

Obrigada por ver esta apresentação
Gostaríamos de recordar-lhe que esta apresentação é
propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa de Pediatria no
contexto do 17º Congresso Nacional de Pediatria, para
seu uso pessoal, tal como submetido pelo autor

© 2016 pelo autor





Cuidados de Saúde à Criança

Uma Visão

Teresa Bandeira
Pediatra
Presidente da SPP

Sem conflitos de interesses com influência nesta apresentação
As opiniões expressas são da minha inteira responsabilidade





THE COST OF UNNECESSARY HEALTHCARE

THE DAILYHEALTH

Sarah Woodberry is a freelance journalist based in New York
IMAGE: TIM LLEWELLYN



Feresa Bandeira, 2016

Caso 1: Valdo, 4 meses com obstrução nasal, polipneia, dificuldade alimentar e plagiocefalia

■ História:

- Sem história pessoal ou familiar de atopia, mãe com diabetes, pai com HTA, ambos fumadores;
- PTE, sem intercorrências, PNV atualizado, fórmula para lactente;
- Irmãos de 3 anos e 5 anos constipados; ambos com sibilância nos primeiros anos de vida, transitória;
- Recorreu ao S. Urgência Pediátrica (Hospitalar nível 3);
- Internado por bronquiolite, IRA hipoxémica e dificuldade alimentar

■ Exame objetivo:

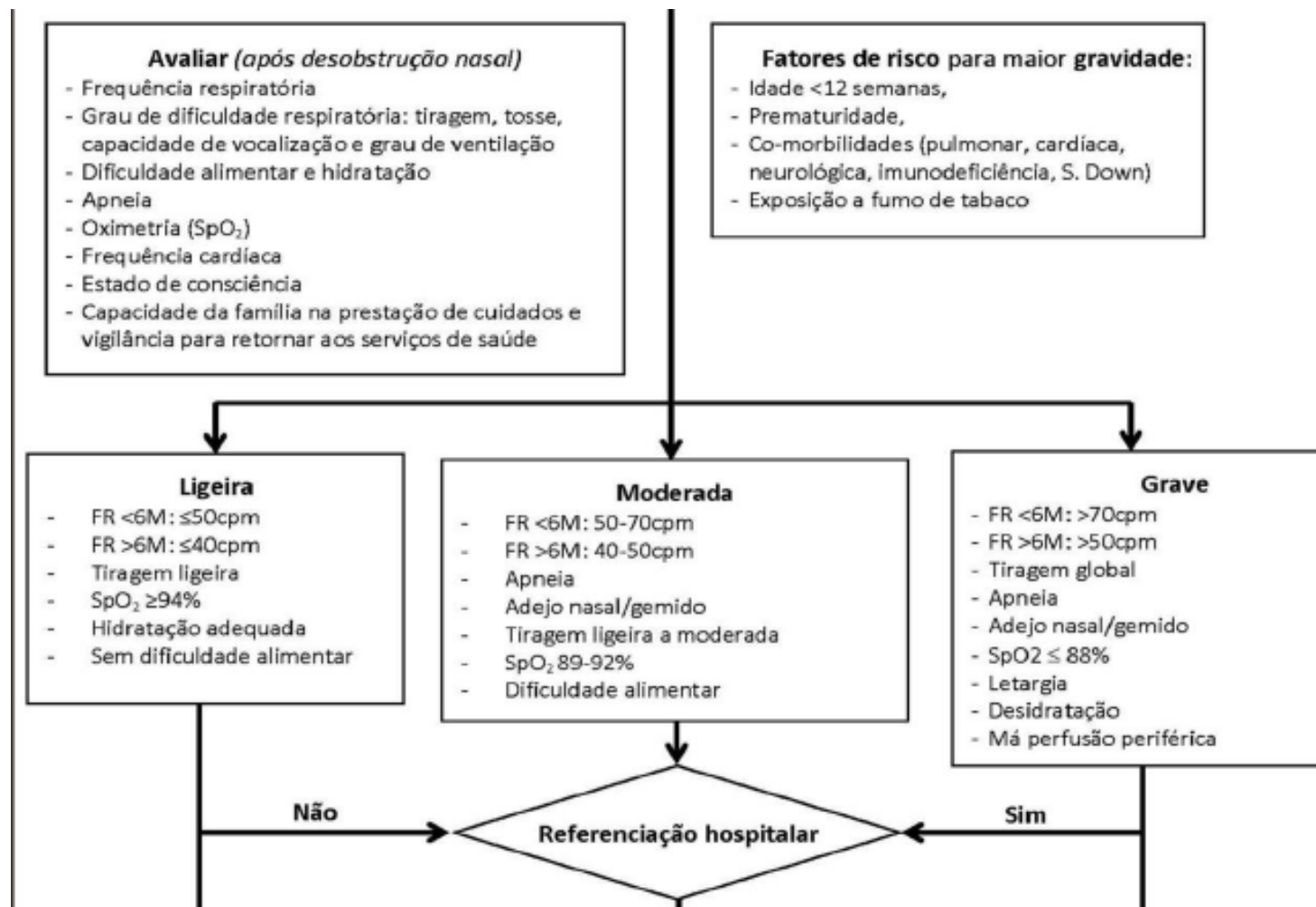
- Ativo e atento, FR 70 c/min, SpO₂ 89-91% em ar ambiente.
- AP: aumento mantido do TE, sibilos pouco nítidos. Hidratado.
- Plagiocefalia: MF → C. Hospitalar de Pediatria Geral → NC

■ Tx: O₂ cânula nasal, SNG



Caso 1: Valdo, 4 meses com obstrução nasal, polipneia, dificuldade alimentar e plagiocefia

NÚMERO: 016/2012
DATA: 19/12/2012
ATUALIZAÇÃO: 23/02/2015
ASSUNTO: Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica
PALAVRAS-CHAVE: Bronquiolite
PARA: Médicos do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dgs@dgs.pt)



Caso 1: Valdo 4 meses com obstrução nasal, polipneia, dificuldade alimentar e plagiocefalia

Plagiocefalia posicional: como atuar?

Positional plagiocephaly: how to act?

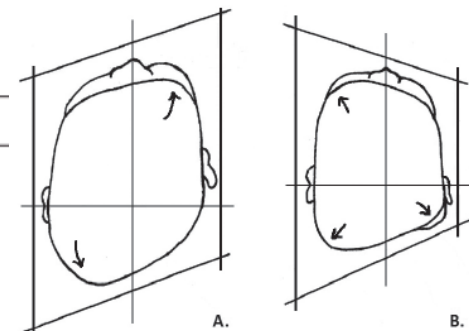


Figura 7 • A. Plagiocefalia posicional posterior direita, vista superior do crânio; B. Craniossinostose lambdóide direita (adaptado de Vernet O et al, 2008)

Ana Brett ¹, Carolina Cordinhã ¹, Dolores Faria ²,
Gabriela Mimoso ², Manuel Salgado ¹

- A plagiocefalia posicional (PP) ou postural, plagiocefalia deformacional ou não-sinostótica, significa crânio de formato assimétrico – do grego Plagios (oblíqua) + Kephale (cabeça);
- 67 (36 ♂ e 31 ♀) tinham PP, representando uma prevalência de PP de 6,5% no 1º ano de vida, valor < a 50% do descrito na literatura;
- O diagnóstico de PP é essencialmente clínico, observação da cabeça de topo do lactente
- Nenhuma criança realizou qualquer exame complementar nem foi referenciada à consulta de Neurocirurgia.
- Todas tiveram resolução espontânea sem utilização de ortóteses cranianas (capacetes)
- O tratamento da PP começa pela prevenção
- **Curriculo Ped Global (GPEC): identificar as variações normais e anormais da forma craniana; orientar pais sobre as variantes da forma normal do crânio.**



Gawande is a surgeon, Harvard professor and staff writer at the *New Yorker*



Surgeon author Atul Gawande Photograph

In the US alone, he said, about 30% of all healthcare costs were a waste.



Razões porque os serviços de saúde para as crianças devem ser diferentes dos serviços para adultos

As crianças são diferentes dos adultos:

1. Desenvolvimento evolutivo

necessidade de considerar as necessidades em relação ao estadio de desenvolvimento e idade (Wolfe and McKee, 2013);

2. Dependência de pais e outros prestadores de cuidados:

relevância da educação, e maior dependência da família do que da assistência social, comparativamente com adultos (Wolfe 2016);

3. Epidemiologia diferente (diferentes necessidades em cuidados de saúde, doenças e deficiências);

4. Diferentes padrões demográficos (p.ex. determinantes sócio-económicas)

(Forrest and others, 1997),

In Kossarova L, Devakumar D and Edwards N (2016)

The future of child health services: new models of care. Nuffield Trust.



Razões porque os serviços de saúde para as crianças devem ser diferentes dos serviços para adultos

- Diferentes utilizações dos serviços de saúde
 - diferente, p.ex, > taxa de internamentos de curta duração por doença aguda (Saxena, 2009);
 - Cuidados antecipatórios no ciclo de vida;
 - Cuidados à criança com doença crónica, deficiências ou necessidades especiais;
- Diferentes considerações éticas, incluindo para o consentimento, entrada em ensaios clínicos;
- Oportunidade única de evitar problemas de saúde física e mental na vida adulta através da melhoria da saúde de Crianças e Adolescentes (Marmot, 2010).



DOHaD

International Society
for Developmental
Origins of Health
and Disease

[Home](#)

[JOIN DOHaD
or Renew Subscription](#)

[About the Society](#)

[Council Members](#)

[Conferences &
Workshops](#)

[DOHaD 2011](#)

[Benefits of
Membership](#)

[Job Vacancies](#)

[Studentships](#)

[Affiliated Societies](#)

[Corporate Donors](#)

[Donate](#)

[Contact Us](#)

[MEMBER LOGIN](#)

Professor David Barker CBE FRS In Memoriam

Professor David JP Barker CBE FRS

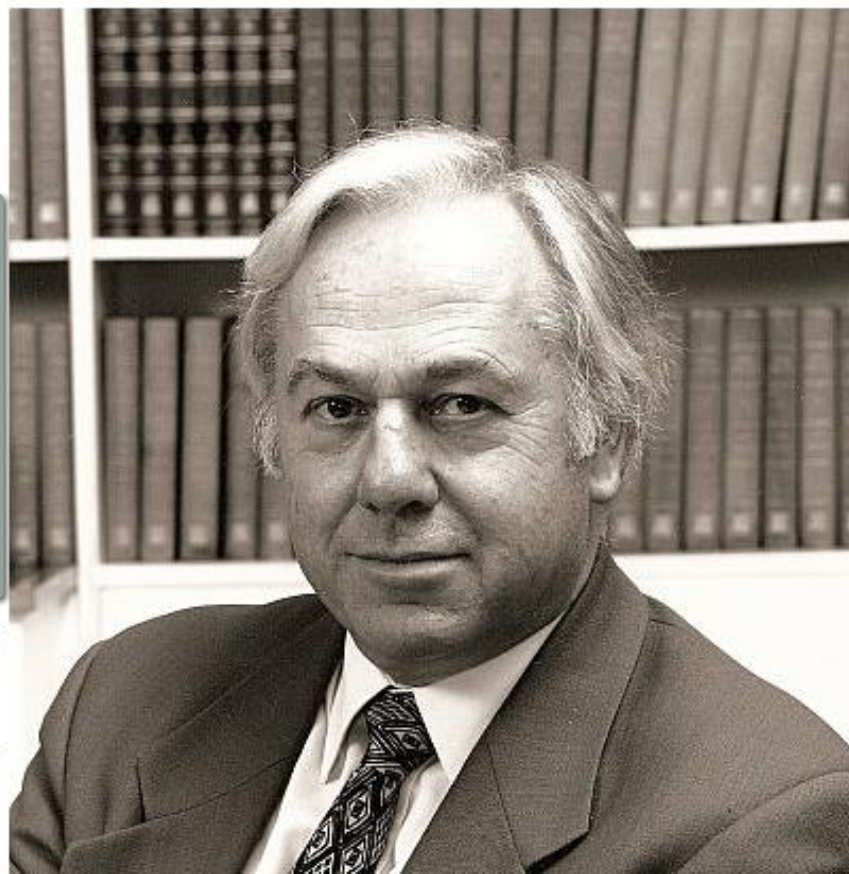
Born: 29th June 1938

Died: 27th August 2013

David Barker was a physician and one of the most influential epidemiologists of our time. His 'fetal programming hypothesis' (known as the 'Barker Hypothesis') transformed thinking about the causes of common disorders such as diabetes, cardiovascular disease and

cancer. He challenged the idea that they are explained by a combination of bad genes and unhealthy adult lifestyles, and proposed that their roots lie in early life: "the nourishment a baby receives from its mother, and its exposure to infection after birth, determine its susceptibility to chronic disease in later life". The environment of the fetus and infant, he suggested, permanently set or 'programme' the body's metabolism and growth, and thus determine the pathologies of old age. He set out these

ideas in a series of books, starting with *Mothers, Babies and Disease in Later Life* in 1994. His initially controversial, but now widely accepted, ideas have stimulated an explosion of research worldwide into the complex processes of fetal and early childhood development, and how these cause adult disease. This new field of research became known as the Developmental Origins of Health and



JOURNAL OF
DEVELOPMENTAL
ORIGINS OF HEALTH
AND DISEASE

Teoria de Barker

“The womb may be more important than the home”.

- Desequilíbrio entre o desenvolvimento de mecanismos adaptativos e os ambientes de exposição (exposoma!)

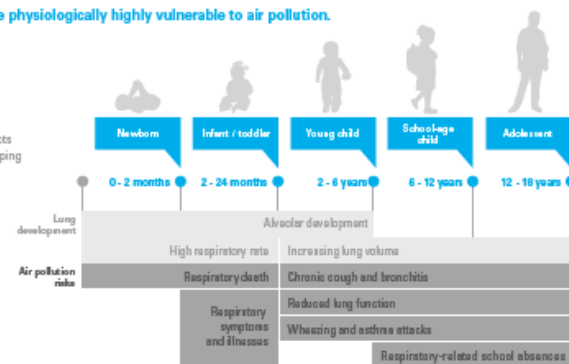
D J P Barker; BMJ Volume 301 17 November 1990





Children are physiologically highly vulnerable to air pollution.

Fig. 14: Air pollution effects on the developing respiratory system.



"The developing heart, lung, brain, hormone system and immunity can all be harmed by air pollution" – Royal College of Physicians, UK, 2016"

Source: <http://www.environment.oxa.edu/wordpress/article/1700.html>

Clear the air for children

Together, outdoor and indoor air pollution are directly linked with pneumonia and other respiratory diseases that account for almost one in 10 under-five deaths, making air pollution one of the leading dangers to children's health.



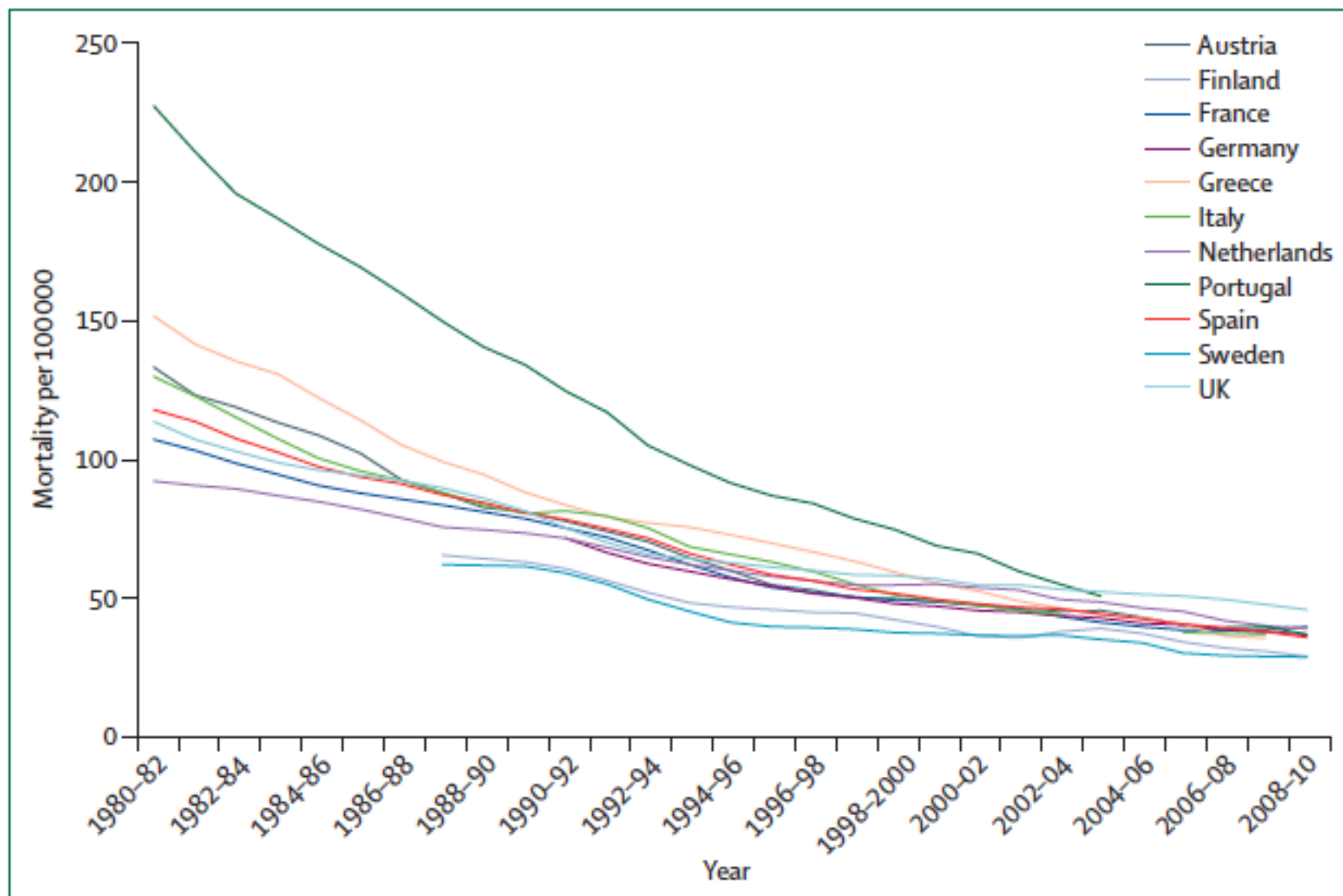


Figure 1: Trends in mortality in children aged 0–14 years in 11 European Union countries, 1980–2010

Source: WHO Mortality Database, 2012.² Data are directly standardised rates.

Ingrid Wolfe. Lancet 2013; 381: 1224–34



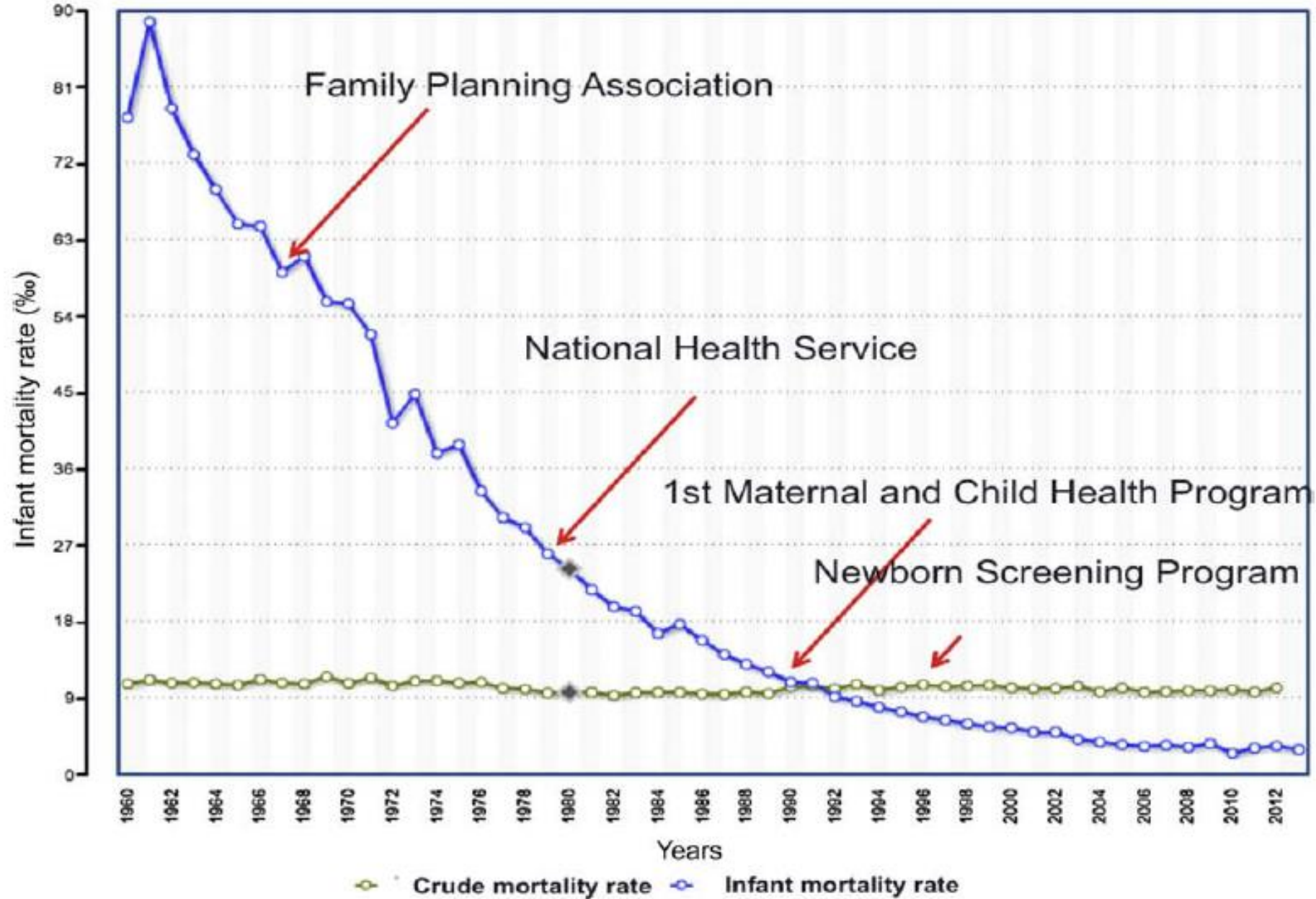
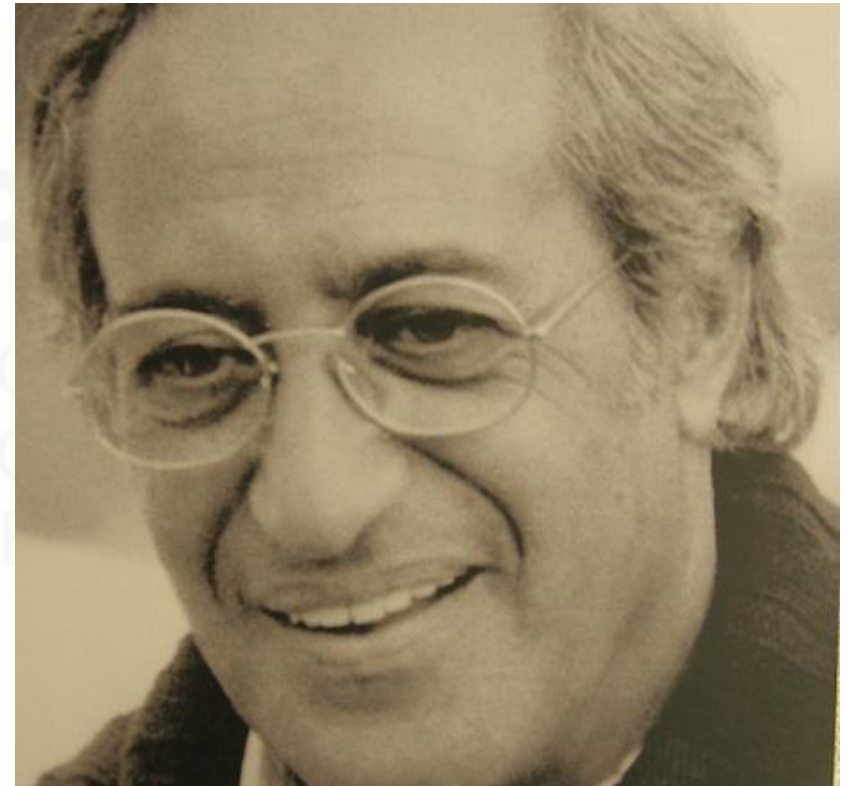


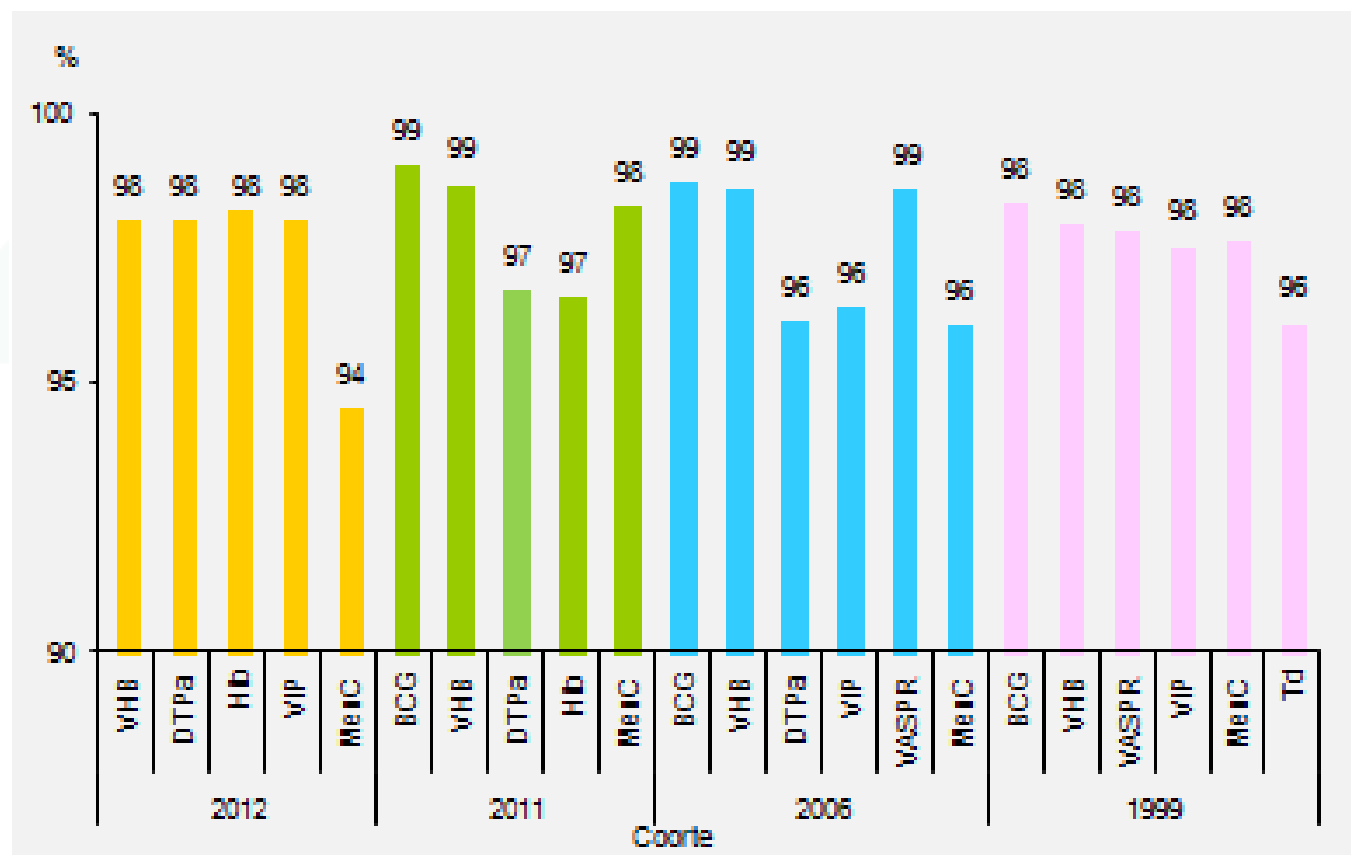
Figure 4. Evolution of infant mortality rate in Portugal and landmarks for changing. Adapted with permission from PORDATA (<http://www.pordata.pt>).³

[illegible]

Torrado da Silva (1937-1997)

Coberturas Vacinais por coorte em 31/12/2013 – PNV cumprido

VACINAS DO PNV		
Coorte	Vacina / Dose	%
2012	VHB	98
	DTPa	98
	Hib	98
	VIP	98
	MenC	94
2011	BCG	99
	VHB	99
	DTPa	97
	Hib	97
	MenC	98
2006	BCG	99
	VHB	99
	DTPa	96
	VIP	96
	VASPR	99
	MenC	96
1999	BCG	98
	VHB	98
	VASPR	98
	VIP	98
	MenC	98
	Td	96
1948	Td	74



Cortesía:
DGS Graça Freitas



Fonte: DGS/DSPDPS
Teresa Bandeira, 2016

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

1. Projecto *nascer cidadão* (registo do nascimento na maternidade);
2. nº de acesso ao SNS;
3. aviso electrónico do nascimento do hospital para Centro de Saúde;
4. e-boletín desmaterializado;
5. módulos clínicos com emissão de alertas em idades chave

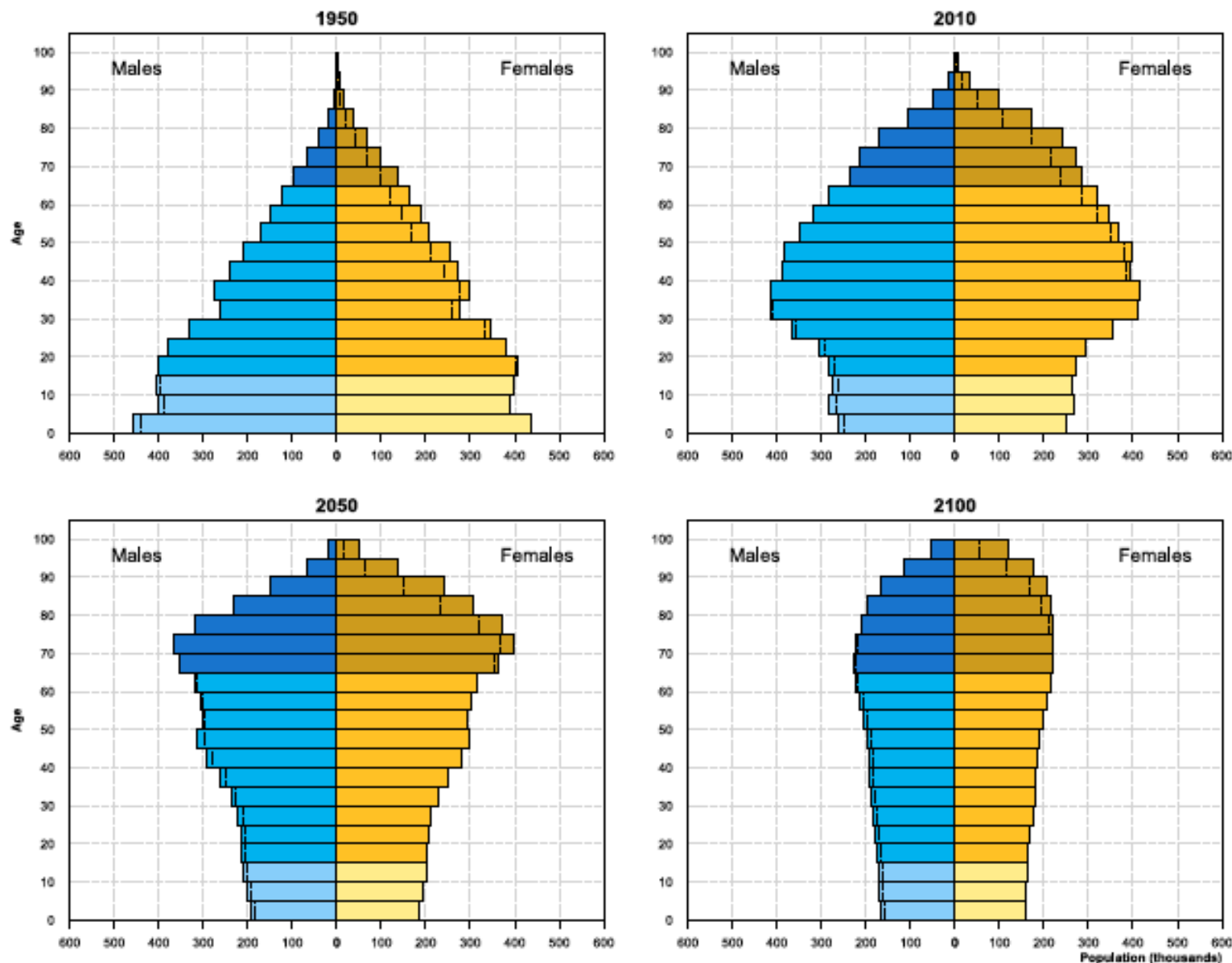
Periodicidade adaptável

1º ano de vida	1ª semana de vida
	1 mês
	2 meses (M)
	4M
	6M
	9M
1 - 3 A	12M
	15M
	18M
	2A
	3A
4 - 9 A	4A
	5A - Exame global de saúde
	6 ou 7A (final do 1º ano de escolaridade)
	8A
10 - 18 A	10A (ano do início do 2º ciclo do ensino básico)
	12 / 13 A - Exame global de saúde
	15 / 18 A



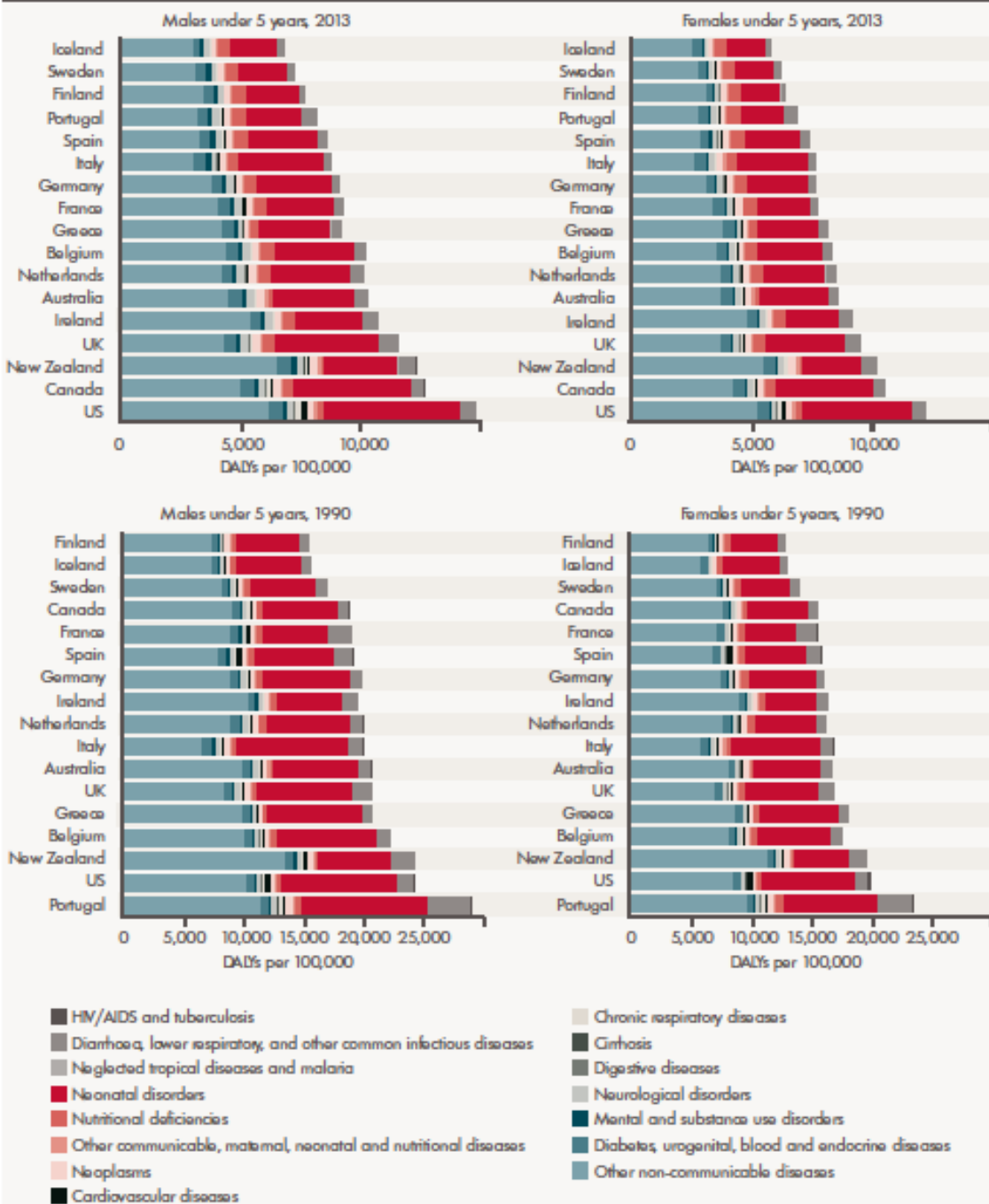
Cortesia: Carolina Constant; Sofia Almeida, IMC, FML

Population by age groups and sex (absolute numbers)



The dotted line indicates the excess male or female population in certain age groups. The data are in thousands or millions.

Figure 2: Disability-adjusted life years (DALYs) per 100,000, children under five years, 1990 and 2013



EDADE
TUGUESA
EDIATRIA

In Kossarova L, Devakumar D and
Edwards N (2016)
The future of child health
services: new models of care.
Nuffield Trust



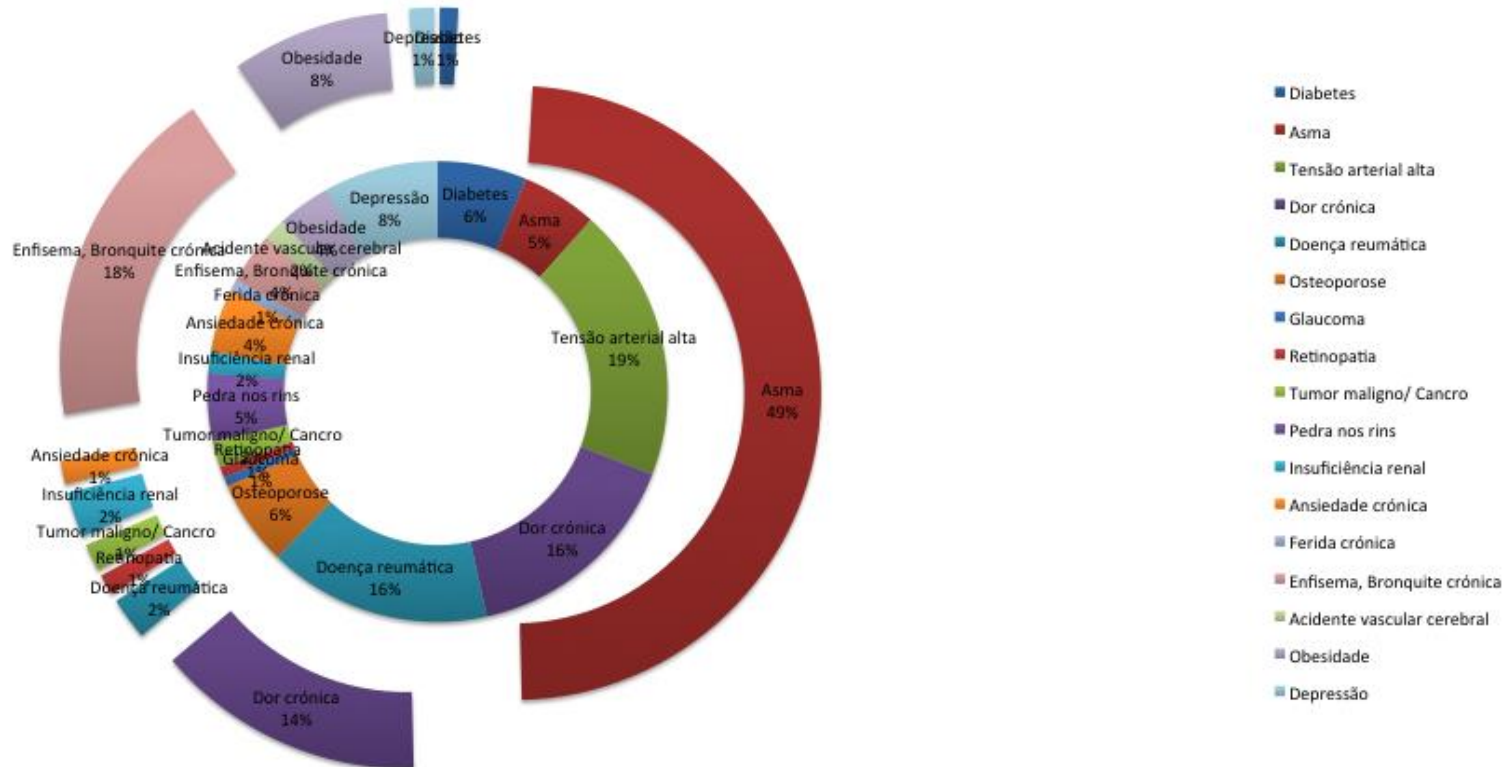
Prevalência do excesso de peso e obesidade

Western Europe	24.2 (23.1-25.2)	7.2 (6.7-7.6)	61.3 (60.5-62.2)	20.5 (19.9-21.1)	22.0 (21.0-23.0)	6.4 (6.0-6.8)	47.6 (46.8-48.4)	21.0 (20.4-21.7)
Andorra	15.9 (13.3-19.0)	9.3 (7.5-11.4)	34.4 (32.0-37.1)	10.6 (9.6-11.9)	18.4 (14.9-21.8)	9.5 (7.3-12.0)	36.1 (33.5-38.7)	7.2 (6.3-8.1)
Austria	18.9 (15.9-22.1)	10.3 (8.4-12.5)	59.7 (57.0-62.3)	18.4 (16.6-20.3)	16.3 (13.5-19.4)	7.8 (6.3-9.7)	42.8 (40.1-45.4)	17.4 (15.6-19.4)
Belgium	20.5 (17.7-23.6)	4.6 (3.7-5.5)	58.0 (55.2-60.8)	20.1 (18.0-22.1)	18.8 (16.0-21.8)	4.2 (3.3-5.1)	47.1 (44.3-49.9)	21.7 (19.5-24.1)
Cyprus	25.7 (21.9-29.6)	8.0 (6.5-9.9)	67.8 (65.0-70.6)	24.0 (21.8-26.5)	22.5 (18.9-26.2)	7.4 (5.9-9.2)	52.1 (49.1-55.1)	24.1 (21.7-26.6)
Denmark	19.7 (16.8-23.1)	8.7 (7.1-10.7)	59.2 (56.5-61.9)	19.6 (17.7-21.9)	19.4 (15.8-23.2)	5.9 (4.7-7.5)	44.7 (41.7-47.7)	19.9 (17.7-22.0)
Finland	26.0 (22.3-29.8)	9.2 (7.5-11.2)	62.2 (59.5-64.9)	20.9 (18.9-23.2)	21.1 (17.7-25.0)	6.6 (5.2-8.1)	50.4 (47.5-53.2)	22.3 (20.3-24.6)
France	19.9 (16.8-23.3)	5.8 (4.7-7.0)	55.9 (53.2-58.7)	19.3 (17.4-21.4)	16.0 (13.3-18.7)	4.7 (3.8-5.9)	42.8 (40.0-45.7)	19.7 (17.7-21.7)
Germany	20.5 (17.4-23.8)	5.5 (4.5-6.7)	64.3 (61.9-66.8)	21.9 (20.2-23.8)	19.4 (16.3-22.5)	5.3 (4.2-6.5)	49.0 (46.5-51.4)	22.5 (20.5-24.7)
Greece	33.7 (29.6-37.7)	10.5 (8.7-12.3)	71.4 (68.9-73.7)	19.1 (17.4-21.1)	29.1 (25.3-33.1)	7.9 (6.5-9.6)	51.1 (48.2-54.0)	19.4 (17.6-21.4)
Iceland	26.4 (22.7-30.2)	9.6 (7.9-11.6)	73.6 (71.3-75.8)	26.9 (24.4-29.7)	23.0 (19.7-26.6)	7.6 (6.1-9.4)	60.9 (58.0-63.8)	28.8 (26.0-31.5)
Ireland	26.6 (23.2-30.8)	6.9 (5.7-8.3)	66.4 (63.9-68.8)	22.9 (20.8-25.0)	26.5 (22.9-30.5)	7.2 (5.8-8.8)	50.9 (48.3-53.6)	22.5 (20.4-24.7)
Israel	31.0 (27.0-35.6)	13.9 (11.4-16.7)	60.4 (57.6-63.2)	21.4 (19.4-23.5)	26.6 (22.6-31.1)	11.3 (9.1-13.8)	52.7 (49.6-55.6)	24.8 (22.5-27.0)
Italy	29.9 (26.4-33.9)	8.4 (7.0-10.0)	58.3 (55.5-61.1)	18.6 (16.9-20.4)	24.3 (21.0-27.9)	6.2 (5.0-7.6)	41.4 (38.9-44.2)	17.7 (15.9-19.5)

	Boys <20 years		Men ≥20 years		Girls <20 years		Women ≥20 years	
	Overweight and obese	Obese	Overweight and obese	Obese	Overweight and obese	Obese	Overweight and obese	Obese
Portugal	28.7 (24.9-32.8)	8.9 (7.4-10.9)	63.8 (61.2-66.4)	20.9 (19.0-23.1)	27.1 (23.4-31.4)	10.6 (8.5-12.9)	54.6 (51.7-57.6)	23.4 (21.0-25.9)
Spain	27.6 (23.9-31.2)	8.4 (6.7-10.2)	62.3 (60.0-64.9)	20.2 (18.5-22.1)	23.8 (20.2-27.4)	7.6 (6.0-9.3)	46.5 (43.7-48.9)	20.9 (19.0-23.1)
Sweden	20.4 (17.5-23.4)	4.3 (3.6-5.3)	58.2 (55.6-61.0)	18.9 (17.0-21.0)	19.3 (16.5-22.5)	4.0 (3.2-5.0)	45.8 (43.2-48.5)	19.8 (17.7-21.9)
Switzerland	20.7 (17.4-24.4)	6.6 (5.4-7.9)	56.6 (53.7-59.4)	18.4 (16.5-20.1)	16.2 (13.4-19.4)	5.5 (4.3-6.8)	39.9 (37.0-42.9)	17.0 (15.3-18.8)
UK	26.1 (23.8-28.5)	7.4 (6.5-8.5)	66.6 (65.3-68.0)	24.5 (23.4-25.7)	29.2 (26.8-31.9)	8.1 (7.0-9.3)	57.2 (55.7-58.6)	25.4 (24.2-26.6)



Doenças crónicas



Monitorização: indicadores

- Melhoria geral da educação para a saúde da população, nos últimos anos, levando a uma maior consciência dos sinais de alerta para doenças comuns;
- Primeiro contato com os cuidados de saúde é flexível para situações de doença aguda:
 - serviços de atendimento urgente e urgências pediátricas hospitalares;
 - sistema de triagem específicos;
 - transferência bem organizada de doentes críticos.



Bandeira T. J Pediatr 2016;177S:S142-7

Qualidade de Cuidados e Monitorização: indicadores

- Ausência de marcadores para:
 - Utilização de recomendações
 - Grau de satisfação suportada pro questionários
 - Necessidade de apoio em saúde mental
 - Necessidade de atuação integrada na Obesidade
- % significativa de crianças não recebe cuidados de prevenção, na doença aguda ou recomendados para a doença crónica;
- Persistência de nºs elevados de acesso indevido por doença aguda aos serviços de urgência hospitalares;
- Internamentos não programados por doenças crónicas (asma, diabetes, epilepsia,

Kossarova L, (2016). Nuffield Trust



Organização de cuidados

- Os cuidados de saúde à criança continuam muito centrados na prestação dos cuidados agudos em detrimento dos cuidados programados ou antecipatórios;
- Mantem-se um conceito hierárquico de cuidados primários, secundários e terciários, mas na prática a entrada nem sempre é linear nem hierárquica;
- A perspectiva de cuidados integrados centra-se na pessoa, neste caso na criança, providenciando cuidados de saúde necessários, adequados, oportunos, acessíveis e eficientes.



Princípios de modelo / sistema de saúde ideal para a criança

Compreender as necessidades específicas das crianças, dos jovens e das suas famílias (incluindo as determinantes gerais)

Proporcionar acesso a cuidados de saúde pediátrica / à criança, de elevada qualidade e experiência, na comunidade

Ligar informações, dados, comunicação e cuidados (na horizontal e na vertical)

Promover literacia em saúde

**Resultados em saúde
(indicadores)**

Kossarova L, (2016). Nuffield Trust



Feresa Bandeira, 2016

Cuidados integrados

1. Saúde



2
Cuidados Primários

Cuidados Secundários

Cuidados Terciários

Figure 1 Determinants of child health.

Wolfe I, et al. Arch Dis Child November 2016 Vol 101 No 11

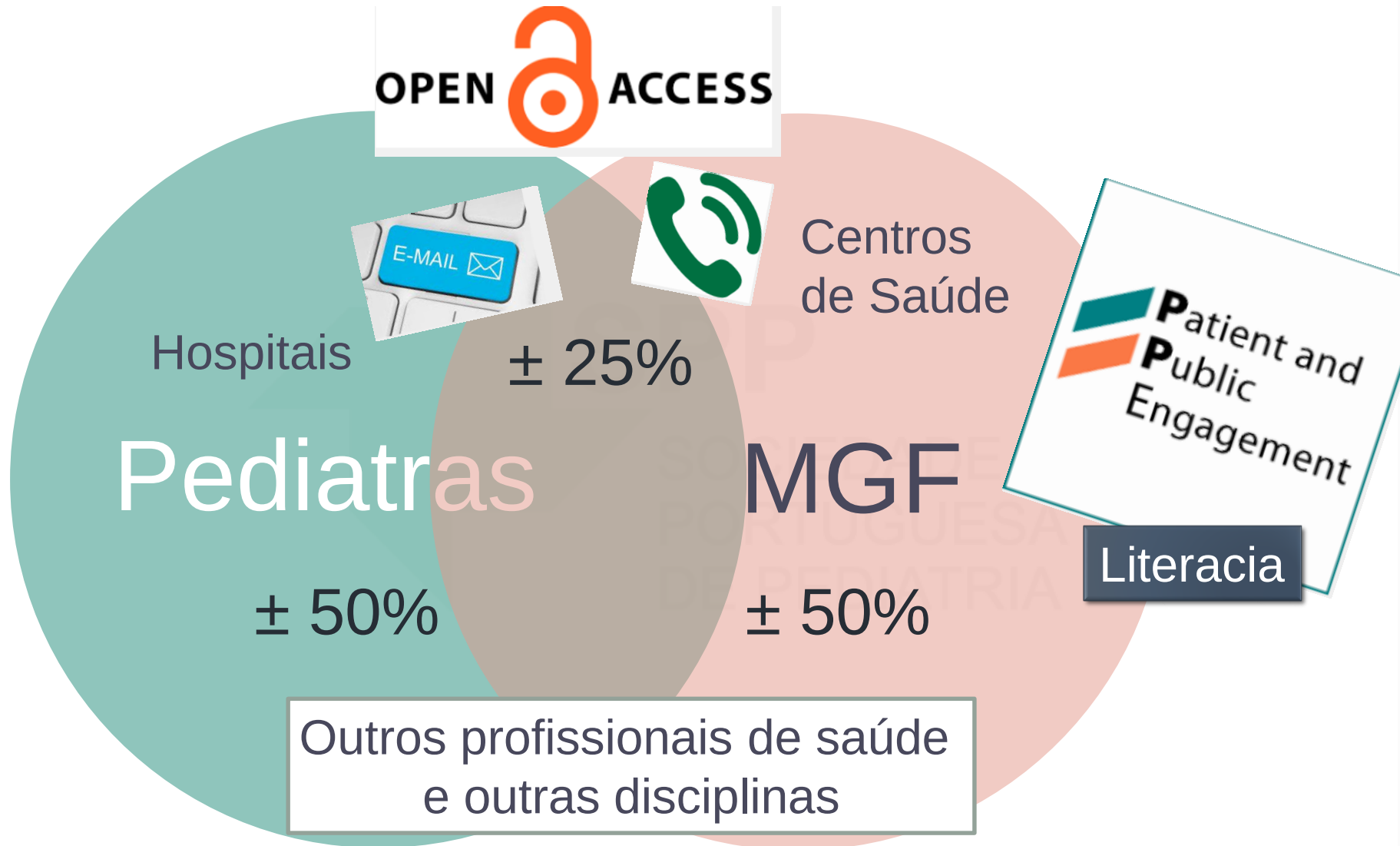


the times they are a-changin'

*Come mothers and fathers
Throughout the land
And don't criticize
What you can't understand
Your sons and your daughters
Are beyond your command
Your old road is
Rapidly agin'
Please get out of the new one
If you can't lend your hand
For the times they are a-
changin'.*



Criança e sistemas de saúde



Conclusões

- Considerar prioritário o acompanhamento da saúde das crianças e famílias uma vez que muitas doenças da idade adulta têm uma origem precoce durante a infância e que o diagnóstico precoce influencia a evolução e bem-estar na vida adulta;
- Organizar cuidados centrados na Criança com doença crónica (cuidados paliativos), definindo uma rede de centros pediátricos incluindo os altamente especializados de competências;
- Monitorizar a qualidade e implementar orientações clínicas baseadas na evidência, com registos digitais, incluindo codificação internacional;

Bandeira T. J Pediatr 2016;177S:S142-7



Sumário

- Necessidades individuais e especiais da Criança;
- Contributos da organização dos cuidados de saúde à Criança e à Família:
 - Demografia e saúde (natalidade, morbilidade, mortalidade);
 - Programas: PNSIJ, Indicadores
 - Novas tecnologias e registos: SICO; SINAVE, BSIJ;
- NCDs e sustentabilidade no séc. XXI;
- Literacia em saúde (profissionais, população, incluindo jovens, crianças e família), considerar a Escola;
- Formação específica para médicos e outros profissionais de saúde e sociais, incluindo nos modelos de prestação de cuidados

