

PEDIATRIA NA ATENÇÃO BÁSICA CIÊNCIA E ARTE EM TRANSIÇÃO PARA CRIANÇAS QUE VÃO VIVER 100 ANOS OU MAIS

O título deste texto parafraseia o de um artigo do professor de Pediatria da UNIFESP, Jayme Murahovschi (2006), para dizer que a motivação para a construção de mais um texto com o tema da Saúde da Criança e do Adolescente foi o desafio de pensarmos juntos sobre a integralidade da atenção, pretendida no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, pelo Programa Saúde da Criança, em época de transição demográfica e epidemiológica (Santos, 2010); enfocando sim a prevenção e tratamento das doenças comuns na infância, a promoção de saúde, mas também buscando ampliar as percepções sobre as necessidades das famílias e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (Mattos, 2001); podendo pensar na atenção à saúde como construção de autonomia para escolher individual e coletivamente a melhor forma de andar a vida (Campos, 2007).

Na década de 70 nos orgulhávamos de ser uma nação jovem: a nossa pirâmide populacional era um triângulo de base larga, que se afilava rapidamente. A análise mais atenta, no entanto, mostrava que a população jovem era decorrente da associação de uma alta taxa de natalidade (5,8 filhos/mulher em idade fértil), mesmo frente à elevada mortalidade infantil da época - 75/1.000 nascidos vivos. As nossas crianças morriam de desnutrição e doenças infecciosas; consequência de alimentação inadequada, a primeira prejudicava a imunidade contra infecções que, repetidas, agravavam a desnutrição. As doenças infecciosas respiratórias e as diarreicas constituíram durante muito tempo, na principal causa de morte das crianças brasileiras até um ano de idade (Murahovschi, 2006).

Os agentes infecciosos tidos como “vilões” da alta morbi-mortalidade, eram, na realidade, simples carrascos a executarem a sentença de morte ditada pelas condições socioeconômicas desfavoráveis: a pobreza, a falta de

saneamento básico, a baixa escolaridade e a conseqüente falta de educação em saúde, os serviços médicos insuficientes e o grande flagelo dos países em desenvolvimento, o desmame precoce (Murahovschi, 2006)

A situação do Brasil melhorou significativamente: o saneamento básico, a universalização e a integralidade da atenção à saúde, a educação em saúde com uma visão ampliada do processo de adoecimento tiveram conseqüências sobre queda da natalidade (2,3 filhos/mulher) e na mortalidade infantil (27/1.000 nascidos vivos), e aumento da expectativa de vida ao nascer. A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência têm como objetivos, além da redução da mortalidade infantil, prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento é o eixo central e integrador de todas as ações de saúde da criança: atendimento oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais têm por características sua elevada eficácia na prevenção de problemas, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida, com impacto surpreendente na morbimortalidade infantil. Mas têm sido freqüentes as dificuldades para implementar essas ações. Entre as mais comuns: a baixa adesão das mães à consulta de puericultura, a dificuldade de compatibilizar as atividades de rotina da atenção básica – consultas de rotina, visitas domiciliares, grupos de promoção de saúde – com a demanda eventual para o tratamento de doentes, além da falta de uma equipe completa e/ou competente para dar conta de uma tecnologia tão complexa quanto à das relações, as tecnologias leves (Merhy, 1997, 2002). Ou seja, um modelo assistencial que se comprometa com a atenção integral à saúde da criança depende da organização dos serviços: deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família.

Existem várias modalidades de atendimento à criança, as do núcleo específico de competência de cada profissional e aquelas do campo do cuidado (Merhy, 1998, 2002), que pode ser realizada por qualquer trabalhador comprometido com a construção da resposta para uma necessidade de saúde (Cecílio, 2001). Esta estratégia de abordagem permite envolver toda a equipe no acompanhamento da criança, possibilita uma abordagem integral da saúde e ajuda a equacionar a agenda dos profissionais.

O Ministério da Saúde (2004) propõe para atenção básica linhas de cuidado que privilegiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido.

1 - Atenção à Saúde da Mulher:

Para identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem comprometer a saúde da mulher e do recém-nato, a clínica ginecológica se compõe de uma série de ações – anticoncepção, atendimento às mulheres vítimas de violência, tratamento das doenças sexualmente transmissíveis/aids, atenção à infertilidade – com o objetivo de prevenir a gravidez indesejada ou de alto risco; de se ter um intervalo entre as gestações, de forma que a “mãe dedicada comum” (Winnicott, 1966) possa ser o facilitador do crescimento e desenvolvimento infantil inicial (Winnicott, 1945, 1949,1960).

São, sem dúvida, ações importantes, mas, por si só, seriam capazes de atingir os objetivos propostos? Após a realização de vínculos, questionamentos esclarecedores da história/dinâmica familiar podem ser feitos à família: como foi/é o planejamento familiar? Como é o acompanhamento da Saúde da Mulher? São informações que podem nos auxiliar a identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem comprometer a saúde da mulher e do recém-nato e ajudar o casal a tomar uma decisão mais satisfatória para suas necessidades.

2 - Atenção à Gestante e ao Recém-Nascido

O acompanhamento pré-natal e a assistência à puérpera prevêm o acesso universal, a primeira consulta realizada antes do 4º mês de gestação, com o mínimo 6 consultas distribuídas ao longo da gestação e outra até 40 dias de puerpério, para garantir que intercorrências/doenças mais comuns (diabetes gestacional, infecções, doença hipertensiva da gravidez) sejam evitadas/tratadas.

A maioria das mortes maternas e neonatais ocorre durante a internação para o parto. Organizar a referência e contra-referência da gestante para o parto, com disponibilidade de meios seguros de transporte, assistência imediata e de qualidade no hospital/maternidade, a atenção a puérpera constituem passos importantes do cuidado, evitando que as mulheres no final da gravidez, muitas vezes já em trabalho de parto, perambularem pela cidade a procura de vaga em maternidade.

Em Ribeirão Preto, o projeto “Nascer” promove o encaminhamento da gestante à unidade hospitalar, na 36ª semana de gravidez, onde finalizará o Pré-Natal e realizar-se-á o parto, conhecendo a equipe que a acolherá.

Outro projeto municipal, o “Floresce uma Vida”, proporciona à dupla mãe-bebê orientações para aleitamento materno, anticoncepção durante a amamentação, teste da acuidade auditiva (teste da orelhinha) e visual (teste do olhinho). Na alta hospitalar, agenda-se o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), para realização do Teste do Pezinho (Triagem Neonatal para Fenilcetonúria, Anemia Falciforme, Hipotireodismo e Fibrose Cística), recebimento das primeiras vacinas, consultas de puericultura e puerpério. Este sistema de contra-referência permite que as equipes das UBS's estejam atentas às mães-crianças que não comparecerem à Unidade de Saúde na 1ª semana após o nascimento. A busca ativa tem como objetivos atender multidisciplinarmente as dificuldades naturais da maternidade – Winnicott (1966) considera que a “preocupação materna primária” é condição materna essencial para prover as necessidades do recém-nascido –, assim como confirmar

diagnósticos e o imediato acompanhamento/ tratamento especializado de doenças incapacitantes.

O princípio da regionalização no SUS tem entre as suas finalidades proporcionar um acesso facilitado ao atendimento nas UBS's, equipadas para a atenção ao binômio mãe-bebê. Será que as unidades de saúde cumprem essa função? Quais são as facilidades e dificuldades? Seria interessante indagar às diversas famílias como realizaram/realizam o pré-natal e comparar com as diferenças de épocas, de unidades. O que podemos promover para que o ideal da saúde para todos seja cumprido?

3 - Incentivo ao Aleitamento Materno

As evidências científicas comprovam que o leite humano tem grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta, pelas vantagens nutricionais, imunológicas, como pelo bem-estar e pela afetividade proporcionados às crianças. Considerado garantia fundamental para a da saúde infantil, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado com alimentos apropriados até os dois anos de idade (Alves e Moulin, 2008) só se desenvolverá se for promovido com apoio integral à mulher. Por isso, é prioridade o desenvolvimento das várias ações de promoção da amamentação.

A abordagem inicia-se durante o pré-natal: orientações sobre os cuidados com os mamilos, importância do alojamento conjunto na maternidade e amamentação precoce, informações sobre a licença maternidade para a mulher trabalhadora (Constituição Federal garante 120 dias de licença maternidade, sem prejuízo do emprego e salário e direito à nutriz, quando do retorno ao trabalho, a pausa de uma hora por dia, podendo ser parcelada em duas – MS, 2010), a atenção aos outros filhos e ao pai, que costumam ficar enciumados com a dedicação que o bebê necessita .

Após o nascimento, dedicar tempo para ouvir as dúvidas, preocupações, dificuldades das mães e familiares, conhecer as crenças que a comunidade cultiva auxiliam no desenvolvimento da amamentação e envolve todos neste processo.

Há toda uma cultura sobre o leite “fraco”, “aguado” que não sustenta o bebê, que pode ser reconstruída com informações claras, sem recriminações. Por exemplo, explicar como o leite é produzido, porque o uso de chupetas, mamadeiras pode levar ao desmame, os riscos de introdução de uma alimentação artificial precocemente, ajudam a mãe a decidir sobre a alimentação possível para o seu filho, isto é, o ideal de amamentação que cabe em seus recursos internos e externos.

Orientação quanto ao posicionamento da criança e pega da aréola mamária pode evitar lesões nos mamilos, ingurgitamento mamário, processos tão dolorosos para a mãe, que podem levar ao desmame.

Todas estas medidas, que a equipe da saúde está capacitada para realizar, são importantes, mas para que a amamentação seja bem sucedida, a mãe precisa de apoio emocional, ajuda nas tarefas domésticas, estar de fato amparada pelas leis trabalhistas, entre outras condições, sempre surpreendentes para quem se dispõem a conhecê-las.

Qual a importância que a família visitada dá ao aleitamento materno? Há criança em aleitamento exclusivo, ou as crianças foram amamentadas ao peito? Se não, quais foram as dificuldades? As mulheres conhecem as leis que protegem a criança e portanto seu direito de amamentar?

4. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

O seguimento da criança tem a potência de estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança. Toda criança deve receber a “Caderneta de Saúde da Criança” (CSC - MS), de preferência ainda na maternidade. Implantada desde 2005, é o documento onde são registrados os dados de identificação da criança, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, da saúde bucal, auditiva e visual, as vacinações, além do registro das intercorrências clínicas. Contém ainda

orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos como acidentes e violência doméstica. Entregue às famílias na maternidade, deve acompanhar a criança sempre que esta for levada a qualquer serviço de saúde. O registro correto e completo das informações é requisito básico para vigilância e promoção da saúde infantil, além do diálogo com a família sobre as anotações realizadas possibilitar apropriação do sentido da puericultura, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância à saúde. As visitas domiciliares ou os atendimentos de saúde na UBS são oportunidades de entrar em contato com este cartão fazendo atualizações. As unidades de saúde em que estamos trabalhando fazem uso desta ferramenta?

Para organizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de atendimentos à criança. Vamos conhecer a agenda de puericultura de sua unidade: como a equipe se apropria deste acompanhamento? E as famílias? Há dificuldade de acesso?

Calendário mínimo de atendimentos de crianças, proposto pelo Ministério da Saúde

Número de atendimentos/ano	Idade											
	Dias	Meses						Anos				
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5
1º ano - 7 atendimentos	●	●	●	●	●	●	●					
2º ano - 2 atendimentos								●	●			
3º ano - 1 atendimento										●		
4º ano - 1 atendimento											●	
5º ano - 1 atendimento												●

Na casa da família, a Caderneta de Saúde da Criança pode ser solicitada e verificada. No caso de não existir, o estudante pode apresentá-la à família, mostrando sua importância.

5. Alimentação Saudável e Prevenção do Sobrepeso e Obesidade

Como já vimos, o aleitamento materno é o início de uma alimentação saudável, por isso tem sido tão incentivado. A introdução de novos alimentos, aos 6 meses de idade para as crianças que estavam em aleitamento exclusivo, demanda observação dos hábitos alimentares da família e orientação cuidadosa baseada na nutrição saudável. A equipe de saúde deve destacar a importância dos hábitos alimentares, como um meio eficiente de promoção da saúde, controle dos desvios alimentares e nutricionais e prevenção de várias doenças, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

As ações de vigilância devem identificar, através da CSC, as famílias e crianças em risco e priorizar o seu atendimento por programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis.

Mais uma vez valorizamos a importância de tais medidas, mas devemos estar atentos para a possibilidade da realização das práticas de orientação, após observação cuidadosa, conhecimento e desenvolvimento de vínculo com a família, caso contrário não passam de discursos sanitários distantes da realidade das pessoas. Seria interessante observar: sob que cuidados ficam as crianças quando as mães voltam a trabalhar? Nas creches, pré-escolas e mesmo nas escolas, a alimentação oferecida está de acordo com o que aprendemos sobre a dieta saudável? As fórmulas lácteas prescritas como ideais para substituição do aleitamento materno, cabem no orçamento da maioria das famílias a que assistimos? Desnutrição ou obesidade é um problema na família visitada? Procure observar, com discrição, horários alimentares, a característica dos alimentos presentes, às vezes, até o conteúdo do lixo pode fornecer informações importantes.

6. Imunização

A erradicação da febre amarela urbana, da varíola, da poliomielite e eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo são avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis, mas muito ainda deve ser feito para se atingir a meta de vacinar com o esquema básico no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano, para garantir a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis. Assim, é prioridade na atenção à saúde da criança e da mulher:

- vacinar mulheres em idade fértil com a dupla adulto e tríplice viral;
- vacinação contra hepatite B até 24 anos;
- gestantes sem esquema vacinal ou com esquema vacinal incompleto ou completado há mais de 5 anos devem receber a vacina dupla adulto. Completar esquema com dupla adulto e tríplice viral no pós-parto e pós-aborto, se o esquema vacinal não estiver completo;

- o esquema de vacinação contra hepatite B inicia-se nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. Quando a mãe é portadora do vírus da Hepatite B, é necessária aplicação de imunoglobulina anti-hepatite B nos recém-nascidos também nas primeiras 12 horas de vida;

- o BCG intra-dérmico deve ser feito de preferência na maternidade, ou na primeira semana de vida com o objetivo de atingir cobertura de 90% das crianças;

- completar o esquema básico de vacinação da criança menor de 1 ano com a vacina contra a poliomielite (Sabin), contra o tétano, coqueluche, difteria e hemófilo B (tetraivalente) e hepatite B; contra rotavírus, contra pneumococos, contra a rubéola, caxumba e sarampo (tríplice viral);

- em área endêmica, vacinar 100% da população menor de 1 ano contra febre amarela.

Reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis compreende conhecer a situação das mesmas. Na ocorrência de alguma delas, a equipe de saúde deve notificar imediatamente a vigilância epidemiológica para se traçar medidas de prevenção e controle. A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população, acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, fazendo a busca ativa de faltosos. A continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos serviços de saúde possibilita ampliar a cobertura de vacinação, principalmente depois dos 5 anos de vida, quando a cobertura não tem sido atingida pela ação dos serviços de saúde.

Em Ribeirão Preto, o sistema Hygia tem registro do esquema de vacinas das pessoas que as receberam no município. Seria interessante saber a situação vacinal da família acompanhada por você, relacioná-la com a cobertura da área de abrangência da UBS e da cidade, conhecer o funcionamento da sala de vacina, avaliar se as metas estão sendo atingidas, quais as dificuldades para alcançá-las. Há outras vacinas (contra varicela, hepatite A, papiloma virus) que

não constam do calendário da rede pública, mas estão disponíveis na privada. É importante saber a razão desta diferença para orientar e esclarecer as pessoas.

Durante a visita domiciliar, o estudante pode dizer que faz parte do seu aprendizado o Calendário Vacinal e que para isso precisa ver vários cartões de vacinas. A inexistência do cartão ou a falta de vacinação são informações importantes para elaboração de ações que possam auxiliar a família cumprir com prevenção tão importante.

7. Atenção às Doenças Prevalentes:

As doenças diarreicas e respiratórias persistem como graves problemas para a criança, pondo em risco a sua vida. Entre as doenças respiratórias, as alergias, pneumonias e a asma constituem motivo freqüente de consultas em ambulatórios e serviços de urgência, o que demanda equipes de saúde qualificadas para uma atenção integral, evitando-se internação hospitalar e morte por esse motivo.

As parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa na infância, interferindo no desenvolvimento adequado da criança, o que demanda, conjuntamente com a doença diarreica, ações intersetoriais integradas e promotoras de acesso à água tratada e esgotamento sanitário, além de tratamento adequado.

As ações contra transmissão vertical do HIV, a sífilis e a rubéola congênita e o tétano neonatal têm sido realizadas por meio do oferecimento de exames sorológicos, tratamento e profilaxia durante o pré-natal, no parto e no puerpério, de modo que as medidas de prevenção e controle pertinentes sejam tomadas, prevenindo-se novos casos.

Como existem ações de saúde e intersetoriais integradas para prevenção e controle dessas doenças, a prevalência e o índice de incidência aumentados determina investigação crítica sobre as circunstâncias de sua ocorrência, indicando as que necessitam de implementação. A UBS visitada por vocês possui estes dados? Há outras doenças cujos indicadores são preocupantes?

A família visitada lida com algum destes problemas de saúde? Tem acesso a tratamento? É necessária a intervenção de outros setores para resolução dos problemas?

8. Atenção à Saúde Bucal

É importante saber sobre as funções e a importância da boca para a saúde das pessoas, incluindo as relações sociais. A saúde bucal da criança começa com o cuidado à saúde da mulher e da família: condições favoráveis antes e durante a gravidez, inclusive com tratamentos preventivos e curativos evitam trabalho de parto prematuro. Em Ribeirão Preto, através do Projeto “Meu Bem Querer”, as gestantes são priorizadas para o tratamento dentário.

O aleitamento materno deve ser incentivado, pois promove a saúde dos dentes e o correto crescimento dos ossos da face, prevenindo problemas ortodônticos e da fala.

O vínculo criado entre a equipe de saúde e a família permite conhecer a importância atribuída por esta à sua saúde bucal e quais os seus hábitos de vida, principalmente alimentares e de higiene. Hábitos lesivos (falta de horário para alimentação, uso de chupetas e mamadeiras, ingestão excessiva de medicamentos, consumo de álcool, fumo e drogas) podem ser modificados, através de trabalhos em grupos, consultas, visitas e observação, para melhorar a saúde de toda a família.

Os cuidados de higiene bucal (acesso à água fluoretada, uso de panos, gaze, escova e fio dental), devem ser constantemente estimulados e construídos nas diversas ações das equipes de saúde, como a única maneira de se controlar a microbiota bucal no dia-a-dia, a cárie ou outras doenças da boca. Os tratamentos preventivos e curativos devem ser realizados em intervalos regulares constantemente.

Como é a atenção à saúde bucal da unidade de saúde que você visita? Qual a importância que a família dá a ela, hábitos de higiene bucal, acesso ao tratamento dentário?

9. Saúde Mental

Todos os cuidados que se tem com a família, mulher-mãe, antes mesmo do nascimento de uma criança, saber com é a relação com o bebê, a maneira como essa família se dispõe a cuidar, seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, como essa criança é recebida e “endereçada” ao mundo, são fatores fundamentais para a saúde mental.

A Psicologia do Desenvolvimento e a Psicanálise reconhecem que as experiências infantis precoces têm influências importantes sobre a personalidade (Winnicott, 1971; Brazelton e Cramer, 1990; Bowlby, 1976). Nesse contexto, para todos os profissionais que atuam na rede de cuidados, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento se coloca como o eixo privilegiado da identificação de necessidades especiais, acolhendo mães e famílias com dificuldades na relação com o recém-nascido, identificando casos em que se caracteriza a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial mais intensiva, como nos casos em que há sintomas indicativos de autismo, psicose, ou neuroses mais severas. Devem ser definidos a rede e o fluxo de assistência capazes para avaliação e o tratamento destas crianças.

Muitas das demandas atuais à saúde mental decorrem da ausência de espaços de participação social, de exercício do protagonismo infanto-juvenil, da falta de perspectivas e de oportunidades para o desenvolvimento das aptidões e mesmo do efetivo exercício de cidadania de crianças e jovens. Reconhecer a importância e o significado dos espaços de construção coletiva e de efetivo exercício da intersetorialidade, fundamentais na luta para assegurar o lugar da criança no seu território, na comunidade e na cidade tem a potência de reverter em medidas – inclusão em atividades de socialização, oficinas culturais e esportivas da própria comunidade –, recursos tão valiosos para promoção da saúde e prevenção dos distúrbios de comportamento e das doenças mentais.

Como a equipe de saúde visualiza e promove a saúde mental, na Atenção Básica? Seria interessante conhecer na família visitada, como estes reconhecem e valorizam a saúde mental. A doença mental é importante na área de adscrição da unidade de saúde, e na família visitada por você?

10. Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil.

A violência urbana e doméstica (o abuso sexual, o abandono, a negligência e a violência psicológica), os acidentes domésticos (quedas, choques elétricos, queimaduras e ingestão de substâncias químicas) e do trânsito, deixam marcas, nem sempre visíveis, por toda a vida, são causas importantes de morbimortalidade na infância, e trazem aos serviços de saúde a necessidade de estruturação diferenciada.

Cabe às equipes de saúde identificar e notificar os casos de violência e maus-tratos, suspeitos ou confirmados (Notificação Obrigatória de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes– MS, 2002), de acordo com fluxo local, além de proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente.

As equipes de saúde deverão estar atentas para reconhecer situações de risco nas famílias (alcoolismo, abuso de drogas, desagregação familiar) além de sinais e sintomas sugestivos de violência em todos os seus atendimentos e visitas domiciliares, tais como lesões físicas (equimoses, fraturas, queimaduras), alterações de comportamento (agressividade, medo, timidez excessiva, apatia), negligência (criança mal cuidada, internações repetidas, desnutrição crônica, etc.), entre outros. Esses comportamentos podem refletir situações de abuso psicológico, abuso sexual/físico; síndrome da criança espancada; síndrome do bebê sacudido; abandono; maus-tratos; negligência, violência institucional, intrafamiliar e violência social.

Campanhas educativas de prevenção aos acidentes e violências na infância e adolescência, desenvolvidas em parceria com organizações não governamentais, universidades e sociedades científicas são importantes para a mudança de hábitos culturais presentes na comunidade.

O setor saúde tem dificuldades em olhar para o castigo familiar, muitas vezes visto como educativo; reconhecer programas televisivos, filmes e “games” como inadequados para compreensão e desenvolvimento da criança; valorizar a negligência familiar e da sociedade como determinantes tão importantes para o adoecimento. Estes têm sido focos da sua observação nas visitas familiares? E a UBS à qual você se vinculou este ano, participando do trabalho de

reconhecimento dos determinantes sociais da doença, como lida com o tema da violência, maus tratos e trabalho infantil?

11. Atenção à criança portadora de deficiência

Pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência – física, mental ou sensorial – com repercussão negativa no desenvolvimento neuropsicomotor. Por outro lado, cerca de 70 a 80% das seqüelas podem ser evitadas ou minimizadas através de condutas e procedimentos simples de baixo custo e de possível operacionalização (acompanhamento do crescimento, estimulação global do desenvolvimento, imunização e abordagem oportuna das alterações observadas).

As crianças com necessidades especiais devem receber atenção integral e multiprofissional, devendo ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social. Em toda visita domiciliar ou atendimento da criança a equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta como atraso nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente, ausência de resposta aos estímulos sonoros, dentre outros, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as conseqüências da deficiência.

O cuidado integral à criança portadora de deficiência (diagnóstico, tratamento, procedimentos de reabilitação, medicamentos, assistência odontológica, ajudas técnicas e a nutrição adequada; o fornecimento de órteses, próteses, bolsas pediátricas de colostomias, medicamentos, leites especiais; obedecendo o fluxo local de assistência) pressupõe reabilitar a criança na sua capacidade funcional e desempenho humano, proteger a sua saúde para que possa desempenhar o seu papel em todas as esferas da sua vida social.

Há na família visitada alguma criança com deficiência? A família tem acesso aos recursos disponibilizados pelo SUS? E na população adscrita pela unidade de saúde, a deficiência é um problema? Como a equipe da unidade intermedia estes recursos?

12. Atenção à Saúde do Adolescente e Jovens:

A adolescência é caracterizada por profundas mudanças físicas, emocionais, mentais e sociais. Puberdade refere às mudanças fisiológicas e morfológicas, as principais manifestações são: o estirão puberal, o desenvolvimento gonadal, o desenvolvimento dos órgãos de reprodução e das características sexuais secundárias. Do mesmo modo, as modificações nas relações sociais – na família, na escola e na comunidade fazem com que os adolescentes vivenciem um processo contínuo de busca de autonomia e independência, com um novo olhar para a vida, acompanhado de um questionamento de valores até então aceitos. A interação dessas transformações no contexto da família, da sociedade e do ambiente sociocultural culmina com a construção da identidade adulta. Esta não acontece, na maioria das vezes, tranquilamente. É preciso estar mais uma vez atentos aos suportes familiar, comunitário e social.

As mudanças na estrutura familiar e no mercado de trabalho aumentaram o tempo que os adolescentes passam sem a presença dos adultos, especialmente dos pais. Dessa forma, o processo de amadurecimento que deveria ser gradual, com a aquisição de autonomia e responsabilidade, ocorre de forma abrupta. Além disso, o distanciamento dos pais limita a comunicação entre os adolescentes e suas famílias, constituindo risco para a iniciação precoce de atividade sexual, uso de drogas e comportamentos delinquentes. O profissional de saúde tem como uma de suas atividades perceber a dinâmica familiar e criar espaços para fortalecer essa relação, buscando a participação de outras pessoas da família e da comunidade. A escola tem grande significado na formação da identidade da criança e do adolescente, por isso representa um lugar privilegiado de aprendizagem e de promoção de saúde.

A equipe de saúde conhece os problemas enfrentados pelas famílias com adolescentes e jovens? Quais são os indicadores para gravidez na adolescência, obesidade, absenteísmo escolar, trabalho infantil, alcoolismo e uso de drogas? E na família visitada, há algum desses problemas?

Assim, o espaço de interação com o adolescente e jovem na família deve contribuir para o desenvolvimento da cidadania, evidenciando a importância de sua participação na vida social e de seu papel protagonista na construção de um projeto de vida consciente e responsável. É importante conhecer o seu engajamento na vida da família e da comunidade, como é o acesso para prática de esporte, lazer, cultura, expressão artística e de atividades que promovam a saúde, principalmente na discussão de conteúdos ligados à sexualidade e a questões ambientais.

A estratégia de saúde da família, entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Portanto, a unidade básica de saúde é preferencialmente porta de entrada do sistema, é o momento privilegiado para prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas. No entanto, não se pode perder de vista que qualquer local do sistema de saúde e outros espaços sociais colocam-se como *oportunidade de cuidado*.

As unidades de saúde devem aderir à *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. O alcance de resultados, definidos e pactuados, devem ser avaliados periodicamente, através de critérios e indicadores para essa avaliação tendo como referência as diretrizes apontadas pelos níveis regionais, estaduais e federal.

Referências Bibliográficas:

Campos, G.W. de S. (2003) Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, terceira edição, 2007.

Agência Brasil. Nova Caderneta de Saúde da Criança

http://www.soperj.org.br/download/caderneta_saude_da_crianca_todos.pdf

Alves, C.R.L e Moulin, Z.S. Saúde da Criança e do Adolescente, crescimento, desenvolvimento e alimentação. Belo Horizonte, Editora Coopmed, Nescon UFMG, 2008.

http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/1572.pdf

Bowlby, J. Cuidados Maternos e Saúde Mental. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 2ª Edição brasileira, 1988.

Brazelton, T.B. e Cramer, B.G. As primeiras relações. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1992.

Cecílio, L.C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção à Saúde. Em Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde. Pinheiro, R. e Mattos, R.de A. (org), Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

Merhy, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em Merhy, E & Onoko R. (org.). Agir em Saúde. Um Desafio para o Público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

Merhy, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. Em Campos, C.R. et al. (org). Sistema Único de Saúde em belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p.103-20.

Merhy, E.E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território das tecnologias leves. Em Merhy, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, p. 41-66.

Merhy, E.E. Apêndice 1. Ato de cuidar: alma dos serviços de Saúde. Em Merhy, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, p. 115-133.

Mafrá, A.M. Protocolo de Enfermagem da Assistência ao Pré-Natal de baixo risco do Município de Ribeirão Preto – 2004

<http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/vigilancia/planeja/i16plano4.htm>

Mattos, R.de A. (2001) Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde. Pinheiro,R. e Mattos, R.de A. (org), Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Notificação de Maus Tratos Contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde. Um Passo a Mais na Cidadania em Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE Teste do Pezinho.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1061

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004).Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). Humanização do parto. Humanização do pré-natal e do nascimento.

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0033_M1.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) Caderneta de Saúde da Criança

http://www.soperj.org.br/download/caderneta_saude_da_crianca_todos.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília, DF, abril, 2010.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_mae_trabalhadora.pdf

Murahovschi, J Uma Nova Pediatria para crianças que vão viver 100 anos ou mais: a Puericultura como ciência e arte em transição. Pediatria (São Paulo) 2006;28(4):286-8.

<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1193.pdf>

Santos, J.L.F. Dinâmica Populacional.

Aula da ASCII disponível no Teleduc. (2011)

Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Floresce Uma Vida – Busca Ativa de Recém Nascidos de Risco.

<http://www.coderp.com.br/sssaude/programas/floresce/i16floresce.htm>

Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Programa Meu Bem Querer
Atendimento Odontológico Prioritário à Gestante
<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/saudepessoal/odonto/pmbq/i16meubemquerer.htm>

Winnicott, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo, em Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1988.

Winnicott, D.W. (1949) O Bebê com Organização em Marcha, em a Criança e seu Mundo, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1988.

Winnicott, D.W. (1966) A Mãe Dedicada Comum, em Os Bebês e suas Mães. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

Winnicott, D.W. (1970). Tudo começa em casa. . São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1ª edição brasileira, 1989.