

CONSULTA DE PUERICULTURA EM CRIANÇAS EM UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM VÁRZEA GRANDE – MT.

Mariana Oliveira Curado^I; Karolyni Lesley Diniz Sant’Anna^{II}; Maiara Flores Scariot^{III}; Taísa Guimarães de Souza^{IV}; Hellen Cristina Almeida Abreu de Lara^V.

I. Aluna de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E- mail: mariana.curado1@gmail.com.

II. Aluna de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E- mail: karolyni_diniz@hotmail.com.

III. Aluna de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E- mail: maiara.scariot@hotmail.com.

IV. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Professora do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E- mail: taisa_guima@hotmail.com.

V. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Professora do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E- mail: hellen.abreu@univag.edu.br.

Introdução

A puericultura promove e acompanha, de maneira integral, a saúde das crianças. Isso ocorre através de consultas periódicas, em que abordam avaliações sobre o desenvolvimento e crescimento, de acordo com a faixa etária do paciente. O Ministério da Saúde, preconiza 7 consultas no primeiro ano de vida da criança, 2 consultas no segundo ano e seguindo, a partir dos 3 anos, uma consulta anual, próximas ao mês de aniversário¹.

Existem alguns pontos importantes abordados nesses encontros, como a nutrição, o crescimento físico, a higiene pessoal, as vacinas, o desenvolvimento psico-motor, social e afetivo, além da identificação de situações de riscos.

Dessa forma, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é importante para a manutenção da saúde da criança dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Considera-se que é preciso transpor inúmeros desafios, inclusive culturais, para que a puericultura seja mais valorizada e possa contribuir de modo efetivo na manutenção da saúde da criança e na prevenção de doenças². Assim, puericultura deve estar desenhada de forma a compor a atenção a saúde das crianças pré-escolares e escolares, permitindo o acesso e promovendo sua qualidade de vida. A responsabilidade das equipes de saúde da família se mantém sobre essa população de maior risco, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde.

Objetivo

Compreender os marcos de crescimento e desenvolvimento infantil das crianças da Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) Aurelia Correa de Almeida, na idade de 3 a 5 anos, através da consulta de puericultura, utilizando os parâmetros do Ministério da Saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos de Medicina do 3º Semestre, no dia 17 de setembro de 2018, através do projeto de extensão do Programa de Interação Comunitária do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), tendo como objeto de estudo crianças da faixa etária de 3 a 5 anos do CMEI Aurelia Correa de Almeida, no bairro Unipark, em Várzea Grande-MT.

Neste estudo foram realizadas consultas de puericultura com crianças de 3 a 5 anos, utilizando como base o roteiro de acompanhamento infantil disponibilizado pelo Ministério da Saúde³, adaptado de acordo com as necessidades dos alunos de Medicina do UNIVAG. Um total de 62 crianças foram atendidas, tendo os pais sido previamente avisados por meio das professoras, as quais também solicitaram o Cartão de Vacinas para ajudar a observar o acompanhamento e desenvolvimento destas crianças. Inicialmente foi realizada identificação do paciente e suas condições de nascimento, com base nos dados dispostos no Cartão de Vacinas.

O instrumento foi preenchido com nome, data de nascimento, procedência/naturalidade, endereço e nome do responsável, e outros dados como peso ao nascer, estatura, perímetro cefálico, torácico e abdominal, apgar, idade gestacional, tipo de parto, sangue da mãe, condições adversas sobre peso (PIG/GIG), choro imediato, intercorrências, testes realizados, como testes do pezinho, orelhinha, olhinho, coraçãozinho e linguinha, e seus respectivos resultados. Então se iniciou o exame físico das crianças, com os dados gerais, onde verificou-se peso, estatura, frequência cardíaca e respiratória, perímetros cefálicos, torácicos e abdominal e temperatura. Também foi observado o estado vacinal com base nas anotações do Cartão.

Com relação a aparência geral, foi analisada a fisionomia da criança no momento do atendimento, de forma a verificar o quão à vontade ela se sentia durante a abordagem. Além disso, se interagiu e estava colaborativa e as condições gerais de higiene.

Em seguida o exame físico de cabeça e pescoço foi feito de forma completa, analisando crânio, olhos, nariz, orelhas e pavilhão auricular, boca e cavidade oral e pescoço. A análise geral foi feita de forma bilateral, observando simetrias, coloração, presença de dor e demais alterações. Além disto também foi visto cadeia ganglionar, palpando todos os gânglios para observar possíveis

linfonodomegalias. Com relação ao exame físico torácico, foi feita inspeção estática e dinâmica, de forma a evidenciar simetrias ou abaulamentos, palpação e ausculta pulmonar e cardiológica. O mesmo foi realizado no exame físico abdominal. Quanto ao aparelho genitourinário, somente foi realizado o exame físico nos casos de queixas das professoras, de forma a preservar a integridade dos pacientes, que, por serem crianças, não tinham completa capacidade de discernimento.

A observação de força e amplitude dos movimentos foi feita com manobras semelhantes às aplicadas no exame neurológico, com orientação equivalente a idade. Por fim, analisou-se o motor fino e grosso, linguagem, relação social e cognição, conforme os parâmetros de idade.

Resultados e Discussões

Com relação a consulta, pudemos observar que as crianças em sua maioria se demonstravam apreensivas, pouco colaborativas, e em muitos casos havia déficit cognitivo.

Ulisses Ferreira de Araújo, em sua obra “O Deficit Cognitivo e a Realidade Brasileira” definem a cognição como:

“[...] a cognição é somente um dos elementos constituintes que integra o que poderíamos chamar de personalidade humana, e que ela nunca é responsável de maneira isolada por nossas ações no mundo. Nossa maneira de ser, de agir, de pensar, de sentir é resultante da coordenação de vários sistemas (ou partes) que formam um sistema mais complexo que define nossa individualidade⁴.”

Quando observamos tais déficits em crianças, estas se demonstram como sendo tímidas, não respondem perguntas simples como nome e idade, e tem dificuldade em ficar próximo a alguém que não conhecem, ainda que na presença de um conhecido. Ao questionar as professoras sobre as possíveis causas desde déficit, essas afirmaram que era frequente neste meio, e que em sua maioria decorriam de falta de estímulos familiares.

Além disso, constatamos que a higiene geral e bucal estava precária em sua grande maioria, e, novamente questionando as educadoras, fomos informadas que muitas crianças não tomavam banho e/ou escovavam os dentes em casa, que isso somente era feito no momento que chegavam a escola, sob responsabilidade das professoras. Isto demonstra certa displicência por parte dos familiares, que sobrecarregam o sistema educacional com tarefas que não são de responsabilidade destes.

O Ministério da Saúde possui, desde 2004, o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, com base no princípio básico de promoção a saúde, a qual contempla

uma atenção maior a saúde bucal, de forma a prevenir cáries, lesões bucais e aftas, mau hálito, tártaro, gengivite, placas bacterianas, entre outros grandes problemas, além de ressaltar os hábitos que podem trazer prejuízos, como tabagismo, má alimentação e consumo de álcool⁵.

Entretanto, em virtude de se tratarem de famílias com pouca estrutura financeira, pode-se também concluir que não somente o desleixo dos pais ou a falta de orientação dos representantes do Ministério da Saúde acompanha estas crianças, mas, em alguns casos, a falta de recursos para cuidados básicos. Os próprios materiais para higiene pessoal, como escovas e pastas de dente, sabonete, shampoo, entre outros, muitas vezes não são facilmente adquiridos por tais famílias, principalmente aquelas cujos pais estão desempregados e que sobrevivem somente de auxílio.

Por isso, juntamente com as fichas de puericultura, foram deixados encaminhamentos para a Clínica Integrada do UNIVAG, a qual oferece consultas pediátricas gratuitas, onde poderiam realizar seu devido acompanhamento e orientação dos responsáveis, bem como, buscar alternativas que permitissem os cuidados devidos.

Conclusão/Considerações finais

O desenvolvimento dessa atividade nos fez perceber, que muitas crianças estão com atrasos de desenvolvimento, complicações odontológicas, próximo ao olhar de muitos, e ainda, estão passando despercebidos, seja por descuido em casa ou falta de recursos. Inúmeras crianças atendidas foram referenciadas para clínica, no entanto, nada nos garante que tal ajuda foi procurada.

Com isso, observamos a necessidade de uma educação em saúde, como palestras sobre tais problemas com os pais, tanto em creches, como na própria Unidade de Saúde, responsável pela área, haja vista que, tais ações trariam maior nível de informações para esses pais, que supostamente encontraram apoio para solução dos prejuízos já ocorridos, evitando complicações e prevenindo novos problemas de saúde.

Diante disso, vemos que a prevenção realizada com o adulto responsável pela criança poderia evitar acontecimentos como estes relatados anteriormente, já que, somente as orientações passadas as crianças não mudam de forma efetiva tal realidade.

Palavras-chave: Puericultura. Acompanhamento. Saúde da criança.

Referências

1. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Manual de Acompanhamento da Criança. São Paulo. Agosto 2015. Disponível em:
www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestaoda-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual_de_acompanhamento_da_crianca.pdf.
2. Carneiro VG. A puericultura realizada pelo enfermeiro: importância na estratégia saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2010. 27f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
3. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica nº 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2012. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
4. Araújo UF. O déficit cognitivo e a realidade brasileira. Summus Editorial. São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.lite.fe.unicamp.br/cursos/ep409/txt1.htm>
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2008. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf.