

PERFIL NUTRICIONAL E DE MORBIDADE DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM UMA CRECHE PÚBLICA*

NUTRITIONAL AND MORBIDITY PROFILE OF CHILDREN IN A PUBLIC DAY CARE CENTER

PERFIL NUTRICIONAL Y DE MORBIDAD DE NIÑOS ATENDIDOS EN UNA GUARDERÍA PÚBLICA

Elizabeth Fujimori¹
 Claudia Nery Teixeira Palombo²
 Flavia Antonini Schoeps³
 Luciane Simões Duarte⁴

RESUMO

Creches são equipamentos sociais importantes para promover a saúde da criança. Neste estudo transversal de abordagem quantitativa teve-se como objetivo caracterizar o perfil nutricional e de morbidade de crianças atendidas em uma creche pública da periferia da cidade de São Paulo que atende população de baixa renda. A amostra foi constituída por 146 crianças menores de 5 anos. Pais/responsáveis foram entrevistados para a coleta de dados socioeconômicos e de saúde materno-infantis. As crianças foram pesadas e medidas e tiveram avaliação da palidez palmar. O estado nutricional foi caracterizado com os índices antropométricos peso/idade, estatura/idade e peso/estatura. A desnutrição foi definida com ponto de corte recomendado pela Organização Mundial da Saúde (<-2 escore Z). A anemia (Hemoglobina < 11 g/dL) foi caracterizada com base em exames laboratoriais realizados nos últimos seis meses e na palidez palmar. Constatou-se que a desnutrição era pouco freqüente, porém a anemia afetava 43,3% das crianças e 60,3% haviam adoecido nos últimos 15 dias, sendo os problemas respiratórios, responsáveis por 79,6% das queixas. Os resultados indicam que conhecer os perfis de saúde e nutrição de crianças freqüentadoras de creches é fundamental para subsidiar a enfermagem no planejamento de ações intersectoriais com vista à promoção da saúde infantil.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Promoção da Saúde; Estado Nutricional; Avaliação Nutricional; Morbidade; Creches.

ABSTRACT

Child day care centers are important social tools for child health promotion. This quantitative cross-sectional study intended to describe the nutritional and morbidity profile of children attending a public day care center in the city of São Paulo. The sample was made up of 146 children under 5 years old. Parents/guardians were interviewed to obtain socioeconomic data and material and infant health data. Body weight and height were measured and palmar pallor was examined. Nutritional status was characterized by weight/age, height/age and weight/height index. Malnutrition was defined with the cut-off recommended by the World Health Organization (< -2 Z score). Anemia (Hemoglobin < 11 g/dL) was characterized by laboratorial examining in the six previous months and palmar pallor. Undernourishment was rare. Anemia was prevalent in 43.3% and 60.3% of children had some morbidity in the previous 15 days. Respiratory problems were 79.6% of complaints. The results highlighted that knowing the nutritional and morbidity profile of children attending day care centers is fundamental in order to guide the Nursing in planning intersectorial actions to promote child health.

Key words: Child Health (Public Health); Health Promotion; Nutrition Assessment. Nutritional Status; Morbidity; Child Day Care Centers.

RESUMEN

Las guarderías son instituciones sociales importantes para promover la salud del niño. Este estudio transversal de enfoque cuantitativo tiene por objeto caracterizar el perfil nutricional y de morbilidad de los niños atendidos en una guardería pública de la periferia de la ciudad de San Pablo que atiende a una población de bajos ingresos. La muestra consistió en 145 niños menores de 5 años. Los datos socioeconómicos y de salud materno infantil se recogieron en entrevistas con los padres y/o responsables. A los niños se los pesaron y midieron y se evaluó su palidez palmar. Se caracterizó el estado nutricional según los índices antropométricos peso/edad, estatura/edad y peso/estatura. La desnutrición se definió con punto de corte recomendado por la Organización Mundial de Salud (<-2 escore Z). La anemia (Hemoglobina < 11 g/dl) se caracterizó en base a análisis de laboratorio realizados en los últimos seis meses y en la palidez palmar. Se constató que la desnutrición era poco frecuente; sin embargo, la anemia afectaba el 43,3% de los niños y el 60,3% había estado enfermo los últimos 15 días. El 79,6% de las quejas se debía a problemas respiratorios. Los resultados indican que es fundamental conocer el perfil de salud y nutrición de los niños que van a las guarderías para subsidiar a enfermería en la planificación de acciones intersectoriales que promuevan la salud infantil.

Palabras clave: Salud del Niño; Evaluación Nutricional; Estado Nutricional; Morbilidad; Jardines Infantiles.

* Extraído da Dissertação Estado nutricional de crianças: conhecimentos e práticas de educadoras de uma creche, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2005.

¹ Livre-Docente em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. São Paulo, Brasil.

² Mestre em Enfermagem pela EEUSP, área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva. Enfermeira do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, EEUSP (bolsista de Iniciação Científica do CNPq). São Paulo, Brasil.

⁴ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, EEUSP (bolsista de Iniciação Científica do Pibic/CNPq). São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerq. César. São Paulo-SP, Brasil – CEP 05403-000. E-mail: efujimor@usp.br.

INTRODUÇÃO

Condições de vida desfavoráveis propiciam inúmeros problemas de saúde, sobretudo relacionados à alimentação/nutrição, dentre os quais se destacam a desnutrição energético-protéica e a anemia ferropriva como os de maior importância epidemiológica na infância.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ indicam que, nos países pobres, 38% das crianças menores de 5 anos apresentam comprometimento severo do crescimento linear (*stunting*) e 9% sofrem de emagrecimento extremo (*wasting*). Dados mundiais revelam, também, que a desnutrição é responsável por 55% das mortes infantis nesses países.²

Em nosso meio, estudos de abrangência nacional realizados nas últimas décadas têm revelado tendências expressivas de declínio na prevalência da desnutrição crônica (déficits de crescimento linear) em menores de 5 anos: de 32% na década de 1970 para 15,4% e 10,5% nas décadas de 1980 e 1990, respectivamente.³ Entretanto, estudos pontuais realizados em áreas mais pobres mostram que a desnutrição ainda pode apresentar prevalências elevadas, revelando-se muito significativa do ponto de vista epidemiológico.^{4,5}

Diferentemente do que vem ocorrendo com a desnutrição, a anemia ferropriva tem apresentado aumento significativo nas últimas décadas, sendo considerada, atualmente, o problema nutricional de maior magnitude no País.⁶ Análise da tendência secular da anemia revela que sua prevalência em menores de 5 anos tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Na cidade de São Paulo, passou de 22,7% na década de 70 para 35,6% na década de 80 e 46,9% na década seguinte, afetando especialmente crianças de estratos socioeconômicos mais baixos.⁶

Com base nessas informações, é certo que a desnutrição e a anemia constituem problemas nutricionais relevantes que exigem prioridade de atenção dos enfermeiros para a definição de estratégias de combate e controle não somente em decorrência dos efeitos deletérios que ocasionam, mas principalmente pela influência que exercem nas taxas de morbimortalidade infantil.⁷

De acordo com a agenda de compromissos do Ministério da Saúde⁸ para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, os princípios norteadores do cuidado da saúde da criança são o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais. Para Souza et al.,⁹ “a intersectorialidade, como estratégia organizacional, busca superar a fragmentação das políticas públicas ao considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade”

Como equipamento social, a creche pode ser uma aliada importante das unidades de saúde para a efetivação de práticas de promoção, prevenção e combate dos problemas nutricionais e de saúde mais prevalentes na infância.

Tendo em vista essas considerações, justifica-se realização deste estudo, que consiste na caracterização do perfil nutricional e da morbidade de crianças atendidas em uma creche, com vista a subsidiar a enfermagem e os serviços básicos no planejamento de ações intersetoriais para a promoção da saúde integral da criança.

METODOLOGIA

Este estudo transversal, descritivo-observacional, de abordagem quantitativa, integrou um projeto mais amplo, que em sua íntegra constituiu dissertação de mestrado

defendida na Escola de Enfermagem da USP, em 2005, intitulada: *Estado nutricional de crianças: conhecimentos e práticas de educadoras de uma creche* por Claudia Nery Teixeira Palombo. O estudo foi desenvolvido em uma creche municipal conveniada, localizada na zona leste da cidade de São Paulo, no distrito mais excluído da cidade, caracterizado pela precariedade das condições socioeconômicas e ambientais e marcado pelo desemprego, discriminação e violência.

A creche possui capacidade para atender 170 crianças menores de 5 anos, porém a amostra estudada refere-se a 146 crianças, cujos pais e/ou responsáveis concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram colhidos em julho/agosto de 2004 por uma enfermeira e duas alunas do curso de graduação em enfermagem, previamente treinadas tanto para a realização das entrevistas quanto para a verificação das medidas antropométricas. Utilizou-se um formulário pré-testado, preenchido com dados obtidos com base na ficha da criança na creche e entrevista realizada com pais/responsáveis, no horário de entrada ou saída das crianças, para a coleta de dados socioeconômicos, condições maternas de gravidez e parto, bem como da morbidade da criança nos últimos 15 dias.

O peso dos menores de 24 meses foi verificado em balança pediátrica, marca Baxter, com capacidade para 15 kg e escala com divisões de 10 g, e dos maiores de 24 meses em balança de adulto, marca Welmy, com capacidade para 150 kg e escala com divisões de 100 g. Os menores de 24 meses foram pesados totalmente despidos e os demais, com uma peça de roupa íntima (“calcinha/cueca”). Para aferição da estatura, foram utilizados antropômetros de madeira operados sobre uma mesa e fita métrica fixada na parede, ambos com escalas em milímetros. A verificação das medidas antropométricas seguiu as recomendações do Ministério da Saúde.¹⁰

A anemia foi detectada pela avaliação da palidez palmar, como preconizado pela estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).¹¹ Tal procedimento foi realizado pela enfermeira devidamente capacitada na estratégia AIDPI. Foi utilizado, também, o nível de hemoglobina (Hb) das crianças que possuíam hemograma realizado nos últimos seis meses comprovando a presença de anemia quando o nível de Hb sanguínea era inferior a 11 g/dL.¹²

Os dados pré-codificados foram organizados em bancos de dados do software Excel e analisados pelo programa Epi Info 6.04. Para caracterizar o estado nutricional das crianças, utilizou-se o software EpiNut, acoplado ao Epi Info, que gerou valores individuais de escore Z dos indicadores peso para idade (P/I), altura para idade (A/I) e peso para altura (P/A), tendo como referência o padrão norte americano do National Center for Health Statistics (NCHS) recomendado pelo Ministério da Saúde.¹⁰ Os indicadores antropométricos foram categorizados de acordo com os seguintes intervalos de escore Z: desnutrição ($Z < -2$), risco nutricional ($-2 \leq Z < -1$), eutrofia ($-1 \geq Z < +1$), risco de sobrepeso ($+1 \geq Z < +2$) e sobrepeso ($Z \geq +2$).¹⁰

Todas as diretrizes éticas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram contempladas e o projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra maior concentração de crianças na faixa etária de 24 a 48 meses (52,6%) e trabalho materno como principal motivo do ingresso da criança na creche (86,3%). A maioria das crianças freqüentava a creche há mais de seis meses (86,4%) e pertencia a famílias com quatro ou mais membros (78,8%), que percebiam renda familiar *per capita* inferior a 0,5 salário mínimo (64%).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS CRIANÇAS ESTUDADAS

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	80	54,8
Feminino	66	45,2
Faixa etária (meses)		
0 — 6	01	0,7
6 — 12	12	8,2
12 — 24	28	19,2
24 — 36	33	22,6
36 — 48	44	30,1
≥48	28	19,2
Motivo de ingresso na creche (referido por familiares)		
Trabalho materno	126	86,3
Baixas condições socioeconômicas	6	4,1
Outros	14	9,6
Tempo de freqüência à creche (meses)*		
<6	19	13,6
•6	121	86,4
Número de pessoas na mesma residência da criança		
<4	31	21,2
≥4	115	78,8
Renda familiar <i>per capita</i>* (salário mínimo**)		
0 — 0,5	89	64,0
0,5 — 1,0	39	28,1
≥1	11	7,9
Pré-natal*		
Sim	141	97,9
Não	3	2,1
Duração da gravidez (meses)		
<9	25	17,1
•9	121	82,9
Peso ao nascer (gramas)*		
<2500	09	6,4
≥2500	131	93,6
Aleitamento materno*		
Sim	127	88,2
Não	17	11,8
Duração do aleitamento (meses)*		
<3	24	22,9
3 — 6	25	23,8
•6	56	53,3
Freqüência a posto de saúde		
Sim	124	84,9
Não	22	15,1
Uso de medicação*		
Sim	62	42,8
Não	83	57,2
Principais medicamentos utilizados***		
Suplementação vitamínica	48	64,9
Sulfato ferroso	14	18,9
Antibióticos	12	16,2

* Não foram obtidas informações para a totalidade das crianças.

** Salário mínimo vigente e cotação do dólar no período:

R\$ 260,00 e US\$ 3,05, respectivamente (salário mínimo em dólares americanos: US\$ 85,25)

*** Mais de um medicamento foi referido para a mesma criança.

A renda *per capita* é uma das medidas mais comumente utilizadas para verificar o padrão de vida de uma população. As pessoas são consideradas pobres se o consumo ou a renda delas for inferior a determinado limite necessário para satisfazer suas necessidades básicas. Esse limite mínimo é denominado “linha da pobreza”. O Banco Mundial utiliza como linha de referência para medir a pobreza de uma população a renda *per capita* de um ou dois dólares *per capita* por dia.¹³ Considerando, então, essa referência para a análise do nível de pobreza desse grupo, pode-se dizer que a maioria das famílias (64%) encontrava-se abaixo da linha de pobreza, ou seja, não possuía as condições mínimas para satisfazer suas necessidades básicas, uma vez que o salário mínimo, em dólares americanos, era de US\$ 85, e metade desse valor dividido por 30 dias equivale a viver com menos de US\$ 1,40 *per capita*/dia.

Apesar das condições desfavoráveis, foram identificadas apenas 6,4% de crianças que nasceram com baixo peso (< 2500g), incidência inferior aos 10% estimados para o Brasil¹⁴ e aos 8,9% estimados para o distrito.¹⁵ Os dados relacionados com o acesso aos serviços de saúde podem constituir justificativa para esse achado, pois 84,9% das crianças eram cadastradas em alguma unidade de saúde, 97,9% das mães tiveram acesso ao pré-natal e 82,9% das crianças nasceram a termo. Verificou-se que 88,2% das crianças foram amamentadas, mas quase metade (46,7%) recebeu leite materno por um período inferior a seis meses. O uso de algum tipo de medicação no momento da entrevista foi referido para 42,8% das crianças, sendo que a maioria fazia uso de suplemento vitamínico ou mineral, porém 16,2% usavam antibióticos.

A Tabela 2, que apresenta a caracterização do estado nutricional das crianças, mostra que a desnutrição era pouco freqüente entre as crianças estudadas, encontrando-se na normalidade esperada, isto é, os valores para todos os indicadores antropométricos estudados giraram em torno daqueles encontrados na população de referência, 2,3% de crianças com tais índices abaixo de - 2 escore Z.¹⁰

Na década de 1990, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Nutrição (PNDS) revelou que a prevalência de desnutrição crônica (A/I), aguda (P/A) e total (P/I) era de 10,5%, 2,3% e 5,7%, respectivamente (16). No mesmo período, pesquisa realizada na cidade de São Paulo mostrou que a prevalência do déficit de altura/idade foi de 2,4% e o de peso/altura, de 0,6% entre os menores de 5 anos.³ Neste estudo, a desnutrição crônica afetava apenas 2,1% das crianças, enquanto a desnutrição aguda e a total afetavam, respectivamente, 2,7% e 0,7%.

Estudo que acompanhou 180 crianças usuárias de creche durante nove meses com a finalidade de avaliar a eficácia da freqüência à creche em promover a recuperação nutricional das crianças revelou que o percentual de crianças em risco nutricional diminuiu no decorrer do acompanhamento, passando de 10,1% para 3,4% em relação ao índice peso/altura, enquanto para os índices peso/idade e altura/idade a queda foi de 29,8% para 15,2%

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS QUANTO AO ESTADO NUTRICIONAL CARACTERIZADO SEGUNDO ESCORE Z DOS INDICADORES PESO/IDADE, PESO/ALTURA E ALTURA/IDADE

Estado nutricional	Indicadores					
	Peso/Idade		Altura/Idade		Peso/Altura	
	n	%	n	%	n	%
Desnutrição (Z <-2)	01	0,7	03	2,1	04	2,7
Risco nutricional (-2 ≤ Z <-1)	12	8,2	20	13,7	21	14,4
Eutrofia (-1 ≤ Z <+1)	106	72,6	102	69,8	99	67,8
Risco de sobrepeso (+1 ≤ Z <+2)	23	15,8	19	13,0	21	14,4
Sobrepeso (Z ≥ +2)	04	2,7	02	1,4	01	0,7
Total	146	100,0	146	100,0	146	100,0

e de 50% para 44,8%, respectivamente, sendo necessário, aproximadamente, quatro meses para que esses benefícios fossem identificados.¹⁸

Outro estudo que avaliou a evolução nutricional de crianças atendidas em creches públicas no município de São Paulo indicou que, em um ano, a prevalência de déficit de altura/idade diminuiu 56%, passando de 7,1% para 3,1%, enquanto a variação nos indicadores peso/idade e peso/altura foi de 2,9% para 1,7% e de 0,2% para 0,5%, respectivamente, confirmando o impacto positivo da frequência à creche sobre o estado nutricional e a baixa prevalência da desnutrição.¹⁸

Certamente alguns fatores contribuíram para o bom resultado encontrado nesse estudo. Um deles é o fato de a maioria das crianças freqüentar a creche há mais de seis meses e passar a maior parte do tempo na instituição, tendo, dessa forma, acesso a uma alimentação de boa qualidade. Outra variável importante que pode justificar a baixa prevalência da desnutrição é o acesso das crianças aos serviços de saúde, sugerindo que, mesmo residindo em área de exclusão social e pertencendo a famílias pobres, crianças com acesso a serviços públicos constituem grupo privilegiado no contexto geral da região.¹⁹

O estado nutricional de ferro das crianças foi analisado sob três aspectos: episódio anterior de anemia, referida nas entrevistas pelos responsáveis; níveis de Hb de exame recente (último seis meses) e avaliação da palidez palmar. A Tabela 3 apresenta essas informações.

A entrevista com os responsáveis revelou que 38% das crianças já haviam tido anemia em algum momento da vida. Dessas, 84,3% tiveram com idade superior a seis meses e quase 90% dos casos foram identificados por meio de exame laboratorial.

O diagnóstico da anemia pôde ser feito pela avaliação dos níveis de Hb em 30 crianças que apresentaram resultado de exame laboratorial recente. Os resultados apontaram que 43,3% das crianças com resultado de exame laboratorial tinham níveis de Hb < 11 g/dL. Vale destacar que apenas uma criança apresentou concentração de Hb < 9 g/dL, de forma que quase a totalidade apresentou anemia leve.

Os dados encontrados corroboram resultados de outros estudos que apontam prevalência elevada de anemia entre crianças que freqüentam creches, ou seja,

superior a 40%. Em Cuiabá, a prevalência de anemia entre menores de 3 anos que freqüentavam creches públicas em período integral era bastante elevada – 63%.²⁰ Dados de Porto Alegre, porém, foram similares ao verificado nesse estudo, com presença de anemia em 47,8% de crianças até 36 meses, freqüentadoras de escolas infantis municipais.²¹

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS SEGUNDO DADOS DO ESTADO NUTRICIONAL DE FERRO

Variáveis	N	%
Anemia em algum momento da vida*		
Não	85	62,0
Sim	52	38,0
Idade em que teve anemia (em meses)*		
0 — 6	08	15,7
6 — 9	08	15,7
12 — 18	21	41,2
≥ 18	14	27,4
Forma pela qual descobriu a anemia*		
Avaliação laboratorial	44	88,0
Avaliação clínica	06	12,0
Níveis de Hb de exame recente (g/dL)		
< 9	01	3,3
9 — 10	06	20,0
10 — 11	06	20,0
≥ 11	17	56,7
Palidez Palmar		
Sim	10	6,8
Não	136	93,2

* Não foram obtidas informações para a totalidade das crianças.

A palidez palmar foi identificada em apenas dez crianças, sendo que somente cinco delas haviam realizado exame recente, permitindo-se comprovar o diagnóstico clínico com dados laboratoriais. Houve comprovação da anemia em 60% dos casos, ou seja, três crianças com palidez palmar também apresentavam níveis de hemoglobina inferiores a 11 g/dL.

Considerando a importância do diagnóstico da anemia no nível primário de atenção, a estratégia AIDPI indica a avaliação da palidez palmar para avaliar e classificar a anemia.¹¹ Entretanto, estudo que avaliou a utilidade da

palidez palmar na detecção da anemia em menores de 2 anos constatou que o sinal não era útil para detectar anemia, pois, em uma população com 43% de anêmicos, somente 5% apresentavam palidez palmar.²² Certamente isso se deve ao fato de que a maioria das crianças apresentava anemia leve, dificultando a detecção com base no sinal clínico utilizado, da mesma forma que o verificado nesse estudo.

A Tabela 4 apresenta os dados relativos à morbidade. Constatou-se que 60,3% das crianças adoeceram nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista. A febre foi referida por 22,7% dos entrevistados. Os sintomas relacionados aos problemas do trato respiratório foram responsáveis por 79,5% das queixas, enquanto os gastrintestinais representaram 20,5% dos principais sintomas referidos.

Esses resultados reiteram dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição em relação à febre (21,8%) e aos sintomas do aparelho gastrointestinal (29,2%), porém não em relação aos sintomas do aparelho respiratório, que constituíram apenas 24% das queixas referidas.²³ É provável que a discrepância no que se refere aos problemas respiratórios relacione-se ao período sazonal em que se realizou a coleta dos dados desse estudo – inverno na cidade de São Paulo – e também ao fato de se tratar de crianças que frequentam creches, onde os problemas respiratórios se destacam como os de maior prevalência. Revisão da literatura sobre frequência a creches e sua associação com infecções respiratórias e diarreia revela que, apesar das diferenças de medidas e resultados desiguais, os estudos se mostraram consistentes no sentido de associar a frequência à creche com maior risco da incidência dessas morbidades.²⁴

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS SEGUNDO PRESENÇA DE MORBIDADE E SINTOMAS REFERIDOS NOS QUINZE DIAS ANTERIORES À ENTREVISTA

Morbidade referida e sintomas	n	%
Adoecimento nos últimos 15 dias		
Não	58	39,7
Sim	88	60,3
Sintomas*		
Febre	20	22,7
Do aparelho respiratório		
Tosse	18	20,4
Gripe	17	19,3
Bronquite	11	12,5
Resfriado/ garganta inflamada	10	11,4
Coriza	06	6,8
Pneumonia/ broncopneumonia/ otite	05	5,7
Sinusite/ peito cheio	03	3,4
Do aparelho gastrointestinal		
Diarreia	08	9,1
Vômito	07	8,0
Inapetência/ dor de barriga/ verme	03	3,4
Outros**	06	6,8

* Para cada criança foi referido mais de um sintoma.

** Compreendem alergia, problemas de pele e conjuntivite.

Estudo que avaliou o perfil de morbidade e sua relação com o estado nutricional de crianças menores de 2 anos, matriculadas em creches do município de São Paulo, constatou que as doenças respiratórias eram a primeira causa de adoecimento, seguidas das doenças diarreicas. A associação dos dados de morbidade com o estado nutricional mostrou que as crianças em risco de desnutrição apresentavam frequência significativamente maior de episódios em relação às eutróficas ou com sobrepeso. Os autores concluem sobre a necessidade de intervenções mais dinâmicas e sistematizadas, baseadas em diagnósticos de saúde da realidade institucional, buscando maior equilíbrio entre as ações individuais e coletivas, bem como maior integração entre o projeto pedagógico e o de saúde.²⁵

Os resultados encontrados indicam a importância de as unidades básicas de saúde planejarem o desenvolvimento de ações intersectoriais que articulem a execução de trabalho conjunto com os equipamentos sociais da área de abrangência, tais como creches e escolas. O projeto *Com Gosto de Saúde*, desenvolvido em escolas do município do Rio de Janeiro, mostra uma articulação do setor saúde com a educação, enfocando a alimentação/nutrição como componente fundamental para a promoção da saúde nas escolas.²⁶ Em Curitiba, a intersectorialidade tem sido apontada como uma importante estratégia para a sustentabilidade das políticas públicas de promoção da saúde no Movimento das Cidades Saudáveis.²⁷ Observa-se, dessa forma, a importância da articulação de ações intersectoriais no campo da saúde coletiva, com vista à promoção da saúde.^{28,30}

Para Maranhão,³¹ a enfermagem, cuja profissão tem como objeto de trabalho o cuidado, deve desenvolver ações conjuntas com os profissionais de educação de creches, tais como o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, de forma a contribuir para o cuidado integral da saúde infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa indicaram que a desnutrição não é um agravo prevalente entre as crianças da creche estudada. Entretanto, verificou-se a prevalência elevada de anemia e também de crianças que apresentaram morbidade nos 15 dias anteriores à entrevista, com destaque para os problemas respiratórios. Tais resultados indicam a urgência do desenvolvimento de ações intersectoriais, especialmente a articulação entre unidades básicas de saúde e creches localizadas na área de abrangência para a execução de trabalho conjunto.

O estudo destaca, portanto, a importância de os serviços de saúde e dos profissionais engajados na área da saúde coletiva priorizarem o trabalho conjunto com equipamentos sociais, no caso creches, para a efetivação de parcerias, fundamentais para a implementação do cuidado integral, redução dos agravos mais prevalentes e promoção da saúde infantil.

Ademais, a realização de estudos dessa natureza, além de identificar o perfil epidemiológico de crianças frequentadoras de creches, permite caracterizar a saúde da criança extramuros, facilitando a atuação dos profissionais que trabalham na área da saúde da criança. Isso porque, para um planejamento adequado de ações intersectoriais,

é necessário conhecer o cenário e identificar a realidade de saúde e de vida das crianças, especialmente para que sejam reconhecidas as áreas prioritárias de atuação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global database on child growth and malnutrition. Geneva: World Health Organization; 1997.
2. Unicef. Situação Mundial da Infância 1998. Brasília: Unicef; 1998.
3. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1994-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (Supl 6) 52-61.
4. Reichenheim ME, Harpham T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de cinco anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 1990; 24(1): 69-79.
5. Santos LMP, Assis AMO, Baqueiro CM, Quaglia GMC, Morris SS, Barreto ML. Situação nutricional e alimentar de pré-escolares no semi-árido da Bahia (Brasil): I. Avaliação antropométrica. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(6): 463-71.
6. Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (Supl 6) 62-72.
7. Fujimori E, Rezende MA. Assistência/Cuidado à criança com problemas nutricionais. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Sousa FGM, Terra MG, Erdmann AL. Organização dos serviços de saúde na perspectiva da intersectorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. *OBJN* 2005 dezembro; 4(3) [Citado em nov. 2007] Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewissue.php?id=2>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: fundamentos e orientações para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar e classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade. Curso de Capacitação. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
12. World Health Organization (WHO). Iron deficiency anaemia. Assessment, preventing, and control. A guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001. WHO/NHD/01.3
13. Moreira C. Erradicação da pobreza no mundo: uma avaliação das metas no limiar do ano 2000. *Observatório da Cidadania* 1999; n.3.
14. Monteiro MFG. Baixo peso ao nascer. In: Monteiro MFG, Cervini R. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças do Brasil, 1989. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF/INAN; 1992. p.11-8.
15. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação das Subprefeituras. 2003. set.
16. BemFam. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. DHS. Programa de Pesquisa de Demografia e Saúde. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Demografia 1996. Rio de Janeiro: Litografia Tucano; 1997.
17. Taddei JA, Cannon MJ, Warner L, Souza P, Vitalle S, Palma D, Nóbrega F. Nutritional gains of underprivileged children attending a day care center in S. Paulo City, Brazil: a nine month follow-up study. *Rev Bras Epidemiol*. 2000; 3(1-3): 29-37.
18. Bueno MB, Marchioni DML, Fisberg RM. Evolução nutricional de crianças atendidas em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2003; 14(3): 165-70.
19. Monteiro CA, Benício MHD, Lunes R, Gouveia NC, Taddei JAAC, Cardoso MAA. Endef e PNSN: para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? *Cad Saúde Pública*. 1993; 9 (Supl 1): 85-95.
20. Brunken GS, Guimarães LV, Fisberg M. Anemia em menores de três anos que frequentam creches públicas em período integral. *J Pediatr (RJ)*. 2002; 78(1): 50-6.
21. Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1): 66-73.
22. Ramos CA, Fujimori E, Montero RMJM, Minagawa AT, Oliveira IMV. Utilidade da palidez palmar na detecção da anemia em crianças menores de dois anos. *Acta Paul Enferm*. 2004; 17(1): 38-44.
23. Benício MHA, César CLG, Gouveia NC. Perfil de morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de 5 anos - 1989. In: Monteiro MFG, Cervini R. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças do Brasil, 1989. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF/INAN; 1992. p. 61-78.
24. Barros AJD. Child-care attendance and common morbidity: evidence of association in the literature and questions of design. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(1): 98-106.
25. Prado SRLA, Sigulem DM, Juliano Y, Cury MCF. Razão de risco de morbidade e estado nutricional em crianças de creche. *Rev Paul Pediatr*. 2002; 20(2): 84-9
26. Maldonado LA, Castro IRR, Azevedo AMF, Lima EFP, Souza LP, Freire MC, Mendes SR. Avaliação do Projeto "Com Gosto de Saúde": uma iniciativa de promoção da saúde por meio da Educação Nutricional em Escolas. *Saúde em Foco*. 2002; 23: 105-17.
27. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 627-41.
28. Marin MJS, Santos SC, Gonçalves TM. O problema da má nutrição em face do planejamento estratégico simplificado em uma unidade de saúde da família. *Reme Rev Min Enferm*. 2006; 10(3): 213-7.
29. Nobre LCC. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2003; 9(4): 963-71.
30. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado. *Interface – Comun Saúde Educ*. 2004; 8(15): 331-48.
31. Maranhão DG. Reflexões sobre a participação dos profissionais de enfermagem nas creches. *Acta Paul Enferm*. 1999; 12(2): 35-46.

Data de submissão: 23/10/2007

Data de aprovação: 24/11/2008