(a) seu(sua) filho(a)? _____

9- Quais críticas você faria à Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de acompanhamento no desenvolvimento saudável do(a) seu(sua) filho(a)? _____

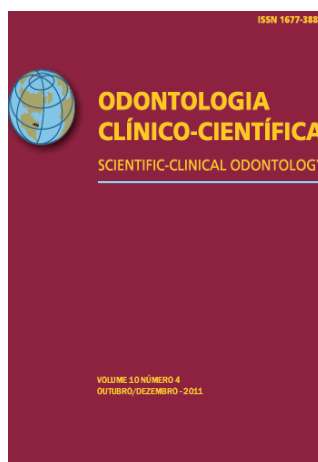
10- Qual(is) sugestão(ões) você faria para melhorar o entendimento da Caderneta de Saúde da Criança do(a) seu(sua) filho(a)? _____

Data: _____

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

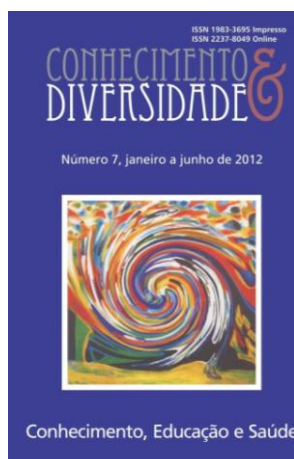
ANEXO G - Artigos Científicos publicados



Análise Crítica da Caderneta da Saúde da Criança como Instrumento de Informação e Educação em Saúde Bucal

Critical Analysis of the Handbook of Child Health as a Tool for Information and Education in Oral Health

José Roberto de Barros Vieira; Mary Rangel; Fabricio Le Draper Vieira



**Análise Crítica da Caderneta da Saúde da Criança como Instrumento de Educação
Fonoaudiológica**

Critical analysis of the child's health notebook as instrument of phonoaudiological education

José Roberto de Barros Vieira; Fabricio Le Draper Vieira