

Curso de Especialização

Saúde da Família

Unidade 2 - Cuidado Integral da Saúde da Criança e Adolescente



Unidade 2

Cuidado Integral da
Saúde da Criança e
Adolescente

Módulo 4

Cuidado Integral à Saúde da Criança e do
Adolescente

Créditos

Governo Federal

Ricardo Barros
Ministro da Saúde

Rogério Luiz Zeraik Abdala
Secretaria de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde (SGTES)

Francisco Campos
Secretaria Executiva da Universidade
Aberta do SUS.

Universidade de Brasília

Márcia Abrahão Moura

Reitor

Henrique Huelva
Vice-Reitor

Faculdade de Medicina

Gustavo Adolfo Sierra Romero
Diretor
Gilvânia Feijó
Vice-Diretoria

Faculdade de Ciências da Saúde

Maria Fátima Souza
Diretora

Karin Sávio
Vice-Diretora

Faculdade Ceilândia

Araken dos S. Werneck
Diretor

Rodrigues J. Paulo Chieregato Matheus
Vice-Diretor

Comitê Gestor do Projeto UNA-SUS-UnB

Gilvânia Feijó
Coordenação Geral

Celeste Aida Nogueira
Coordenação Administrativa

Maria da Glória Lima
Coordenação Pedagógica

Jitone Leônidas Soares
Jonathan Gomes P. dos Santos
Coordenador de tecnologias e
produção de Educação a Distância

Juliana Faria Fracon e Romão
Tatiana Karla dos Santos Borges
Raul Luis de Melo Dusi
Coordenação de Tutoria e Supervisão

Kátia Crestine Poças
Coordenação de Assuntos Acadêmicos

Elisângela Aguiar Fernandes
Secretária Acadêmica

Suellaine Maria Silva Santos
Secretária Geral

Equipe Técnica

Gilvânia Feijó
Conteudista

Luiza Hiroko Yamada Kuwae Revisora
Técnico-científico

Rosana Amaro
Designer Instrucional

Gabriel Cavalcanti D'Albuquerque
Magalhães
Web Designer

Rafael Brito dos Santos
Designer Gráfico - Diagramador

João Marcos Aranha
Ilustrador

Cristiano Alves de Oliveira
Desenvolvedor de Vídeos Animados

José Junior
Editor de Audiovisual

Claudia Valentim
Bibliotecária

Luma Camila Rocha de Oliveira
Rafael Silva Brito
Gestores de Ambiente Virtual de
Aprendizagem

Sumário

Apresentação do Módulo 4.....	08
Objetivos Pedagógicos.....	09
Lição 1 - Crescimento e Desenvolvimento da Criança de 0 a 10 anos.....	10
Lição 2 - Crescimento e Desenvolvimento do Adolescente	31
Lição 3 - Doenças Prevalentes na Infância e na Adolescência.....	54
Lição 4 - Prevenção de Acidentes na Infância e na Adolescência....	81
Lição 5 - Riscos psicossociais ao desenvolvimento da criança e do adolescente e a importancia da familia.....	86
Lição 6 - Atenção à Família em Cuidado Domiciliar em situação de necessidades especias de saúde.....	98
Lição 7 - Pactos, Políticos e Programas de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.	115
Lição 8 - Imunização da Criança e do Adolescente.....	123

Apresentação do Módulo 4

Bem-vindo (a) ao Módulo 4!

O Módulo 4 aborda assuntos específicos do cuidado integral à saúde da criança e do adolescente que representa uma parcela importante do trabalho cotidiano realizado pelas equipes de atenção Básica e equipes de Saúde da Família.

Este módulo está organizado de modo a propiciar a reflexão e instrumentalização sobre relevantes ações de atenção à saúde da criança e do adolescente, com um olhar para o indivíduo e as intersecções com o contexto familiar e comunitário em que vive. Os conteúdos de cada uma das lições estão organizados em: contextualização teórica, exercícios de reflexão e casos clínicos, de forma a permitir que você desenvolva o pensar crítico e associativo acerca da sua própria especialidade no cuidado da criança e do adolescente.

Assim, os conteúdos deste módulo estão apresentados em três partes: a primeira trata os assuntos relacionados ao desenvolvimento infantil e do adolescente; a segunda aborda assuntos relacionados à Saúde da Criança e do Adolescente, destacando agravos e doenças prevalentes nessas faixas etárias e a terceira tem foco nas políticas públicas e programas relacionados à Saúde da criança e do adolescente.

Convidamos você à reflexão sobre suas atividades do dia-a-dia, procurando, por um lado, melhorar a qualidade da atenção de saúde prestada às crianças e adolescentes e, por outro, o desenvolvimento de um efetivo trabalho em saúde junto às famílias e comunidades em que atua, por meio da interlocução com profissionais de áreas afins, considerando a especificidade de cada situação.

Objetivos Pedagógicos

- Compreender os principais pactos, políticas e programas de atenção à saúde da criança e do adolescente desenvolvidas no âmbito da atenção primária de saúde no Brasil;
- Compreender o processo de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos e do adolescente e a atuação da eSF;
- Propiciar conhecimento sobre a finalidade, esquemas e coberturas vacinais para o controle e erradicação de doenças imunopreveníveis na infância e adolescência.
- Propiciar conhecimento sobre os principais acidentes na infância e a importância da adoção de medidas de prevenção dentro e fora do contexto doméstico;
- Propiciar conhecimento sobre agravos mais comuns do cotidiano da atenção à saúde da criança e formas de manejo clínico pela eSF;
- Reconhecer a importância da rede familiar e da rede de apoio na atenção à saúde da criança;
- Propiciar conhecimentos para atenção psicossocial em algumas situações de risco e agravos para a saúde da criança e do adolescente
- Aplicar os princípios da escuta qualificada na abordagem à família.

Lição 1 – Crescimento e Desenvolvimento da Criança de 0 a 10 anos

Jane Lynn G. Dytz

Marilúcia Rocha de Almeida Picanço

Gilvânia Feijó

Nessa lição serão faremos algumas reflexões sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, buscando o conhecimento de peculiaridades desse processo, conhecendo instrumentos metodológicos e organizacionais imprescindíveis para o cuidado e assistência da criança dentro de uma prática multiprofissional, num enfoque interdisciplinar de cuidar e assistir.

Objetivos Específicos

- Promover a reflexão sobre a consulta de puericultura, sua periodicidade e importância para o processo de crescimento e desenvolvimento da criança;
- Conhecer a base conceitual para o monitoramento do processo de crescimento e desenvolvimento do nascimento até os 10 anos de idade;
- Propiciar o conhecimento das medidas antropométricas mais usadas na avaliação do crescimento da criança;
- Conhecer as diversas etapas da maturidade e do desenvolvimento normal do lactente, pré-escolar e escolar;
- Promover o conhecimento da ficha de avaliação do desenvolvimento preenchendo-a corretamente e educando a família para a estimulação da criança.

Introdução

Nesta lição abordaremos um problema de saúde pública que vem assumindo importância cada vez maior em função da alta morbidade e mortalidade produzidas: os acidentes na infância e adolescência.

Embora a dimensão total do problema no país não esteja completamente definida em função do sub-registro, sabemos que os acidentes são muito comuns e

merecem uma atenção especial dos pais e da sociedade no sentido de colocar em prática medidas que garantam a segurança de crianças e adolescentes.

Em consonância com as diretrizes e estratégias preconizadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), os serviços de atenção primária de saúde necessitam incorporar em sua agenda a prevenção de acidentes na infância e adolescência, utilizando a intersetorialidade e somando esforços para que o conhecimento até agora adquirido sobre a prevenção destes agravos se transforme em realidade.

O grau de efetividade destas ações vai depender de inúmeros fatores, entre os quais, se destacam:

1. atenção individualizada às necessidades específicas da criança e sua família;
2. atenção periódica e contínua em saúde, favorecendo a criação de vínculo entre usuários e profissionais da eSF;
3. envolvimento da família no processo de aprendizagem ativa para a proteção e a manutenção da saúde dos filhos;
4. identificação criteriosa de fatores de alto risco de uma determinada criança ou população, em relação a problemas específicos de saúde;
5. inserção da eSF na sua comunidade por meio de ações de promoção da saúde baseadas em escolas, associações de bairros, igrejas ou unidades de saúde.

Como é realizada a consulta de rotina da criança em sua unidade?



Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

Em muitas unidades de saúde, a consulta da criança é feita de forma rápida e sem grande privacidade. O espaço físico inadequado (portas abertas, sala com mais de uma atividade e sem nenhuma ambientação lúdica), a ausência de uma escuta qualificada, a técnica tomada como meio e fim nela mesma, os diálogos fragmentados e orientações incompletas são aspectos que comprometem a comunicação entre os sujeitos e a possibilidade de intervir, efetivamente, sobre as necessidades apresentadas.



É responsabilidade de cada profissional de saúde a transmissão de conhecimentos aos usuários dos serviços de saúde, ampliando sua autonomia e reforçando a condição de sujeito social, capaz de se autocuidar e de acessar as instituições de saúde, quando necessário.

FIQUE DE OLHO

Qual o papel da eSF no trabalho de promoção da saúde infantil?



Para a realização de um trabalho efetivo de promoção da saúde em uma comunidade é indispensável conhecermos profundamente o ambiente onde se vai trabalhar, estudando os fatores ambientais, o comportamento de seus membros e a influência dos fatores favoráveis e desfavoráveis à saúde daquela comunidade.

Para se trabalhar com a família na comunidade, a eSF deve conhecê-la minimamente para definir com ela as ações de intervenção. Isto requer, primeiramente, a realização de um diagnóstico de saúde da comunidade para se conhecer o modo de vida das famílias e, em especial, das crianças. Este diagnóstico deve envolver conhecimento sobre:

- Quem assume o cuidado da criança no grupo familiar e como esses cuidados são prestados?
- Quais as práticas alimentares mais comuns, com destaque do grupo de 0 a 1 ano;
- Qual o papel da criança no grupo familiar?
- Quais as estratégias utilizadas pelas famílias para criar e educar os filhos?

Classificação etária da infância e adolescência

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa com até 11 anos de idade e adolescente o indivíduo com idade entre 12 e 18 anos. Já o Ministério da Saúde considera criança a pessoa com idade entre 0 a 10 anos incompletos e o adolescente a pessoa com idade entre 10 e 19 anos.

Usa-se também o termo “primeira infância” para designar o período que vai do nascimento aos 2 anos e “segunda infância” para a faixa etária de 2 aos 9 anos e 11 meses.

A Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania



A Caderneta de Saúde da Criança foi implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005 para substituir o Cartão da Criança, e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde infantil.

Além do cartão de vacina, a Caderneta apresenta o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação como aleitamento materno e uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual; intercorrências clínicas; além de orientações para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de acidentes e violência doméstica.

A Caderneta é destinada a todos os nascidos em território brasileiro, e, por basear-se em ações de acompanhamento e promoção da saúde, inclui-se como estratégia privilegiada nas políticas de redução da morbimortalidade infantil.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente



Abaixo os endereços onde estão disponibilizadas as Cadernetas de Saúde da Criança



SAIBA MAIS

Caderneta de Saúde do Menino

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_criancameno_7ed.pdf

Caderneta de Saúde da Menina

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_criancamenina.pdf

Quais os objetivos da consulta de rotina da criança?

A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é também possível o estabelecimento de condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas a cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde.

Além disso, as informações sobre peso e desenvolvimento infantil coletadas durante a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança facilitam o diálogo e o aconselhamento com a mãe ou responsável, a partir de indicadores de saúde de fácil compreensão e próximos de seu universo cultural. Estudos têm demonstrado que a maioria das mães identifica que seus filhos estão crescendo quando apresentam aumento de peso e a aquisição de habilidades. Esses são considerados os principais indicativos do crescimento normal da criança.

Calendário de consultas de rotina preconizadas pelo Ministério da Saúde

1ªsemana 1ºmês 2ºmês 4ºmês 6ºmês 9ºmês 12ºmês 18ºmês 24ºmês



A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina podem ser anuais, próximas ao mês de aniversário.

FIQUE DE OLHO

A primeira visita domiciliar para a família do recém-nascido

As ações de saúde referentes a diagnósticos precoces e/ou aleitamento materno são mais eficazes quando o atendimento se realiza nos primeiros dias de vida. Orientações educativas efetivas sobre amamentação e cuidados com o recém-nascido (higiene, sono, teste do pezinho, vacinas) e de sensibilização ajudam a garantir o vínculo da mãe/filho/família e o crescimento saudável da criança.

Cabe a eSF identificar pessoas que possam oferecer suporte à família, destacando-se os próprios membros familiares, como: avós, tios, primos e também amigos, companheiros, vizinhos e profissionais. Essa rede poderá oferecer suporte de diversas formas: apoio material ou financeiro, executando pequenas tarefas domésticas, cuidando dos outros filhos, orientando, prestando informações e oferecendo suporte emocional (BRASIL, 2009).



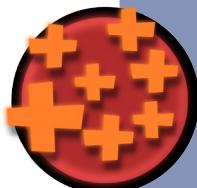
A Primeira consulta do Recém-nascido

As recomendações descritas a seguir são extensivas a todos os recém-nascidos durante sua primeira consulta (BRASIL, 2009):

- 1. Realização de Anamnese** – procura-se avaliar principalmente as condições do nascimento (tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, parto, período neonatal e tratamentos realizados) e os antecedentes familiares (condições de saúde dos pais e irmãos, número de gestações anteriores, número de irmãos).
- 2. Realização de exame físico completo** – deve ser realizado na primeira consulta de puericultura. É consenso que o exame físico e seus achados devem ser descritos e compartilhados com os pais, como forma de facilitar-lhes a percepção das necessidades do bebê.
- 3. Avaliação da presença de situações de risco à saúde do recém-nascido** – as seguintes características são consideradas de risco: baixo peso ao nascer (< 2.500g), prematuridade (< 37 semanas gestacionais), asfixia grave ou Apgar menor que 7 no 5º minuto, internações/intercorrências, mãe adolescente (< 18 anos), mãe com baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo), história de morte em criança com menos de 5 anos de idade na família, residente em área de risco.
- 4. Identificação de situações de risco complementares** – aleitamento materno suspenso ou misto, gestação gemelar, malformação congênita, mais de 3 filhos morando juntos, ausência de pré-natal, problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança, problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde, a não realização de vacinas, identificação de atraso no desenvolvimento.
- 5. Promoção e apoio ao aleitamento materno** – Estimular a amamentação, orientando a livre demanda e evitando a desnecessária complementação com outros leites, chás ou água.
- 6. Orientação sobre cuidados básicos com o recém-nascido:**
 - A lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê deve ser orientada em todas as visitas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de vírus causadores de doenças respiratórias.
 - Orientar o banho, cuidado com o coto umbilical (mantendo-o limpo e seco), troca de fraldas, prevenção de assaduras, hábitos de sono e diferentes tipos de choro.

- Orientar a posição supina (de “barriga pra cima”) para dormir e a sua relação de proteção com o risco de morte súbita do lactente, assim como evitar colocar o bebê para dormir na cama dos pais.
 - Orientar o calendário de consultas e de imunizações - é importante certificar-se de ter sido feita a 1^a dose de hepatite B no hospital e indicar realização de BCG na unidade de saúde.
- 7. Avaliação e orientação aos pais sobre os sinais de perigo na criança menor de 2 meses e sobre a necessidade de procura de atendimento de emergência** – as crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves. Por isso, os pais devem ser orientados sobre os sinais que indicam necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência:
- não consegue beber/ mamar ou vomita tudo que ingere;
 - convulsões ou apnéia (20 segundos sem respirar);
 - FC abaixo de 100 bpm ou respiração rápida (> 60 mrm);
 - tiragem subcostal, batimentos de asas do nariz, cianose (generalizada)
 - gemidos, letargia, inconsciência ou movimentando-se menos que o normal;
 - febre (37,5º C ou mais) ou hipotermia (menos que 35,5º C);
 - palidez importante ou icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
 - fontanela abaulada;
 - secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite), pústulas na pele (muitas e extensas), irritabilidade ou dor à manipulação.

Amamentação



SAIBA MAIS



O leite materno é o alimento considerado ideal para as crianças nos primeiros meses de vida. Com base nas evidências científicas, o leite humano é o único alimento capaz de atender as necessidades fisiológicas dos lactentes, uma vez que contém todos os nutrientes em quantidades equilibradas para o crescimento e desenvolvimento normal da criança. A criança que é alimentada somente com leite materno até os seis meses de vida apresenta menor morbidade e maiores são os efeitos benéficos à sua saúde. Para o bebê prematuro, ele é ainda mais importante, pois nas primeiras quatro semanas pós-parto, contém alta concentração de nitrogênio, proteínas com funções imunológicas, lipídeos totais, ácidos graxos, vitaminas A, D e E, além de fornecer as necessidades específicas de cálcio e energia, para o bebê.

Adicionalmente convém também destacar que a amamentação se constitui no primeiro exercício de fisioterapia facial dos seres humanos trazendo efeitos positivos no tônus facial e desenvolvimento da arcada dentária.

Em casos de bebês prematuros a eSF deve estar atenta a alguns fatores importantes. Esses bebês podem ficar por maior tempo hospitalizado e assim apresentar sequelas que poderão comprometer seu crescimento e desenvolvimento, inclusive o desmame precoce. Deve-se ter atenção à ocorrência de depressão pós-parto e outros fatores emocionais e psicológicas que podem dificultar a lactação em mães de bebês prematuros.

O tema amamentação será mais aprofundado no Módulo de Saúde da Mulher

Recomendamos a leitura da cartilha Promoção da amamentação e alimentação complementar, disponível em:

<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cartilhasmam.pdf>

E da cartilha do Ministério da Saúde, disponível em:

<http://www.amamentareh.com.br/cartilha-ministerio-saudade/>

Índice de Apgar

A Escala ou Índice de Apgar é um teste que consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento. É o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, avaliando suas condições de vitalidade. No momento do nascimento, este índice é útil como parâmetro para avaliar as condições do recém-nascido e orientar nas medidas a serem tomadas quando necessárias. As notas obtidas nos primeiro e quinto minutos são registradas no “Cartão da Criança” e nos permitem identificar posteriormente as condições de nascimento desta criança.

Os sinais avaliados são: freqüência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos 5 itens é atribuída uma nota de 0 a 2. O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resultará no Índice de Apgar

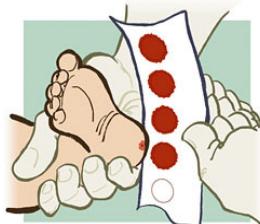
O boletim Apgar de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode traduzir sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica. Já os índices de quinto minuto e o de décimo minuto são considerados mais acurados, levando ao prognóstico da saúde neurológica da criança.

Índices de Apgar no quinto minuto entre 7 a 10 são considerados normais. Apgar 4, 5 ou 6 no quinto minuto são considerados intermediários e relaciona-se, por exemplo, a prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita, e não significa maior risco para disfunção neurológica. Valores de Apgar entre 0 a 3 no quinto minuto relacionam-se a maior risco de mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral. No entanto, um baixo índice Apgar, isoladamente, não prediz disfunção neurológica tardia. Abaixo a tabela para cálculo do Índice de Apgar

Pontos	0	1	2
Freqüência cardíaca	Ausente	<100/min	>100/min
Respiração	Ausente	Irregular/Bra-dipnéia	Forte/Choro
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento ativo/Boa flexão
Cor	Cianose Central/ Palidez	Cianose de extremidades	Rosado
Irritabilidade Reflexa ao Cateter Nasal	Ausente	Algum movimento/Careta	Espirros/Choro

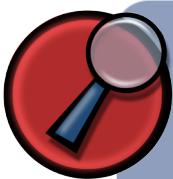
Tabela para cálculo do Índice de Apgar

Quando e por que se faz o teste do pezinho?



O “teste do pezinho” permite a detecção, logo após o nascimento, da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito, doenças que ocasionar o retardamento mental, mas que podem ser tratadas se detectadas precocemente. A pesquisa de hemoglobinopatias inclui a detecção de anemia falciforme e do traço falciforme, que podem ocasionar infecções e outras complicações sérias na criança.

O teste do pezinho ou triagem neonatal deverá ser feito a partir do 3º dia de vida, quando já ocorreu uma ingestão adequada de proteínas e é possível analisar com mais segurança o metabolismo da fenilalanina, evitando-se falsos resultados negativos para fenilcetonúria. Além disso, a dosagem de TSH nas primeiras 24 horas de vida pode levar a um aumento de falsos positivos para hipotireoidismo congênito. Assim, o exame deve ser coletado entre o 3º e 7º dia de vida. Embora não seja o ideal, aceita-se que seja coletado até o 30º dia de vida (BRASIL, 2004b).



Recomendamos aos profissionais, principalmente aos que realizam a coleta, a leitura complementar do Manual de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde, disponível no endereço:

FIQUE DE OLHO

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf

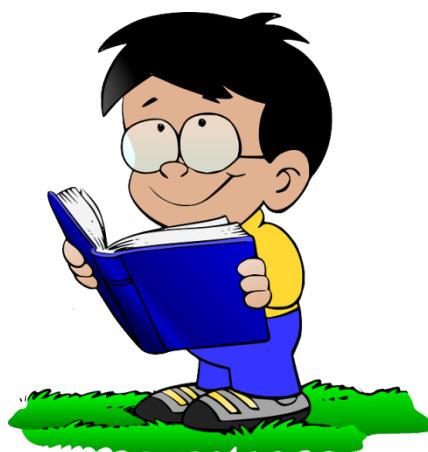
Quando se avalia a saúde auditiva da criança?

A realização da Triagem Auditiva Neonatal Universal ou “teste da orelhinha” é feito em hospitais da rede pública, logo após o nascimento da criança, a fim de diagnosticar precocemente se existe alguma perda da audição. Em muitos municípios, há uma marcação de consulta para a avaliação auditiva, após a alta do hospital. A Lei Federal nº 12.303/2010 tornou obrigatória e gratuita a realização deste exame. O exame é muito rápido (3 a 5 minutos), indolor e consiste na colocação de um pequeno fone no ouvido do bebê, que através de Emissões Otoacústicas Evocadas dá estímulos sonoros e o computador faz o registro das respostas, por meio da elaboração de um gráfico. Este é o dado principal para diagnosticar se há algum problema com a audição da criança e iniciar precocemente o tratamento das alterações auditivas (BRASIL, 2009).



Fonte: <http://www.parapanema.sp.gov.br/>

Quando se avalia a saúde ocular da criança?



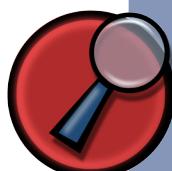
As causas mais comuns de diminuição da acuidade visual em crianças são a ambliopia (redução da visão sem uma lesão orgânica detectável no olho) e seus fatores de risco (estrabismo, anisometropia, catarata e ptose) e erros de refração (miopia e hipermetropia). As evidências atuais não determinam a efetividade de testes para a prevenção de deficiências visuais (BRASIL, 2009).



ATENÇÃO!

Se optar pela realização do **teste do reflexo vermelho**, este deve ser aplicado na primeira consulta do recém nascido e repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos de idade.

O estrabismo pode ser avaliado pelo teste da cobertura e pelo teste de Hirschberg. O **teste da cobertura** é utilizado para diagnósticos de desvios oculares e deve ser realizado a partir dos 4 meses de idade, pois a presença de estrabismo anterior a este período pode ser um achado normal. O **teste de Hirschberg** é realizado colocando um foco de luz a 30 cm da raiz nasal da criança e observa-se o reflexo nas pupilas; qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo. Sugere-se realizá-los nas consultas dos 4, 6 e 12 meses. Se houver suspeita de alguma alteração, a partir deste momento, a criança deve ser encaminhada ao especialista.

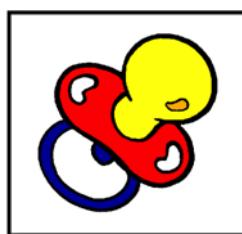


FIQUE DE OLHO

É importante observar que a criança pequena não se queixa de dificuldades visuais. Por isso, a partir dos 3 anos está indicada a triagem da acuidade visual, usando-se tabelas de letras ou figuras quando a criança vier para consulta. Devem ser encaminhadas ao oftalmologista: crianças de 3 a 5 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos, e crianças de 6 anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos (BRASIL, 2009).

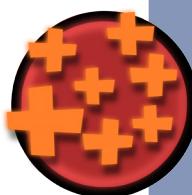
A saúde bucal da criança

A incorporação de hábitos de higiene bucal, controle da ingestão de açúcares e alimentação saudável feita pela família resultará em saúde bucal para a criança e, consequentemente, melhor qualidade de vida para todos. A eSF deve estar atenta para avaliar quais são os hábitos familiares e estimular o envolvimento da mãe e familiares no cuidado da saúde bucal do bebê, que deve começar a partir dos primeiros dias de vida, com a limpeza da cavidade bucal com gaze ou fralda lima enbebida em água potável, com a finalidade de remover o leite estagnado neste local. Deve-se ainda desestimular o uso de bicos e chupetas, pois podem acarretar alterações bucais em crianças, como más oclusões e alterações no padrão de deglutição.



Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente



SAIBA MAIS

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal. O Brasil Soridente constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Seu principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Cabe às equipes de Saúde Bucal (eSB) organizar o ingresso de crianças do grupo de 0 a 5 anos no programa de saúde bucal, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Recomenda-se que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2004a).



Para o grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos), a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

Na ESF, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo agente comunitário de saúde (ACS). A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.

Vigilância da pressão arterial

Cada vez mais as crianças brasileiras estão sujeitas a desenvolver a hipertensão arterial, uma doença crônica mais comumente vista no adulto. A eSF tem um papel fundamental na detecção dos casos de hipertensão arterial em crianças e adolescentes, através da aferição da pressão arterial.

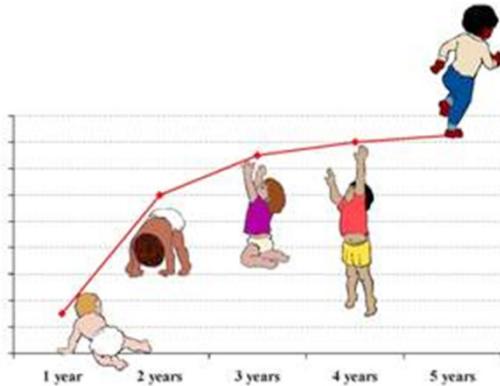
Há consenso na literatura, mas sem embasamento em estudos bem delineados, de que a pressão arterial deve ser aferida a partir dos 3 anos de idade, nas consultas de rotina. Sugerimos que se faça uma medida aos 3 anos, outra no início da idade escolar (6 anos) e outra na adolescência (aos 12 anos).



SAIBA MAIS

Para saber mais, acesse o documento da Sociedade Brasileira de Hipertensão – V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial e Residencial da Pressão Arterial. São Paulo, 2011. Disponível em http://www.sbh.org.br/pdf/revista_hipertensao_1_2011.pdf

O que é crescimento?



Fonte: <http://www.who.int/childgrowth/en/>

Crescimento significa divisão celular, um aumento da massa corporal que poderá ser mensurada por meio das seguintes unidades: g/dia, g/mês, cm/ano entre outras, ou seja, é o aumento de uma variável de massa em (grama, quilograma, centímetro) em um intervalo de tempo.

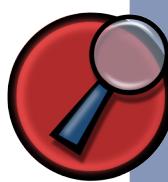
O crescimento é um processo contínuo e complexo que é resultante da interação de fatores genéticos, nutricionais, hormonais e ambientais.

Como se avalia o crescimento da criança?

Para o acompanhamento e avaliação do crescimento é necessária a tomada correta de medidas antropométricas: peso, estatura (comprimento ou altura) e perímetro cefálico.

O conhecimento isolado dessas medidas não tem significado, e por isso, estas devem ser relacionadas à idade, sexo ou outra variável antropométrica (índices antropométricos).

A partir dos índices antropométricos são construídos indicadores, definindo-se níveis de corte que permitem situar a criança dentro de uma faixa aceita como normal, de acordo com a referência de crescimento utilizada.



FIQUE DE OLHO

Considera-se como Padrão de Crescimento de uma população aquele construído, segundo a metodologia definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com amostragem representativa de indivíduos saudáveis da referida população. Quando se utiliza um conjunto de dados construído com indivíduos de outra população se diz que é um Referencial. A OMS adotou como referência internacional, o padrão construído pelo National Center of Health Statistics - NCHS (2006), atualmente apresentadas no Cartão da Criança. As curvas de crescimento estão disponíveis em: <http://www.who.int/childgrowth/en/> (WHO Child Growth Standards, 2006)

A avaliação periódica do ganho de peso por idade permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil.

O registro do peso e o traçado da curva nos respectivos gráficos permite diagnosticar crianças em risco para desnutrição ou obesidade. Os pontos de corte utilizados nas distintas curvas estão representadas em escores z e percentis.



SAIBA MAIS

Para conhecer mais sobre estas técnicas e análise dos dados, veja:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Escore Z

Mais recentemente tem sido utilizada a terminologia de escore Z para representar a variabilidade de um determinado parâmetro entre os indivíduos. O escore Z representa a distância, medida em unidades de desvio padrão, que os vários valores daquele parâmetro podem assumir na população em relação ao valor médio que a mesma apresenta.

A forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento de uma criança, nos serviços básicos de saúde, é o registro periódico do peso no Gráfico Peso/Idade do Cartão da Criança. Toda vez que a criança é pesada, esse peso é marcado com um ponto no encontro da linha correspondente ao peso observado (eixo vertical) e da linha correspondente à idade da criança (eixo horizontal).

Para uma boa avaliação do crescimento da criança, são necessárias pesagens periódicas (conforme calendário de consultas apresentado anteriormente). Cada peso deve ser registrado no Gráfico Peso/Idade e todos os pontos devem ser ligados com um traço, formando, assim, o traçado de peso ou curva da criança. No caso do intervalo entre duas pesagens ser igual ou superior a dois meses, a linha do traçado que liga esses dois pontos deve ser pontilhada e não contínua, para chamar a atenção.

Por que se usa o IMC em crianças?



A inclusão do Índice de Massa Corpórea (IMC) como parâmetro de avaliação permite que a criança seja melhor avaliada na sua relação peso e estatura. Ele auxilia na classificação de crianças que em um determinado período estiveram desnutridas e tiveram o comprometimento de sua estatura, possibilitando uma melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura.

Além da validação do IMC como bom marcador de adiposidade em crianças, o interesse pelo seu uso cresceu à medida que se notou que o IMC mensurado na infância pode ser preditivo em relação ao IMC na idade adulta. Por isso, recomenda-se o seu uso desde o nascimento (BRASIL, 2009).

Como se calcula o IMC?

O IMC é resultado da relação entre o Peso (em Kilogramas) pela Altura (em metros) elevada ao quadrado



SAIBA MAIS

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2(\text{m})}$$

Como interpretar os percentis na Curva de Crescimento do Cartão da Criança?

a) Deve-se observar a posição do peso em relação aos pontos de corte superior e inferior:

- acima do percentil 97: classificar como sobrepeso;
- entre os percentis 97 e 3: faixa de normalidade nutricional;
- entre os percentis 10 e 3: classificar como risco nutricional;
- entre os percentis 3 e 0,1: classificar como peso baixo;
- abaixo do percentil 0,1: classificar como peso muito baixo.

b) Deve-se observar a posição e também o sentido do traçado da curva de crescimento da criança:

- posição da linha que representa o traçado de crescimento da criança: entre os percentis 97 e 3, corresponde ao caminho da saúde;
- sentido do traçado da curva da criança (ascendente, horizontal ou descendente), desenhada em linha contínua a partir da ligação de dois ou mais pontos com intervalos não superiores a dois meses.

Prematuridade

A prematuridade constitui-se um problema de saúde pública, pois predispõe o bebê ao risco de complicações que interferem na qualidade de vida da criança e do núcleo familiar. O desafio da equipe de saúde que assiste ao recém-nascido prematuro de baixo peso é possibilitar sua inserção na família e na sociedade.

A duração normal de uma gravidez é em torno de 37 a 42 semanas. Quando os bebês nascem antes das 37 semanas de idade gestacional, então estamos diante de um bebê prematuro ou pré-termo. A palavra “prematuro” tem origem no latim *prematuros*, de *prae* (antes) + *maturus* (maduro). O bebê prematuro nasce com uma imaturidade dos seus órgãos e sistemas (respiração, temperatura, digestão, e todo o metabolismo), o que o torna mais vulnerável às doenças e também, sensível aos fatores externos tais como: luz, ruído, etc. São bebês de baixo peso ($PN < 2500g$), sendo considerados PIG (Pequeno para a Idade Gestacional) ou AIG (Adequados para a Idade Gestacional) e sempre passam por algum “stress” ao nascimento.

Os bebês prematuros apresentam maior probabilidade de “distress” respiratório, de uso de oxigênio terapia e de consequências como Displasia broncopulmonar e Retinopatia da prematuridade. Apresentam também maiores risco de hemorragia intracraniana e lesões cerebrais (por isquemia pela própria prematuridade); um maior risco de anemia e osteopenia da prematuridade; e também de cardiopatia (pela persistência do canal arterial).

O crescimento e desenvolvimento dessas crianças deve ser monitorado de perto com cuidados especiais, visando manter o aleitamento materno e a estimulação precoce, uma vez que podem desenvolver problemas de desnutrição e na esfera do desenvolvimento neuropsicomotor, tais como: dificuldade de aprendizagem, distúrbios da fala e linguagem além de atrasos no desenvolvimento neuromotor. Muitas vezes o acompanhamento com profissional nutricionista e fisioterapeuta é indicado.

Na avaliação dos bebês prematuros a idade deve ser corrigida para o nascimento a termo, sendo considerado o feto de 40 semanas como o ideal. A idade corrigida, também designada idade pós-concepção, traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade.

Considerando que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar da idade cronológica do prematuro as semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas, ou seja, idade corrigida = idade cronológica. ($40 \text{ semanas} - \text{idade gestacional em semanas}$). Á exemplo: um bebê nascido com 36 semanas e com 2 meses de vida pós concepção - sua idade cronológica é 2 meses, mas sua idade corrigida é de 3 semanas (2 meses = 8 semanas; faltavam 4 semanas para completar 40, restaram 2 semanas). Deve-se acompanhar o crescimento do bebê mensalmente, e/ou até semanalmente nas primeiras semanas de vida e ainda se o bebê apresenta algum risco e/ou problema. Deve-se sempre observar a idade corrigida. Nas primeiras semanas de vida, acompanhar semanalmente até alcançar o peso acima de 2.500g.

É necessário que a equipe esteja atenta ao apoio da família, porque elas se encontram, na maioria das vezes, inseguras ao cuidar desses bebês que estão fragilizados necessitando quase sempre de uma atenção e apoio específico.

Apesar de o crescimento e desenvolvimento serem semelhantes a um bebê a termo, os bebês prematuros, principalmente os que nascem antes das 35 semanas de gestação ou que são muito pequenos para a idade gestacional, necessitam de atenção especial e de cuidados extras para conseguirem amadurecer biologicamente e sobreviver fora do ambiente do útero materno. A intervenção precoce com estímulos e o Método Canguru podem ser boas estratégias de apoio às famílias favorecendo o suporte materno e a estruturação do vínculo pais/bebês, tão importantes no desenvolvimento desses bebês.



O Método Mãe Canguru, destinado ao atendimento do bebê prematuro e de baixo peso, objetiva fortalecer o vínculo mãe-filho; aumentar a competência e a confiança dos pais no cuidado do bebê de baixo peso e o estímulo à prática da amamentação, favorecendo a diminuição de infecção hospitalar e da permanência do bebê no hospital.

Recomendamos a leitura do Manual do Método Canguru, disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf

O quê é desenvolvimento infantil?

É um processo de aprendizado, vinculado ao amadurecimento do sistema nervoso e caracterizado pela aquisição de habilidades motoras, mentais e sociais básicas.

O desenvolvimento da criança é resultado das experiências que ela desenvolve dentro do núcleo familiar ou em outros grupos sociais com os quais também convive. Seus conhecimentos e comportamentos são desenvolvidos de acordo com as experiências presentes no seu dia-a-dia. Pode-se dizer que o desenvolvimento de uma criança é normal quando está de acordo com os costumes, valores, conhecimentos e habilidades do seu grupo social de referência.

As habilidades estão divididas em quatro grupos: físicas (motor grosso e motor fino); mentais; sentidos (visão, audição e fala) e comportamento social. A avaliação

clínica do desenvolvimento é etapa indispensável das consultas periódicas da criança e não pode prescindir de quatro itens principais: constatação de aquisições, constatação do desaparecimento dos reflexos primitivos, pesquisa do tônus muscular e pesquisa de sinais patológicos.

Como se avalia o desenvolvimento infantil?

Na caderneta da criança temos uma ficha de vigilância do desenvolvimento que contém os principais marcos do desenvolvimento de crianças menores de 3 anos, devendo o profissional de saúde anotar a idade em que a criança adquiriu as habilidades mostradas. É importante lembrar que cada criança tem um ritmo e um tempo de desenvolver-se, porém a maioria delas se desenvolve dentro da área de cor amarela da ficha.

Estes exames de triagem do desenvolvimento são básicos para o diagnóstico precoce de possíveis distúrbios, mas não substituem a avaliação completa e detalhada a ser realizada pelo médico ou pelo especialista.



Na apreciação do desenvolvimento de uma criança pré-termo, deve-se levar em conta sua idade cronológica corrigida. Para tanto, em menores de 2 anos cuja idade gestacional foi menor que 38 semanas, subtrai-se da idade real da criança o número de semas que faltaram para que completasse 40 semanas de gestação.

Por que medir o perímetrocefálico?

O perímetrocefálico é uma importante variável para avaliar crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida. Além desta idade, o perímetro da cabeça cresce tão lentamente que sua medida não reflete alterações no estado nutricional. O perímetro adequado é expresso na forma de uma faixa de normalidade que situa-se entre os percentis 10 e 90. O quadro de perímetrocefálico encontra-se na caderneta de saúde da criança. No caso desse índice estar fora da faixa considerada de normalidade, a criança deve ser encaminhada para um especialista ou equipe multiprofissional, para avaliação de possibilidade de microcefalia ou de macrocefalia (BRASIL, 2009).

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de

Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. 2. ed. Brasília-DF: 2004b. Disponível em: <www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0808_M1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Para a Utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Brasília-DF, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/livroatencaoacrianca.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos>

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Lição 2 – Crescimento e Desenvolvimento do Adolescente

Gilvânia Feijó

Marilúcia Rocha de Almeida Picanço

Nas últimas duas décadas, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países. De forma geral, no que se refere à organização de serviços de para o atendimento a este grupo etário no Brasil, observa-se que os esforços realizados no sentido da criação de programas voltados para um modelo de atendimento baseado na prestação da atenção integral a esta clientela.

Nessa lição será abordado o processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente, buscando o conhecimento de peculiaridades desse processo, conhecendo instrumentos metodológicos relacionados ao cuidado e assistência de indivíduos dessa faixa etária, dentro de uma prática multiprofissional e de um enfoque interdisciplinar.

Objetivos Específicos

- Conhecer a base conceitual para o monitoramento do processo de desenvolvimento do adolescente;
- Propiciar o conhecimento das medidas antropométricas mais usadas na avaliação do adolescente;
- Compreender o processo de vigilância do crescimento e desenvolvimento do adolescente a atuação da Equipe da Saúde da Família (eSF);
- Conhecer as etapas de maturação puberal e as transformações físicas relacionadas a essa fase;
- Promover reflexão sobre cuidados e estratégias utilizadas pela eSF para prestar cuidados à saúde do adolescente;
- Possibilitar a reflexão da equipe sobre adolescência e puberdade revendo a prática profissional.

Adolescência, período de grandes transformações

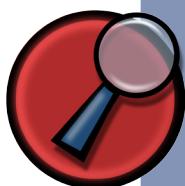


Considera-se **adolescência** o período entre a infância e a idade adulta. Período do crescimento humano em que ocorre o grande estirão do crescimento. É a fase da vida onde os jovens questionam a existência, os paradigmas sociais e culturais, se rebelam e se revelam. A inteligência humana está em sua melhor fase, o cérebro ainda está desenvolvendo novas conexões de acordo com as experiências e vivências ambientais a que estão submetidos os adolescentes. Durante a adolescência ocorrem mudanças de ordem emocional que são de extrema importância para o indivíduo, tais como o desenvolvimento da auto-estima e da autocrítica. Nessa fase o sujeito começa a interagir com o mundo externo de modo mais autônomo sem, aparentemente, ter de assumir as responsabilidades da vida adulta.

Essa interação do adolescente com o mundo externo é de extrema ambivalência, visto que, se por um lado não lhe é exigido assumir os compromissos da vida adulta, por outro, não lhe é permitido “comportar-se” como uma criança. Na indecisão de como se conduzir, o adolescente se arrisca, oscilando entre condutas de risco “calculado” – decorrente de uma ação pensada – e do risco “insensato”, em que, gratuitamente, se expõe, com grande chance de ocorrerem insucessos, podendo comprometer sua saúde de forma irreversível (DiCLEMENTE, 1996).

Para efeitos de estudos a adolescência é o período da vida que vai dos 10 aos 20 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90, circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 20 anos incompletos) e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos.

O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS, definindo o público beneficiário como o contingente da população entre 10 e 24 anos de idade. (MS, 2006)



FIQUE DE OLHO

A adolescência não pode ser considerada um período de transição, caracterizando-se muito mais como parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida (ADAMO, 1985). A tendência de ver a adolescência como “um período de transição” tem favorecido o esquecimento das necessidades desta população, o desrespeito com relação a seus direitos, e uma exigência, muitas vezes inadequada, quanto ao cumprimento de seus deveres como cidadão. Nesse sentido políticas voltadas para essa população devem pressupõe a abertura de um espaço para o adolescente exercer sua liberdade e participar mais ativamente de seu processo de amadurecimento e serem apoiadas na valorização desse sujeito de forma a permitir que seus pensamentos, ideias, críticas sejam ouvidos.



SAIBA MAIS

Para saber mais, consulte a publicação do Ministério da Saúde sobre Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades, disponível na sua biblioteca e no endereço:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf

Puberdade

Fenômeno biológico que se refere às mudanças fisiológicas e morfológicas resultantes da reativação dos mecanismos neuro hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal (hormônio liberador de gonadotrofinas LH e FSH). Período das grandes transformações, como: mudanças corporais, desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, força muscular. Essas mudanças fazem parte de um processo contínuo e dinâmico que se inicia na vida fetal e termina com o completo crescimento do indivíduo.



FIQUE DE OLHO

Os termos **Adolescência** e **Puberdade** podem até ser considerados sinônimos, mas a puberdade é o processo biológico que faz surgir os “caracteres sexuais secundários”, que vão permitir que o ser humano esteja sexualmente apto para se reproduzir. A adolescência é um fenômeno psicológico, social e cultural que não começa necessariamente junto com a puberdade. O critério para o início da adolescência pauta-se em dados de idade e a puberdade trata-se de fenômeno biológico que sofre uma grande variabilidade entre as populações, podendo iniciar-se entre os 08 a 13 anos nas meninas e dos 09 a 14 anos nos meninos.

A **adolescência** é acima de tudo uma forma de se enfrentar a vida, caracterizando-se por uma série de mudanças psicológicas, emocionais e sociais, que nos permite classificá-la como um fenômeno cultural.

A **puberdade** é resultado de uma interação entre fatores genéticos e ambientais. O início da puberdade até o momento não está bem esclarecido, entretanto, seu desenvolvimento está relacionado ao eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HHG), que através do núcleo arqueado vai liberar o fator GnRH, liberador das gonadotrofinas das gonadotrofinas LH e FSH. Esses hormônios iniciam uma série de mudanças corporais que marcam o início da puberdade.

Durante a puberdade é importante para o médico e a equipe de saúde que acompanham o adolescente, estar atentos às modificações físicas e acompanhar todo o processo, avaliando-os semestralmente ou até trimestralmente de acordo com cada caso. Os hormônios estrogênios nas meninas são também responsáveis pelo crescimento dos pequenos e grandes lábios, pelo aumento do tecido adiposo e sua distribuição corporal.

Puberdade feminina

Ocorre um pouco mais cedo do que a dos meninos, embora dure um pouco mais. Primeiramente há uma progressiva deposição de tecido adiposo (gordura) ao redor dos quadris, seguida rapidamente pelo surgimento do broto mamário, que pode ser uni ou bilateral, e dos primeiros pelos pubianos. Geralmente isto se dá por volta dos onze anos (podendo variar entre 8 e 13 anos). Cerca de um ano após o início do desenvolvimento das mamas acontece um intenso aumento em estatura, conhecido com estirão puberal. Nas meninas os hormônios estrogênicos levam ao desenvolvimento do broto mamário como primeiro sinal da puberdade para o sexo feminino o LH e o FSH são responsáveis pela síntese de esteróides e pela ovulação respectivamente.



Fatores nutricionais têm importância no desenvolvimento puberal. Tem sido observado que meninas obesas apresentam com frequência a puberdade antecipada.

FIQUE DE OLHO

Puberdade masculina

Nos meninos a testosterona atua como primeiro sinal da puberdade com o aumento do volume testicular, aumento do tamanho do pênis, aparecimento dos pêlos faciais e aumento da cartilagem cricóide. Diferentemente das meninas, os meninos não têm em seu processo de maturação sexual nenhum fato tão expressivo quanto o aparecimento do broto mamário ou a menarca. As emissões noturnas de esperma, durante o sono, poderiam ser consideradas como algo da mesma importância que a menstruação para as meninas, mas não têm a mesma regularidade. Em torno dos onze anos, podendo variar entre 9 e 13 anos, os testículos começam a aumentar de volume, ainda sem grandes modificação do tamanho do pênis, o que só vai ocorrer após mais ou menos um ano a partir desse evento. Um pouco antes do começo do crescimento do pênis surgem os primeiros sinais de pêlos pubianos e de pêlos axilares.

O crescimento testicular e peniano pode estar completo entre os doze anos e meio e os dezessete anos, dependendo de quando as modificações começaram a acontecer naquele indivíduo. O aumento da velocidade de crescimento - estirão puberal - acontece um pouco mais tarde nos meninos do que nas meninas, depois do início do aumento dos testículos.

Atendimento à saúde do adolescente

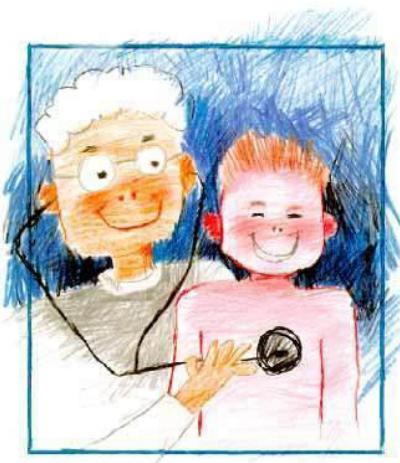
No atendimento à saúde de adolescente, alguns pontos devem ser considerados na abordagem clínica, destacando-se o estabelecimento do vínculo de confiança entre a equipe de saúde da família, o adolescente e sua família. Uma atitude acolhedora e compreensiva possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia.

Princípios importantes que facilitam a relação entre a equipe de saúde e o adolescente:

1. O adolescente precisa perceber que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade, restringindo-se às questões de saúde física. Não julga as questões emocionais e existenciais escutadas e não estabelece postura normativa.

2. A confidencialidade da consulta deve ser assegurada, mas o adolescente deve ficar ciente de que situações relacionadas a riscos de morte dele ou de outras pessoas podem romper esse sigilo.
3. É importante ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer, e também ter sensibilidade suficiente para apreender outros aspectos que são difíceis de serem expressos oralmente por eles.
4. Na maioria das vezes, o adolescente não procura o médico espontaneamente, é levado pelos pais e, com certa frequência, contra a sua vontade. Assim, é comum o profissional de saúde defrontar-se com um jovem ansioso, inseguro, com medo ou, assumindo uma atitude de enfrentamento, ou até uma postura de absoluto silêncio.
5. Se o adolescente procurar a Unidade Básica de Saúde sem o acompanhamento dos pais, ele tem o direito de ser atendido sozinho. No entanto, a equipe poderá negociar com ele a presença dos responsáveis se for o caso.
6. A entrevista inicial poderá ser feita só com o adolescente, ou junto com a família, porém é importante propiciar um momento a sós com o adolescente para facilitar a escuta e propiciar sua expressão livre.

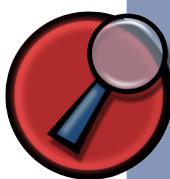
O exame físico no (a) adolescente



O exame físico no adolescente exige acomodações que permitam privacidade e propiciem ambiente em que o adolescente se sinta mais à vontade. O exame deve ser completo e detalhado, possibilitando a avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da saúde como um todo.

Alguns aspectos devem ser levados em conta pelo profissional:

- a) Esclarecimento sobre a importância do exame físico;
- b) Esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados;
- c) Respeito ao pudor;
- d) Compreensão do adolescente sobre as mudanças do seu corpo;
- e) Compreensão da imagem corporal que o adolescente traz.



FIQUE DE OLHO

Sempre, durante o exame físico, é necessária a presença de outro profissional no local para que seja preservada a ética. Esse cuidado minimiza problemas com relação a interpretações diferentes por parte do adolescente e resguarda o profissional. Esclarecer ao adolescente, antes do exame, tudo o que vai ser realizado. O uso adequado de lençóis e camisolas torna o exame mais fácil.

O roteiro inclui:

1. Aspecto geral (aparência física, humor, pele hidratada, eupneico, normocorado, etc.);
2. Avaliação de peso, altura, IMC/idade e altura/idade – usar curvas e critérios da OMS (2007);
3. Verificação da pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano);
4. Avaliação dos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, etc.;
5. Avaliação do estagiamento puberal – usar critérios de Tanner (masculino e feminino).



FIQUE DE OLHO

A consulta com o adolescente é um momento precioso e deve ser aproveitado. Assuntos como gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e drogas podem ser tratados. O profissional deve dar informações sobre o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das DSTs/AIDS, enfatizando a dupla proteção.

Deve estar atento ao estágio de maturação sexual, e qualquer anormalidade, encaminhar à referência. Os critérios de Tanner para avaliação da maturação sexual serão tratados adiante.

As adolescentes que já iniciaram atividades sexuais e/ou apresentarem algum problema ginecológico devem ser encaminhar para exame ginecológico.

Em relação ao adolescente masculino, aqueles que já iniciaram as atividades sexuais ou apresentaram algum problema geniturinários devem ter suas dúvidas esclarecidas, bem como devem ser orientados quanto ao autocuidado e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

Ao final da consulta devem ser esclarecidos os dados encontrados e a hipótese diagnóstica. A explicação da necessidade de exames e de medicamentos pode prevenir possíveis resistências aos mesmos.



SAIBA MAIS

As orientações do Ministério da saúde para atendimento à saúde do adolescente e da adolescente estão disponíveis na sua biblioteca e podem ser acessados em:

- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_menina.pdf
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_menino.pdf

Critérios de Tanner

A monitorização do desenvolvimento puberal é feita pela classificação de Tanner. O estagiamento de Tanner é um instrumento da prática diária do profissional que lida com adolescentes, sendo muito útil na determinação do estágio puberal em que se encontra o adolescente, permitindo relacionar tal informação com a clínica. Tanner sistematizou a sequência dos eventos puberais em ambos os sexos, em cinco etapas, considerando, quanto ao sexo feminino, o desenvolvimento mamário e a

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

distribuição e a quantidade de pêlos; e no masculino, o aspecto dos órgãos genitais e também a quantidade e a distribuição dos pêlos pubianos. Na tabela e nas figuras abaixo são mostrados resumidamente os eventos relacionados ao Estagiarmento de Tanner para ambos os sexos.

Estágio Tanner	Meninas		Meninos	
	Mamas	Pêlos Pubianos	Genitália	Pêlos Pubianos
1	Mínima elevação	Inexistente	Testículos com 1-2 cm	Inexistente
2	Mamas com pequena elevação	Crescimento em torno dos lábios, esparsos com leve pigmentação	Testículos ≥ 2 cm maior ou igual a	Pêlos esparsos
3	Mama e aréola aumentada mas sem contorno diferenciado	Aumento da quantidade e escurecimento, começando a encaracolar	Testículo continua a crescer, pênis aumenta de comprimento.	Aumento da quantidade e escurecimento, começando a encaracolar
4	Maior alargamento com aréola e mamilo projetados para formar um pico	Semelhante ao adulto porém não chegando à coxa	Escurecimento do escroto e alargamento da glande	Semelhante ao adulto porém não chegando à coxa
5	Contorno adulto com aréola e mamilo protruso	Padrão adulto espalhando até a coxa	Tamanho e morfologia adulta	Padrão adulto espalhando até a coxa

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

Estágios de desenvolvimento da genitália



Estágio 1
Genitália pré-puberal ou infantil,



Estágio 2
Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2)



Estágio 3
Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)



Estágio 4
Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glande. (G4)



Estágio 5
Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Pelagempré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)



Estágio 2
Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)



Estágio 3
Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



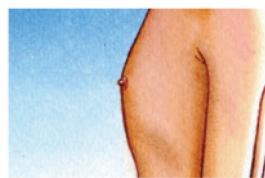
Estágio 4
Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)



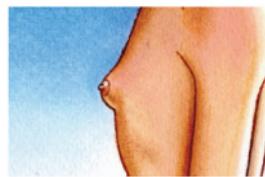
Estágio 5
Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)

Estagiamento de Tanner para o Sexo Masculino. (Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/>)

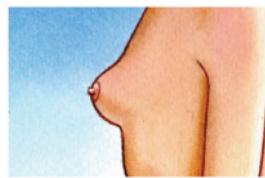
Estágios de desenvolvimento das mamas



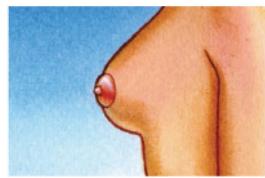
Estágio 1
Mamas infantis (M1)



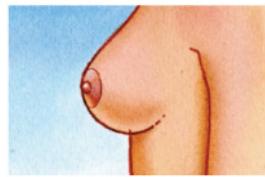
Estágio 2
O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



Estágio 3
Maior aumento da areola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



Estágio 4
Aumento continuado e projeção da areola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



Estágio 5
Mama com aspecto adulto, com retração da areola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Ausência de pelos, ou pelagem natural. (P1)



Estágio 2
Pelos iniciam-se com uma pelagem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2)



Estágio 3
Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



Estágio 4
Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4)



Estágio 5
Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5)

Estagiamento de Tanner para o Sexo Feminino. (Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/>)

Avaliação de adolescentes do sexo masculino.

Na avaliação dos adolescentes, durante a puberdade, deve-se observar o aparecimento de pêlos e o crescimento da genitália. A puberdade pode se iniciar dos 9 aos 14 anos e alguns aspectos devem ser observados, tais como:

1. A primeira manifestação da puberdade no sexo masculino é o aumento do volume testicular, em média aos 10 anos e 9 meses. O saco escrotal torna-se mais baixo e alongado, mais solto e enrugado.
2. O crescimento peniano começa, em geral, um ano após o crescimento dos testículos.
3. O início da puberdade antes dos 9 anos também pode indicar puberdade precoce e, portanto, deve-se sempre referir o adolescente ao serviço de referência para melhor avaliação
4. Desenvolvimento de genitália*. Recomenda-se, que o profissional de saúde responsável pela avaliação do adolescente, quando não munido do orquidômetro, proceda da seguinte forma:
 - a) faça a avaliação do peso e altura do adolescente.
 - b) mostre a prancha de estágios de Tanner ao adolescente e solicite ao mesmo que indique em que momento do seu desenvolvimento ele se encontra a partir do que foi visto.
 - c) faça a relação entre o peso e a altura e o estágio referido pelo adolescente.
 - d) o profissional poderá ainda, durante a entrevista, investigar possíveis alterações nas queixas e relatos do adolescente. Além de ser um método de avaliação seguro, permite ao adolescente a percepção de si e o autoconhecimento. Além de ser um método não invasivo.

* caso o profissional utilize o orquidômetro de Prader ver: www.saude.gov.br

1. Observar que primeiro o pênis cresce em tamanho e depois em diâmetro. Quando o adolescente termina sua fase de crescimento, seu pênis atinge em média 12 cm e 15 cm quando ereto, podendo variar mais ou menos de 2 a 3 cm.
2. A idade da primeira ejaculação, conhecida como semenarca ou espermarca, ocorre em média aos 12 anos e 8 meses. Geralmente, acontece também a poluição noturna, ou seja, a ejaculação involuntária de sêmen quando o adolescente está dormindo. Trata-se de evento fisiológico normal, que deve ser orientado e tranquilizado pelo profissional de saúde.
3. Pode ocorrer o crescimento do broto mamário no menino. Esse crescimento, chamado ginecomastia puberal (aumento do tecido

mamário) é frequentemente bilateral, tem consistência firme e móvel e, às vezes, muito dolorosa.

4. Pode-se classificar a ginecomastia, de acordo com o diâmetro, em: grau I, de 1 a 2 cm; grau II, de 2 a 4 cm, e grau III, de 5 cm em diante. A conduta é tranquilizar o adolescente e observar por até três anos, onde cerca de 85% regredem espontaneamente. Se trouxer grande sofrimento ao adolescente, encaminhar ao profissional de saúde para conduzir e avaliar a necessidade de uso de medicamento e/ou encaminhar ao cirurgião.
5. A ginecomastia de causa patológica (por drogas, endocrinopatias, tumores ou doenças crônicas), embora rara, deve ser pensada se ocorrer antes ou ao término da maturação sexual, devendo ser cuidadosamente avaliada e encaminhada para o serviço de referência.
6. É importante observar que deve ser considerado retardo puberal em meninos, a ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 14 anos de idade.

Avaliação de Adolescentes do sexo feminino

Na avaliação das adolescentes, durante a puberdade deve-se observar o aparecimento de mamas e pêlos. Alguns aspectos devem ser considerados, tais como:

1. A puberdade pode se iniciar dos 8 aos 13 anos. O broto mamário é o primeiro sinal puberal na menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Nesse caso a adolescente deve ser tranquilizada e reavaliada após seis meses, quando provavelmente a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também.
2. Caso a puberdade se inicie com o aparecimento de pêlos pubianos e não com o broto mamário, deve-se encaminhar ao profissional de saúde, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica, de causa patológica e não central pelo estímulo hipofisário - gonadal, devendo ser melhor investigada.
3. O início da puberdade antes dos 8 anos também pode ser motivo de preocupação e, portanto, a adolescente deve ser encaminhada ao endocrinologista para que ele avalie a ocorrência de puberdade precoce.

4. É frequente ocorrer um corrimento vaginal claro nos 6 aos 12 meses que antecedem a primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade feminina. Esclarecer para a adolescente que esse evento é natural. Trata-se do crescimento do tecido endometrial uterino e só requer maior cuidado com a higiene corporal.
5. A idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos. Deve-se entretanto observar comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente.
6. Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos.
7. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.
8. As adolescentes podem ainda crescer em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após a menarca.
9. É importante observar que se deve considerar retardo puberal em meninas a ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 13 anos de idade.

Atraso Puberal

A puberdade é considerada atrasada quando ainda não deu sinais (broto mamário ou início do aumento dos testículos) até os treze anos nas meninas e até os quatorze anos nos meninos. As causas podem familiares e benignas, como o atraso constitucional de crescimento e puberdade (ACCP) ou doenças endocrinológicas e síndromes tais como: falência gonadal (ovários ou testículos), hipotireoidismo, hipogonadismo central, síndrome de Turner, síndrome de Kallman, síndrome de Klinefelter dentre outros.

É necessária uma avaliação especializada para a realização de exames e confirmação diagnóstica. A maioria dos casos é apenas de origem familiar, que é caracterizado por baixa estatura, lentidão no aparecimento dos sinais puberais, atraso na radiografia de idade óssea e geralmente com uma história familiar semelhante. Nesses casos recomenda-se avaliação médica inicial, para afastar outras causas e posteriormente acompanhamento do crescimento pela equipe. É importante que a equipe esteja sabendo para orientar e tranquilizar a família e o adolescente, esclarecendo que não se trata de uma doença, mas de uma demora própria do indivíduo em iniciar a puberdade e que ao final do período, provavelmente alcançará a média de altura da família com uma maturação sexual adequada.

Puberdade precoce

Considerada a puberdade precoce casos em que os primeiros sinais de maturação sexual ocorrem antes dos nove anos em meninos e antes dos oito anos em meninas. Existem numerosas causas para tais alterações, que devem ser cuidadosamente investigadas por endocrinologistas e até mesmo por geneticistas. É importante destacar que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do adolescente com regularidade e uma periodicidade de pelo menos duas consultas ao ano tem grande valor, pois possibilita o diagnóstico precoce e a conduta de tratamento oportuna em situações anormais.

Ginecomastia



A ginecomastia tem como substrato etiológico provável a existência de um desequilíbrio na relação hormonal, onde os androgênios (ação inibidora do crescimento mamário) estão em proporção menor que os estrogênios, que estimulam o tecido mamário. Esse fenômeno pode ser transitório ou permanente, fisiológico ou patológico.

As formas fisiológicas de ginecomastia incluem a neonatal, a puberal e a senil. Cerca de 40% dos meninos desenvolvem ginecomastia transitória em algum momento da puberdade, com pico de incidência por volta dos 13-14 anos, coincidindo com o estágio G3 de Tanner. Pode revelar-se como um achado ocasional da consulta do adolescente (aumentos discretos não são percebidos à inspeção, somente à palpação) ou ser referido pelo paciente ou familiares. Algumas vezes, entretanto, pode levar ao incômodo estético e o adolescente pode referir dor e aumento da sensibilidade local ao contato com a roupa. Dentre as causas patológicas, destacam-se: as drogas, as endocrinopatias, tumores e doenças crônicas.

- a) Drogas, Hormônios (ingestão em alimentos como carne ou leite, cremes em contato com a pele, ingestão de anticoncepcionais hormonais orais), espironolactona (diminui biossíntese da testosterona e aumenta seu

clearance), bloqueadores H₂—cimetidina (compete deslocando andrógeno do seu receptor), fenitoína (estimula conversão periférica de androgênios em estrógenos), cetoconazol (inibe síntese de testosterona), digitálicos (efeito estrogênio-like), maconha (efeito estrogênio-like), álcool (inibição biossíntese de testosterona e aumento de receptores estrogênicos).

- b) Endocrinopatias. Hipogonadismo primário (anorquia, Síndrome de Klinefelter, trauma, orquite), secundário (hipopituitarismo) e distúrbios adrenais.
- c) Tumores. Tumores de hipófise, adrenal e testículos.
- d) Doenças crônicas. Hepatopatias (déficit no clearance de androgênios, tornando-os mais disponíveis para conversão periférica), nefropatias, AIDS, fibrose cística, desnutrição.

O tratamento da ginecomastia poderá ser medicamentoso ou até cirúrgico, dependendo do tamanho das mamas e do período da regressão e também visa aliviar o sentimento de deformidade e de problemas na auto-imagem do adolescente.

O aumento das mamas é em geral bilateral, em cerca de 80% a 95%. A consistência da mama é elástica, idêntica à da mama feminina, ou fibrosa nos casos mais prolongados. É importante observar se a consistência é endurecida, se o mamilo está retraído pela massa e se a pele apresenta textura alterada, verificando se há descarga no mamilo de secreção sanguinolenta. Nesses casos deve ser investigada a hipótese de câncer de mama.

Masturbação

O ato masturbatório aparece bem antes da adolescência, mas, é mais significante entre 11 e 13 anos após o término da latência. Nesse período podem se iniciar as ejaculações e o adolescente começa a sentir prazer com a manipulação do sexo. Aparece mais marcadamente a excitação sexual, semelhante à vida adulta. A diferença fundamental é que os objetos do desejo ainda são, inconscientemente, os mesmos que na infância. O início da masturbação pode representar para os meninos um positivo aspecto de um saudável desenvolvimento psíquico e sexual, já que os primeiros atos de masturbação indicam uma saudável curiosidade de conhecer o seu próprio corpo, escoamento de fantasias e a possibilidade de entrar em contato com sensações que até então fazem seriam privilégio exclusivo dos adultos (Niedersberg, 2008)

Caderneta de Saúde do Adolescente



Em 2009, o Ministério da Saúde criou a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) com o objetivo de monitorar a saúde da população entre 10 e 19 anos e facilitar as ações educativas voltadas para este segmento. A implantação da caderneta ocorreu em etapas e priorizou, no início, os municípios inseridos no Programa Saúde nas Escolas, já que é um instrumento para a saúde e educação dos adolescentes.

São disponíveis duas versões da caderneta, sendo uma voltada para o público feminino e outra para o masculino, com dicas e temas de interesses variados. Uma das questões abordadas são os direitos e deveres do jovem com incentivo à cidadania. Aspectos em relação ao autocuidado, nas mais variadas áreas como odontologia, higiene pessoal e doenças sexualmente transmissíveis, também são abordados. Há ênfase na educação sexual, com o objetivo de orientar os jovens sobre as dúvidas mais frequentes e o modo correto de prevenir uma gravidez indesejável assim como DSTs. O crescimento, desenvolvimento e a vacinação recebem especial atenção, assim como na Caderneta de Saúde da Criança, mostrando que esses cuidados não devem ser esquecidos na adolescência. Os assuntos são descritos de forma lúdica e linguagem acessível, favorecendo a compreensão não só pela equipe de saúde como, principalmente, pelo jovem e sua família.

As Cadernetas de Saúde do Adolescente são disponibilizadas nos endereços abaixo:

Caderneta de Saúde do Adolescente:



http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf

Caderneta de Saúde do Adolescente:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf

Antropometria na Atenção à Saúde do Adolescente

Durante a adolescência, os dados antropométricos se tornam ainda mais importantes e valiosos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar de mais difíceis de se obter, devido à característica única do estirão puberal e da velocidade rápida de mudanças corporais que ocorrem neste período.

Cerca de 20 a 25% da altura do indivíduo adulto cresce neste período e 40 a 50% do seu peso final. Estes parâmetros são alcançados em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade.

Alguns pontos importantes devem ser observados visando facilitar a atenção ao crescimento e a avaliação da antropometria nesta fase. Em todas as consultas clínicas, deve-se avaliar:

1. Estatura, IMC/Idade e os Estágios puberais de Tanner em todos os adolescentes que compareçam ao serviço de saúde.
2. Medir a altura em antropômetro/estadiômetro de parede, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS).
3. Pela recomendação deve-se colocar o adolescente de pé, sem sapatos, tão ereto quanto possível, com os olhos e as orelhas alinhados horizontalmente. Colocar a prancha ou prancheta na cabeça, fazendo um ângulo de 90 graus, firmemente sobre a cabeça do adolescente, enquanto o examinador exerce uma pressão suave de baixo para cima sobre o seu queixo, e lembra a ele que deve manter seus calcanhares sobre o piso e fazer uma inspiração profunda para manter a medição de sua altura. Anotar o dado no gráfico de Estatura/Idade.
4. Pesar em balança eletrônica ou balança mecânica (balança de braço aferida e sempre zerada e tarada) pesar com a adolescente vestindo roupas leves, sem sapatos ou adereços, celulares, etc.
5. O peso deve ser utilizado para avaliar o Índice de Massa Corporal e o IMC deve ser colocado na curvas da OMS de IMC/Idade.
6. A velocidade máxima do estirão puberal também é variável de adolescente para adolescente, ocorre 18 a 24 meses antes nas mulheres do que nos homens, com uma variação média de 2 cm por ano, menor nas mulheres.
7. Os meninos crescem em média de 9,5 cm /ano no estirão puberal e as meninas em média 8,0 cm/ano.

8. Um parâmetro importante para avaliar o estirão de crescimento puberal é a avaliação da Velocidade de Crescimento (VC/ano) que pode ser feita instantaneamente, avaliando-se por uma regra de três simples. Exemplo: adolescente de 12 anos, avaliado em um período de 4 meses de intervalo entre a consulta, cresceu 4 cm neste período, ele tem uma velocidade média de 12 cm/ano, portanto está no estirão puberal normal.
9. O máximo do ganho ponderal coincide com o estirão puberal nos homens, mas ocorre 6 a 9 meses após o estirão puberal nas mulheres.
10. Os adolescentes podem apresentar um aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade.
11. No início do estágio do estirão pubertário, a adolescente pode apresentar um aspecto longilíneo e emagrecido podendo ser classificada como de baixo peso pelos indicadores peso e altura.
12. Investigar as principais causas de atraso caso o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano ou menor que 6 cm/ano em adolescentes na fase puberal.
13. Avaliar sempre a perda (Desnutrição) ou ganho (Sobrepeso / Obesidade) de peso em adolescentes.
14. Acompanhar semestralmente os adolescentes, e em caso de rastreamento de riscos, acompanhar a cada 2-3 meses.



SAIBA MAIS

As curvas de crescimento estão disponíveis no endereço:

<http://www.who.int/childgrowth/en/> (WHO Child Growth Standards, 2006)

Situação Problema

Parte 1

Em visita domiciliar a uma família da comunidade, o agente de saúde, reparou que Paulo, um adolescente de 13 anos, filho mais velho de D. Silvia, estava isolado e sem querer muita conversa. Sua mãe referiu que quando ele ficou rapazinho se

retraiu muito e ultimamente não conversa muito em casa e também não quer mais brincar com os amigos. Deixou até de ir ao campo jogar bola disse ela. Alegou que está muito preocupada porque ele sempre passa um longo tempo trancado no quarto ou no banheiro. Seu atual marido, o padrasto, que é um homem rude e explosivo, tem agredido verbalmente Paulo com frequência achando que dessa forma mudará esse comportamento que ele, considera muito esquisito. Além disso, D. Sílvia queixou-se que o corpo de seu filho está com características femininas, pois seu peito está aumentado e dolorido. D. Silvia trabalha de faxineira, tem três filhos, sendo dois do primeiro casamento, e o mais novo do atual marido. Refere que a relação entre o mais velho e o padrasto nunca foi boa, uma vez que ele é um homem muito agressivo.

O agente então tentou conversar com Paulo para saber o que estava acontecendo. Ele observou que o adolescente apresentava as mamas desenvolvidas bilateralmente. O menino contou ao agente que tem se masturbado com frequência e perguntou se isso é a causa do crescimento de suas mamas. Referiu ainda que seu padrasto gostava de mexer no pênis dele quando ele era menor, dizendo que era “brincadeira”, mas que ele não gostava daquele tipo de brincadeira. Agora que está crescido e com o crescimento das mamas, ficou envergonhado e ele não pode mais deixar que aquelas “brincadeiras” aconteçam. Por isso, ele tem ficado mais em casa no quarto e não quer mais conversas com ninguém. Alegou que também não quer ir ao futebol devido ao aumento das mamas. O agente, explicou ao adolescente que iria marcar uma consulta para ele com o médico da USF e que iria discutir para saber sobre o crescimento das mamas que não era nada grave e nem devido a sua masturbação. Ao retornar, o agente levou o caso para discutir com a equipe da ESF na qual trabalha.

Parte 2

O adolescente veio ao serviço sozinho. Foi consultado, falou sobre suas dúvidas em relação ao crescimento das mamas, a dor mamária e a masturbação. Disse que não joga mais no campinho porque os colegas mexem muito com ele chamando-o de “mulherzinha” e outras brincadeiras de mau gosto quando tira a camisa. Tem vergonha de se despir na frente dos outros e perguntou se ele tem cura para aquele problema. Indagado sobre o comportamento do padrasto, ele disse que não gostava da situação, mas que o padrasto sempre fazia “aquecas brincadeiras” com ele e com os irmãos mais novos. Disse ainda que a mãe sabia e que ele não quer mais se submeter aquela situação de constrangimento.

No exame físico não foi evidenciado nenhuma anormalidades, seu estado geral era bom, exceto pelo aumento das mamas, bilateralmente, com leve dor a palpação. Peso, 58 Kg, Estatura, 1,67 cm e quanto ao desenvolvimento puberal encontrava-se no estágio G3 de Tanner, e o IMC/Idade foi 20,86 (entre os percentis da curva da OMS: P50-P85). A Pressão Arterial foi de 110mmHg X 70mmHg. O médico então explicou ao Paulo sobre o processo de seu crescimento e estágio da puberdade remarcando

uma consulta de retorno para a família na próxima semana e outra para três meses, para reavaliar a ginecomastia. Em seguida levou o caso para nova discussão com a equipe a fim de trabalharem os outros problemas demandados pelo adolescente.

Quais os desafios da eSF na condução desse caso?

1) Avaliação do crescimento e desenvolvimento puberal

Cabe equipe de saúde acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento puberal, assegurando ao adolescente que o mesmo está ocorrendo dentro da normalidade. É importante afastar a ginecomastia da puberdade de outras doenças e até da pseudoginecomastia, para tanto é necessário a avaliação médica. Avaliar a ginecomastia causada pelo acúmulo de gordura na região subareolar e ou a transicional benigna que dura até dois anos para desaparecer. Observar se o adolescente tem sobre peso e ou obesidade, que não é o caso do Paulo, visto que seu IMC/ Idade está entre os percentis P50 e P85.

O médico e/ou profissional que atenda o adolescente deverá ouvi-lo em suas demandas toda a história relatada orientá-lo sobre a fase da vida que está passando tais como: o crescimento rápido, as transformações corporais, dificuldades de adaptar-se a novas experiências e novas situações.

2) Avaliação da Ginecomastia

Esclarecer ao adolescente do caso que a ginecomastia, aparece em cerca de 40% dos adolescentes, que é transitória e pode levar entre dois a três anos para desaparecer. Tentar acalmar o adolescente e assegurar que vai acompanhar o crescimento e o desenvolvimento dele no serviço para se necessitar usar algum tratamento específico que este será feito pelo médico do serviço e/ou encaminhado ao especialista.

Convém também considerar que a Ginecomastia pode estar interferindo em fatores psicológicos importantes relacionados à auto-imagem nesta fase da vida. Adicionalmente o bullying em virtude da situação precisa ser considerado.

Nesta fase de grandes transformações o adolescente sente-se só e se afasta cada vez mais da família. A atitude do padrasto ameaçadora, rude, sem diálogo, leva ao isolamento cada vez maior e ao retrairo do adolescente diminuindo sua auto-estima e tornando-o mais vulnerável a depressão da adolescência que somados as questões da ginecomastia, com uma imagem corporal distorcida e o sofrimento com o bullying dos colegas de futebol esse adolescente necessita de apoio psicológico e do amparo da família.

3) Masturbação

A equipe deve estar capacitada a lidar com aspectos do desenvolvimento normal dos adolescentes. As transformações fisiológicas, mudanças corporais, hormonais emocionais e psíquicas do adolescente devem ser conhecidos pela equipe. Deve-se falar e discutir sobre os mitos da masturbação, os medos, destacando que esse é um processo natural na adolescência e que tem relação com o conhecimento de seu corpo e suas funções. Deve-se deixar claro que a masturbação não tem relação com a ocorrência da ginecomastia.

Destacar a necessidade do trabalho com a família, como forma de fortalecer o vínculo e facilitação do diálogo. Chamar os pais para uma conversa sobre a necessidade de respeitar o adolescente, dando espaço para sua individualidade com responsabilidade. Esclarecer as dúvidas sobre o período da adolescência e a necessidade do respeito às individualidades na família.

Orientar aos pais que é preciso dar limites, porém com respeito e afeto ao adolescente. É necessário respeitar sua privacidade, sua intimidade e seu espaço ainda que a família viva em condições mais simples.

4) Violência doméstica e Sexual

A violência do tipo doméstica é um fenômeno difícil, caracterizado como um enigma que aborda a constelação familiar, na maioria das vezes de forma silenciosa e dissimulada. A questão em si é mais grave porque atinge de forma mais violenta os seres mais indefesos da sociedade, acarretando danos biológicos e psicossociais aos mesmos, sobretudo quando esse tipo de violência advém da atmosfera familiar, envolvendo seus cuidadores ou outros que representam espaço significativo e de afeto para a criança ou o adolescente.

No caso em questão os pais devem ser ouvidos para que se possa compreender as razões dos problemas de relacionamento entre o padrasto e o adolescente. Em seguida, tentar dialogar perguntando-lhes sobre as questões das “brincadeiras” com o Paulo. Explicar aos pais que as consideradas “brincadeiras” do padrasto podem não configurar apenas brincadeiras, pois mexe com os genitais do adolescente, e o adolescente fica constrangido e, portanto, pode ser considerado abuso sexual. O corpo de cada criança/adolescente deve ser respeitado protegido e nunca violado, sob pena de o pai/ padrasto ou outra qualquer pessoa responder judicialmente. (ver Estatuto da Criança e do Adolescente)

Referências Bibliográficas

- ADAMO, F. Juventude: trabalho, saúde e educação. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1985. p. 16 –19.
- ALVES, N F. R – Ginecomastia Puberal. *Adolescência & Saúde*, vol. 1 nº 2-Abr/Jun–2004. Disponível em: www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=215
- CASTILLO D, P. Ginecomastia. *Cuad. cir.* (Valdivia), dic. 2003, vol.17, no.1, p.52-57. ISSN 0718-2864.
- DICLEMENTE, R. J.; PONTON, L. E.; HANSEN W., B. New Directions for adolescent Risk Prevention Research and Health Promotion Research and Interventions. In: _____. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior - Issues in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press, 1996. p. 413-420.
- GIBBONS L. Dealing with the effects of domestic violence. *Emerg Nurse*. Jul;19(4):12-6; 2011.
- JENNER C. V. AZEVEDO, LANA M. P. Brasil2, Taísa B. M. A. Macedo3, Lucia F. C. Pedrosa4, Ricardo F. Arrais5 Comparison between objective assessment and self-assessment of sexual maturation in children and adolescents *Jornal de Pediatria* - Vol. 85, Nº 2, 2009.
- LOPES NETO, A.A. Bullying . comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatria* (Rio J). 2005; 81 (5 Supl): S164-S172. www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06.pdf
- LOURENÇO, B. Ginecomastia na adolescência, 2000. <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=1019&langtype=1046>
- MINAYO, M.C.S; Souza, E.R.(editores). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. 8.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- MINAYO, M.C.S. Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 69-78, 2005
- NIEDERSBERG, M. C. O Papel da Masturbação no Desenvolvimento Sexual do Adolescente. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.05, Jan/Fev/Mar 2008.
- RIVERA, N F; EISENSTEIN, E; CARDOSO, C. B. M. A. - Relação da Ginecomastia puberal com o índice de massa corporal em amostra de adolescentes atendidos em Unidade de Pacientes Externos de Hospital Universitário. *Arq Bras Endocrinol Metab.* vol.53 no.4 São Paulo, June, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000400008
- SPINOLA-CASTRO, AM. Distúrbios Puberais. In: *Tratado de Pediatria, Secção 13-Endocrinologia*; cap. 05, págs. 795- 809, 2^a edição. Ed. Manole, SP, 2010.

Lição 3 – Doenças Prevalentes na Infância e na Adolescência

Celeste Aida Nogueira Silveira

Catia Barbosa da Cruz

Nesta lição abordaremos os agravos mais comuns do cotidiano da atenção à saúde da criança. O perfil de morbidade das crianças brasileiras tem mudado nas últimas décadas - as doenças infecciosas têm **diminuído e as doenças crônicas** passaram a ganhar mais visibilidade. Com base nisso, escolhemos abordar a obesidade infantil e a diabetes mellitus na infância, de forma a instrumentalizar a eSF para a avaliação desses casos e, se for o caso, para encaminhá-los para o especialista. A anemia ferropriva também foi inserida por ser a carência nutricional mais prevalente entre crianças menores de 5 anos no Brasil, assim como a diarreia aguda por ser uma das principais queixas apresentadas pelas mães no atendimento primário à saúde.

Ao final do estudo esperamos que você consiga identificar os principais agravos à saúde da criança, discrimine os fatores de risco relacionados e estabeleça condutas adequadas.

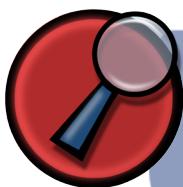
Objetivos

- Destacar os principais agravos em saúde da criança e formas de manejo clínico pela equipe de Saúde da Família;
- Identificar doenças prevalentes na infância;
- Reconhecer a importância da rede familiar na saúde da criança;
- Identificar fatores de risco de mortalidade infantil.

Diarreia aguda

A diarreia aguda ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de cinco anos.

A diarreia aguda é um súbito aumento do conteúdo de líquidos nas fezes, com duração de até 14 dias, potencialmente autolimitada, geralmente com aumento no número de evacuações. Mais frequentemente de origem infecciosa, pode ser causada por vírus, bactérias ou protozoários. Quando não infecciosa, as causas podem ser intolerância à lactose ou ao glúten, ingestão de grandes quantidades de adoçantes ou de certos alimentos (p.ex. açúcar, gordura), laxantes, etc.

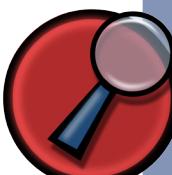


FIQUE DE OLHO

No Brasil é causa de 600 mil internações por ano, respondendo por cerca de 8000 óbitos. Em nosso país, as principais causas são infecção por rotavírus ou por *E.coli* enteropatogênica clássica.

O modo de transmissão da diarreia aguda é o fecal oral, através de transmissão indireta por água, alimentos ou objetos contaminados ou transmissão direta de pessoa a pessoa ou animal a pessoa. Os métodos de prevenção e controle são basicamente medidas de higiene, como boa qualidade da água, destino e tratamento adequado dos dejetos, higiene na manipulação de alimentos e higiene pessoal. Também educação em saúde e identificação precoce de casos. Neste ponto, a ação do ACS é fundamental, orientando sobre as medidas de higiene, como a lavagem de mãos, o uso do hipoclorito de sódio para higienização dos alimentos e de água e sobre a destinação adequada das fezes.

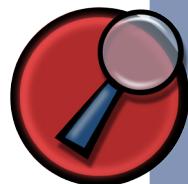
O hipoclorito de sódio é conhecido popularmente como água sanitária, que é vendida em solução de 2,0 a 2,5% de hipoclorito de sódio. Existem no mercado pastilhas de uso doméstico e, geralmente, uma pastilha é utilizada para purificar um litro de água.



FIQUE DE OLHO

Para melhorar a qualidade da água para consumo humano, recomenda-se colocar 2 a 4 gotas de água sanitária para cada litro de água. Essa solução deve ser guardada dentro de um recipiente não transparente, como um pote de barro ou uma garrafa térmica, por exemplo.

É importante manter o recipiente tapado e esperar 30 minutos após pingar as gotinhas para consumir a água. Essa água se torna mais limpa para beber, cozinhar, lavar legumes, frutas e hortaliças, lavar a louça e tomar banho.



FIQUE DE OLHO

Para lavar bem frutas e verduras corretamente, diminuindo a quantidade de agrotóxicos e de microrganismos, deve-se lavar os alimentos em água corrente, utilizando uma bucha ou escovinha para retirar a sujeira visível a olho nu; Deixar as frutas e as verduras com casca de molho em uma bacia com 1 litro de água e 1 colher (sopa) de água sanitária durante 15 minutos; Lavar as frutas e as verduras em água potável para retirar o excesso de água sanitária.

O Ministério da Saúde faz um monitoramento das doenças diarreicas agudas através do SIVEP (Sistema de Informações da Vigilância Epidemiológica) que deve ser preenchido pela unidade de saúde sentinela. A identificação precoce de casos fora do padrão da área suscita uma investigação epidemiológica.

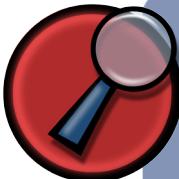
No exame clínico é essencial a pesquisa de desidratação, distúrbios eletrolíticos e febre. Quando houver queixa de dor abdominal o exame do abdome é fundamental para avaliar sinais de peritonite.

Os exames laboratoriais rotineiros só são necessários se a diarreia persistir por mais de uma semana, em crianças que recentemente retornaram de uma viagem ou se há sinais de gravidade.

Por ser uma doença autolimitada, o grande objetivo do tratamento da diarreia aguda é repor as perdas hídricas e evitar a desnutrição. Assim, é fundamental manter a ingesta hídrica, com a reposição dos sais minerais perdidos pelas fezes. A OMS recomenda o uso do soro de reidratação oral. O soro possui quantidades adequadas de sódio, potássio, cloro e uma base para repor as perdas. Também tem glicose, aproveitando a manutenção da absorção combinada de sódio e glicose dos enterócitos, resultando em balanço positivo de água. A composição do soro preconizado pela OMS está no quadro abaixo:

Composição em 1 litro		Concentração após diluição	
Glicose	20g	Glicose	111mM/L (2%)
NaCl	3,5g	Na	90 mEq/L
NaHCO ₃	2,5g	K	20 MEq/L
KCl	1,5g	Cl	75 mEq/L
		HCO ₃	30 mEq/L

Fonte: OMS/UNICEF. Controle da diarréia e uso da terapia de reidratação oral.
Brasil: 1983.



FIQUE DE OLHO

O soro caseiro é preparado com açúcar (sacarose) e sal de cozinha (cloreto de sódio) e, portanto, é deficiente em potássio e na base. Em situações de diarreia grave, o soro caseiro será deficiente em repor todas as perdas. Idealmente, deve ser usado o soro fornecido pelo Ministério da Saúde.



ATENÇÃO!

A criança com diarreia e desidratação grave deverá ser encaminhada para tratamento em ambiente hospitalar.



SAIBA MAIS

Para saber classificar o grau de desidratação e manejo da diarreia, leia os artigos disponíveis na sua biblioteca:

- Brasil, Ministério de Saúde: Manejo do paciente com diarreia.
- World Gastroenterology Organisation. WGO Guia Prática da Organização Mundial de Gastroenterologia: Diarreia aguda, 2008.

Atribuições dos profissionais no controle das doenças diarreicas agudas

Médico

- Diagnosticar e tratar adequadamente os casos de doença diarreica aguda conforme orientações e instrumentos técnicos recomendados.
- Realizar a avaliação clínica do paciente, classificar o seu grau de desidratação e adotar a conduta terapêutica adequada.
- Solicitar exames específicos e complementares, quando necessários.
- Encaminhar os casos graves para a unidade de saúde de referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária.

- Acompanhar a evolução clínica dos casos em tratamento.
- Notificar os surtos de doença diarreica aguda e solicitar, junto à vigilância epidemiológica do município, sua investigação.
- Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas.

Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem.
- Realizar assistência de enfermagem domiciliar, quando necessária.
- Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento.
- Acompanhar a evolução clínica dos casos em tratamento.
- Contribuir e participar das atividades de educação em saúde permanente dos membros da equipe de saúde quanto à prevenção, manejo do tratamento e ações de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas.
- Consolidar os dados ao final de cada semana epidemiológica, e encaminhá-lo à vigilância epidemiológica do município, elaborando o gráfico correspondente para análise, o qual deverá ficar exposto em local visível na unidade de saúde.

Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão.
- Registrar os casos de diarreia em impresso próprio do Sinan.

- Realizar assistência domiciliar, quando necessária.
- Realizar/acompanhar o tratamento dos casos, quando necessário, seguindo a orientação do enfermeiro e /ou médico.
- Contribuir e participar das atividades de educação em saúde permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento e ações de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas.

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Identificar os casos e encaminhá-los à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento.
- Identificar sinais e/ou situações de risco em casos de diarreias e orientar sobre o tratamento da água para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
- Acompanhar os pacientes e orientá-los quanto à necessidade na continuidade do tratamento.
- Desenvolver ações educativas, levando informações e orientações às famílias e aos indivíduos, identificando às medidas de prevenção e controle das doenças diarreicas.
- Orientar a população informando-a sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e formas de transmissão.
- Atuar como elemento mobilizador da comunidade chamando a atenção das pessoas para a importância da participação de todos em campanhas e mutirões no combate às doenças diarreicas agudas.
- Contribuir e participar das atividades de educação em saúde permanente dos membros da equipe de saúde quanto à prevenção, manejo do tratamento e ações de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas.
- Registrar informações, dados e percepções que vão possibilitar que os profissionais da unidade básica de saúde articulem a visão clínico-epidemiológica e os aspectos sociais e culturais da comunidade, favorecendo uma assistência mais integral e resolutiva.

Referências Bibliográficas

ANCONA LOPEZ & CAMPOS JÚNIOR. Tratado de Pediatria. 2^a. Ed. São Paulo: Manole, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas . Disponível em <http://www.saude.gov.br> acesso em 14/01/15

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar . Disponível em <http://www.portalsaude.saude.gov.br> .

DUNCAN, B.B.; SCHMIDIT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
World Gastroenterology Organisation. WGO Guia Prática da Organização Mundial de Gastroenterologia: Diarreia aguda, 2008.

Diabetes Mellitus na Infância e na Adolescência



O diagnóstico de uma doença crônica altera a dinâmica familiar. O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia de jejum, que afeta o metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos. O DM pode ser decorrente da uma diminuição da ação da insulina, da produção diminuída desse hormônio ou por impedimento de sua ação.

Vamos analisar a situação abaixo:

Situação problema

Pedro, 12 anos, tem DM tipo 1 há 1 ano e tem dificuldade com a dieta, principalmente por causa dos salgadinhos que sua mãe, Dona Joana, faz para vender. Seu pai, Sr. Severino, 52 anos, tem diabete tipo 2, é aposentado por invalidez e está praticamente cego do olho direto e tem apenas 50% da visão do olho esquerdo.

Sr. Severino não gosta de cuidar do filho porque tem medo que ele perca a visão também e delega esta função a esposa.

Pedro foi para escola pela manhã e se esqueceu de tomar a insulina.

Dona Joana levou o Pedro na Unidade Básica de Saúde porque ele esqueceu de tomar a insulina (NPH) e acha que ele “é suficientemente grande para cuidar de si” e, vem apresentando valores altos de glicemia pela manhã. Dona Joana também tem dúvidas porque antes recebia seringas de 50U e agora recebe de 100U e tem dificuldade no ajuste da dose da insulina.

O que é o Diabetes?

O DM é um grupo heterogêneo de distúrbio metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia.

A classificação atual do diabetes é baseada na etiologia, conforme apresentado na tabela 1 (SBD 2007).

Tabela 1 - Classificação etiológica do DM	
DM1	
	<ul style="list-style-type: none">• Autoimune
	<ul style="list-style-type: none">• Idiopática
DM2	
	Outros tipos específicos de DM
	Diabetes mellitus gestacional

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2007.

O Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) corresponde a 5 a 10% dos casos e é causada pela destruição das células beta do pâncreas tendo como consequência a deficiência de insulina. Na maioria dos casos trata-se de um processo autoimune, podendo também ser idiopática.

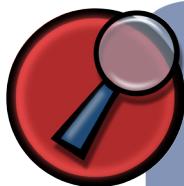
Os sinais e sintomas se manifestam de maneira constante, com poliúria, polidipsia, polifagia, astenia e perda de peso. O diagnóstico é simples e confirma-se

pela glicemia plasmática de jejum ≥ 126 mg/dL ou glicemia casual, em qualquer hora do dia, > 200 mg/dL.

O uso de insulina é imprescindível no tratamento do DM1 e deve ser instituído assim que o diagnóstico for realizado.

O Diabetes mellitus tipo 2 corresponde a 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeito na ação ou secreção da insulina. Os pacientes com DM2 geralmente apresentam sobrepeso e obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, mas em geral é diagnosticada em pessoas com mais de 40 anos.

O aumento na prevalência da obesidade na adolescência e na infância explicaria, em grande parte, o avanço do DM2 nas populações jovens. A idade de maior incidência do DM2 no jovem é próxima dos 13 anos e uma proporção de 2:1 para meninas em relação aos meninos.



Uma das grandes preocupações do diagnóstico de DM2 no jovem é que algumas comorbidades, como a nefropatia, hipertensão arterial, desordens lipídicas e esteatose hepática apresentam-se tão comuns na criança como no adulto.

FIQUE DE OLHO

As crianças são geralmente assintomáticas ou oligossintomáticas por longos períodos, sendo que 50% são referidos ao serviço especializado, devido à glicosúria ou à hiperglicemia em exame de rotina. Trinta por cento dos pacientes apresentam poliúria, polidipsia leve e emagrecimento discreto. Algumas pacientes podem apresentar história de monilíase vaginal.

O objetivo do tratamento do diabetes mellitus (DM1 ou DM2) é manter as glicemias ao longo do dia entre os limites da normalidade, evitando ao máximo a ampla variabilidade glicêmica. O uso de hipoglicemiantes orais é efetivo para o DM2 pediátrico. A primeira orientação feita pelos profissionais de saúde deve possibilitar que o paciente e seus familiares sejam capazes de administrar insulina adequadamente e monitorar os níveis glicêmicos, reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia e agir para normalizar a situação. Preencher esses requisitos é a condição para o bom tratamento domiciliar do DM.

Os outros tipos de DM são a minoria dos casos e possuem uma variedade de causas como defeitos genéticos das células beta do pâncreas, doenças do pâncreas, endocrinopatias, induzidas por medicamentos ou agentes químicos entre outros.

O DM gestacional ocorre durante a gestação. Os valores de glicemia costumam ser normalizados após o parto mas a gestante precisa de cuidados especiais durante toda a gestação a partir do diagnóstico da doença.

Para saber mais, leia os artigos disponíveis na sua biblioteca



SAIBA MAIS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Brasília: MS, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE. Diretrizes para o tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. São Paulo: SBD, 2007.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2014.



**PARA
REFLETIR**

Quais estratégias deveriam ser utilizadas no cuidado ao paciente diabético?

Vamos voltar à situação problema!

É importante refletir sobre as formas de enfrentamento de uma doença crônica. A negação/dificuldade de aceitação, a preocupação, o medo da morte, a esperança de cura e o cansaço quando a doença exige cuidados constantes. O pai (Sr. Severino) ao se recusar a cuidar do filho, pode ser uma expressão de medo e impotência frente à doença. Embora a mãe (dona Joana) considere que seu filho de 12 anos “suficientemente grande” para cuidar de si, é importante que a equipe de saúde esclareça que o adolescente ainda está em processo de formação e desenvolvimento de sua identidade. Esta rede familiar está frágil e precisa de apoio e orientação.

Como a equipe elabora um plano de intervenção para essa família?



SAIBA MAIS

Para saber mais, consulte na sua biblioteca

- GÓES, A. P.; VIEIRA, M. R. R; LIBERATORE JR., R. DEL R. Diabetes Mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. Rev Paul Pediatr, 25(2):124- 8, 2007.
- PILGER, C.; ABREU, I. S. Diabetes mellitus na infância: repercuções no cotidiano da criança e de sua família. Cogitare Enferm, 12(4):494-501, out.-dez. 2007.

Você conhece os tipos de insulina?

Pesquise na biblioteca:



SAIBA MAIS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Brasília: MS, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE. Diretrizes para o tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. São Paulo: SBD, 2007.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Uso de insulina orientação para pacientes e familiares. Educação em Saúde, v.62, 2011.

O Governo Federal, com o programa Farmácia Popular, disponibiliza gratuitamente insulina NPH e Regular. Em situações especiais podem ser disponibilizadas a insulina glarginha e as ultrarrápidas, desde que o paciente esteja cadastrado no HiperDia, o programa de controle de diabetes e hipertensão.

Com relação às seringas, as de 100U são graduadas de 2 em 2U, enquanto as de 50U ou 30U são graduadas de 1 em 1U. É importante salientar esta diferença para o cuidador sob risco de superdosagem ou dosagem insuficiente.

A insulina deve ser aplicada no tecido subcutâneo, para absorção adequada. Os locais recomendados são aqueles afastados das articulações, dos nervos, dos grandes vasos sanguíneos e de fácil acesso para que o próprio paciente possa fazer a aplicação. Para evitar lesões na pele, o desenvolvimento de nódulos duros e depósitos de gordura é importante fazer o rodízio dentro de uma mesma área de aplicação.



ATENÇÃO!

Todo paciente com DM 1 deve ser encaminhado a especialista para seguimento. No entanto, a equipe de Saúde da Família deve estar preparada para atender intercorrências e incentivar a promoção da saúde.

Orientação nutricional

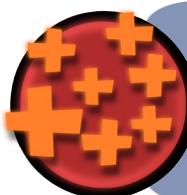
A criança com DM1 deve receber o total de calorias adequada para a idade, com distribuição normal de nutrientes. Se a criança estiver fazendo um método alimentar chamado de contagem de carboidratos, pode ingerir açucares simples;

se não, é melhor evitar este tipo de alimentos (alimentos doces). É importante o acompanhamento do crescimento em peso e estatura. Um ganho de peso exagerado com o paciente descompensado geralmente indica excesso alimentar, enquanto descompensação metabólica acompanhada de perda de peso é indicativo de dose de insulina insuficiente.

Atividades Físicas



O exercício físico é fundamental para o controle metabólico, diminuindo as necessidades de hipoglicemiantes ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2006).



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre fatores nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1, vá a sua biblioteca e leia o artigo disponível.



Abaixo são descritas as atribuições de cada membro da equipe no manejo do diabetes mellitus

Agente Comunitário de Saúde

1. Esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
2. Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
3. Identificar, na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico.
4. Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.
5. Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular.
6. Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
7. Questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta extra.
8. Verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).

Auxiliar de Enfermagem

1. Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.
2. Orientar as pessoas sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados ao diabetes, como hábitos de vida ligados à alimentação e à atividade física.
3. Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.

4. Proceder às anotações devidas em ficha clínica.
5. Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar suamanutenção, quando necessária.
6. Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência.
7. Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico.
8. Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
9. Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Enfermeiro

1. Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos.
2. Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades.
3. Realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários, definindo claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário.
4. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.
5. Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes diabéticos).
6. Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
7. Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.

8. Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
9. Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.
10. Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade descrita neste manual, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não-adherentes, de difícil controle, portadores de lesões em órgãos alvo ou com co-morbidades) para consultas com o médico da equipe.
11. Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco.
12. Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso).
13. Organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes.
14. Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

Médico

1. Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos.
2. Realizar consulta com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2, a fim de definir necessidade de rastreamento com glicemia de jejum.
3. Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis co-morbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de diabetes.
4. Solicitar exames complementares, quando necessário.
5. Orientar sobre mudanças no estilo de vida e prescrever tratamento não medicamentoso.

6. Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso.
7. Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
8. Encaminhar à unidade de referência secundária, de acordo com a periodicidade estabelecida neste manual, todos os pacientes com diabetes, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica.
9. Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes portadores de diabetes com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local.
10. Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc).
11. Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso).
12. Organizar junto ao enfermeiro, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes.
13. Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

Cirurgião Dentista

1. Desenvolver ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal do portador de diabetes.
2. Traçar o perfil de saúde bucal dos pacientes com diabetes na comunidade.
3. Realizar procedimentos clínicos com atenção especial à doença periodontal, pelo seu papel no controle glicêmico.

Técnico em Saúde Bucal ou Técnico de Higiene Dental

1. Realizar atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, especialmente para minimizar doença periodontal.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

2. Realizar procedimentos preventivos, por exemplo, escovação supervisionada e raspagem.
3. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe no tocante à saúde bucal do portador de diabetes.

Atendente de Consultório Dentário

1. Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ ou coletivas, aos usuários como evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental.
2. Agendar o paciente com diabetes e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento.
3. Acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe no tocante à saúde bucal.

Equipe multiprofissional

A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, professores de educação física, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, e até portadores do diabetes mais experientes dispostos a colaborar em atividades educacionais, é vista como bastante enriquecedora, destacando- se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção do diabetes e suas complicações.

Referências Bibliográficas

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2014. *Diabetes Care*. 2014;37(suppl 1):S14-S80.

ANCONA LOPEZ & CAMPOS JÚNIOR – Tratado de Pediatria, 2a edição, São Paulo, Ed. Manole, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – Diabetes Mellitus, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília – DF 2006.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

Dytz MG, Santos OC, Zajdenverg L. Tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus: Insulinas. In: Millech et al. Rotinas de diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Editora Gen, 2014, pág 231-261.

GÓES, A P; VIEIRA, M R R; LIBERATORE JR, R DEL R. Diabetes Mellitus tipo 1 no contexto familiar e social Rev. Paul Pediatria 2007;25(2):124- 8.

PILGER, C & ABREU, I S. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. Cogitare Enferm 2007 Out/Dez; 12(4):494-501.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE, Diretrizes para o Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Uso de insulina orientação para pacientes e familiares. Educação em Saúde, v.62, 2011.

Obesidade Infantil



Atualmente, 65% da população mundial vivem em países no qual o sobrepeso e obesidade mata mais pessoas do que o baixo peso. Cerca de 3,4 milhões de adultos morrem a cada ano como resultado do excesso de peso ou obesidade. Além disso, no mundo a carga de diabetes (44%), doenças isquêmicas do coração (23%) e determinados tipos de câncer (7 a 14%) são atribuídos ao sobrepeso e à obesidade (WHO, 2014). Em 2007, 72% das mortes no Brasil foram atribuídas as doenças crônicas degenerativas (SCHMIDT et al., 2011).

Mais de 30 milhões de crianças com excesso de peso vivem em países em desenvolvimento e 10 milhões nos países desenvolvidos (WHO, 2014).

A prevalência de excesso de peso em meninos de 5 a 9 anos vem crescendo no Brasil e alcançou 34,8% em 2008/2009 (BRASIL, 2014a).

A obesidade deve ser considerada uma doença crônica de difícil manejo.

Obesidade é um traço complexo e multifatorial que envolve a interação de influências metabólicas, fisiológicas, comportamentais, sociais, celulares e moleculares (DUNCAN et al., 2006).

A obesidade pode ser de origem endógena e exógena. A obesidade exógena corresponde a 95 a 98% dos casos, é resultado do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico.



ATENÇÃO!

É importante ressaltar o caráter múltiplo e heterogêneo da obesidade.

Determinantes da obesidade

O ato de alimentar-se tem um papel social tão importante quanto o papel nutricional. O modo de vida das sociedades modernas envolve o consumo cada vez maior de alimentos ultraprocessados, energeticamente densos e ricos em açúcares, gorduras e sal e diminuição do consumo de alimentos minimamente processados como frutas, verduras, legumes e cereais (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Diversas mudanças no ato de se alimentar: comer frente a televisão ou computador, comer em fast food, em lugares que oferecem ilimitadas quantidades de alimentos que facilita o ganho de peso e consequentemente a obesidade.



SAIBA MAIS

Guia Alimentar para a População Brasileira, disponível em www.dab.saude.gov.br (BRASIL, 2014a).

A redução da atividade física devido à natureza cada vez mais sedentária de muitas formas de trabalho e lazer. As práticas esportivas estão sendo substituídas por longas horas diante da televisão ou computador.

A criança obesa geralmente é sedentária, o que causa prejuízo para diversos componentes de aptidões físicas tais como potência aeróbica, flexibilidade, força muscular e composição muscular (DUNCAN et al. 2004). Além dos riscos para as doenças crônico-degenerativas a obesidade adiciona riscos para doenças coronarianas, afeta as atividades diárias, a qualidade vida do jovem e ainda sofre pressão psicológica e social.



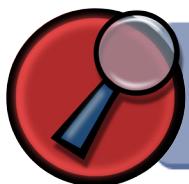
ATENÇÃO!

Quarenta por cento das crianças obesas com sete anos e 70% dos adolescentes obesos podem se tornar adultos obesos (DUNCAN et al. 2004).

Existem vários métodos de diagnóstico para classificar o indivíduo com sobrepeso e obeso. São bastante usados para estudos clínicos e epidemiológicos o índice de massa corporal e a medida da dobra cutânea do tríceps.

Os percentis 85 e 95 do IMC e da dobra cutânea do tríceps são comumente empregados para detectar sobrepeso e obesidade respectivamente.

Na escolha do método de diagnóstico deve-se considerar o sexo, idade, maturidade sexual para se obter valores de referência de obesidade.



FIQUE DE OLHO

A obesidade endógena cujo diagnóstico tem uma doença de base deve receber orientação especializada.

O manejo da obesidade exógena deve ressaltar a orientação nutricional, especialmente a mudança de hábitos alimentares e otimização de atividades físicas. As dietas tendem a ser transitórias enquanto as mudanças de hábitos alimentar favorecem a manutenção do peso.

“A mudança de hábito alimentar, aspecto essencial no manejo a longo prazo da obesidade, deve englobar fundamentalmente mudanças de valores e aquisição de conhecimentos. Este é um processo mais lento e com envolvimento da família, quando se trata de criança. A educação no seu sentido mais amplo, é o aspecto mais importante” (DUNCAN et al. 2004).

A atividade física regular é importante não só para melhorar a aptidão física mas também diminuir a gordura corporal e ganho de massa muscular. Hábitos sedentários como assistir televisão e jogar vídeo games contribuem para menos gasto calórico diário.

O uso de medicamentos na infância e adolescência é pouco recomendado não só pelos possíveis efeitos colaterais e ao risco de dependência química ou psicológica.

A seguir algumas sugestões para o manejo da obesidade infantil:

- Fazer exercício com prazer, pois é fundamental adquirir esse hábito para a vida; pode ser pular corda, jogar futebol.
- Ter horário para as refeições.
- Não comer vendo TV;
- Não ter em casa alimentos que possam fazer a criança sair da “dieta” como bolacha recheada e salgadinhos;
- Dar exemplo é fundamental, adotar hábitos de alimentação saudável, atividades físicas;
- Mudar o hábito da família de comemorar situações comendo e passar a ir ao parque, zoológico, cinema (sem pipoca!);
- Não usar adoçante de forma indiscriminada;
- Incluir a criança ativamente na escolha e planejamento das diretrizes do manejo de sua obesidade;
- Prevenir é sempre preferível. Se a família já tem tendência a obesidade

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, 2014b.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDIT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO E SILVA G. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet, [S.I.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and Overweight. Fact Sheet No 311. Aug. 2014. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso em: 16 jan. 2015.

Anemia ferropriva na Infância

Anemia é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo dos valores considerados normais para a idade, o sexo, o estado fisiológico e a altitude.

As anemias podem ser causadas por diversos fatores como deficiência de ferro, Vitamina B12, folatos, inflamações crônicas e infecções parasitárias. A dieta insuficiente em ferro corresponde a 50% das anemias (WHO, 2012).

Estima-se que 600 milhões de crianças de idade pré-escolar e escolar em todo o mundo sejam anêmicas (OMS, 2011). Na América Latina a anemia afeta 55% das crianças de 6 a 18 meses e 30% dos escolares. No Brasil estima-se que haja cinco milhões de crianças com menos de quatro anos com anemia (MORA, 1997).

A anemia com deficiência de ferro - anemia ferropriva - em crianças está ligada ao aumento da morbidade infantil e ao desenvolvimento cognitivo e desempenho escolar inadequados. Os dados epidemiológicos reforçam que se os danos ocorrerem em tenra idade eles podem se tornar irreversíveis, daí a importância da prevenção dessa condição (OMS, 2011).

O Ferro é um nutriente essencial para a vida e atua principalmente na síntese (fabricação) das células vermelhas do sangue (hemácias) e no transporte do Oxigênio para todas as células do corpo.

O ferro da dieta existe sob duas formas químicas: o ferro heme, que é encontrado na hemoglobina, mioglobina e nas enzimas (ferro em alimentos de origem animal) e o ferro não heme, que é encontrados principalmente em alimentos de origem vegetal. Estima-se que o ferro heme contribua em 10 a 15% da ingestão de ferro, entretanto é responsável por mais de 40% do ferro absorvido em decorrência de sua melhor e mais uniforme absorção (15 a 35%). A absorção do ferro não heme é de 2 a 10% (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006).

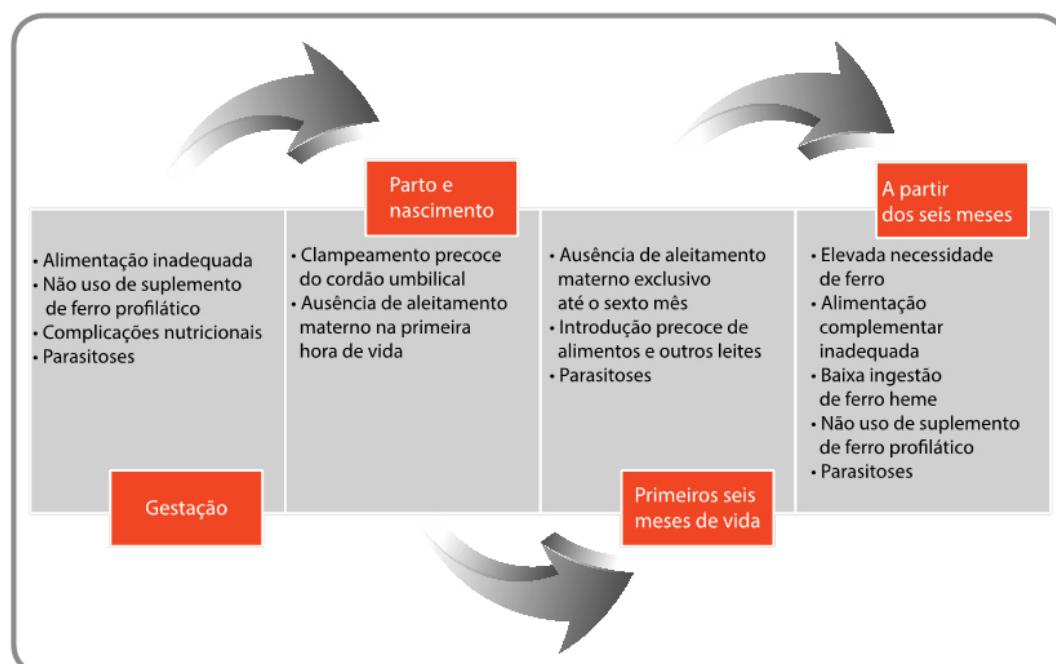
Muitos avanços nos últimos anos foram obtidos sobre o metabolismo do ferro, mecanismos que regulam sua absorção intestinal e sua distribuição no corpo.

Para saber mais sobre metabolismo do ferro consulte o artigo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para alimentação do lactente, pré-escolar, escolar e adolescente e na escola. Departamento Científico de Nutrologia. 2006.

Os grupos mais vulneráveis para a ocorrência de anemia são as crianças menores de dois anos, as gestantes e as mulheres em idade fértil.

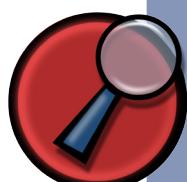
O esquema abaixo apresenta os principais determinantes da anemia durante a gestação e os primeiros anos de vida.

Determinantes da anemia por deficiência de ferro



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Casos de anemia são encontrados em todos os níveis socioeconômicos, mas existe uma relação direta dessa condição e renda familiar. A baixa renda, a baixa escolaridade dos pais também são importantes determinantes da anemia.



FIQUE DE OLHO

"Acredita-se que uma dieta com pouca quantidade de ferro ou com ferro com baixa biodisponibilidade seja a principal responsável pelas altas prevalências de anemia na infância" (DUNCAN, 2006).

As principais consequências da deficiência de ferro são (Brasil, 2013):

- Comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções;
- Aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal para as mães e recém-nascidos;
- Aumento da mortalidade materna e infantil;
- Redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com repercussões em outros ciclos vitais;
- Diminuição da capacidade de aprendizado em crianças escolares e menor produtividade em adultos.

O ferro participa de vários processos metabólicos no nosso organismo e, consequentemente são várias as manifestações clínicas a depender do grau de deficiências. A gravidade e intensidade dos sintomas estão relacionados ao grau de deficiência do ferro, a faixa etária e ao estágio de vida. As crianças são especialmente vulneráveis à anemia ferropriva em função de sua maior necessidade de ferro nos períodos de rápido crescimento, principalmente nos primeiros 5 anos de vida.

Os principais sinais e sintomas da anemia na criança são: fadiga generalizada, anorexia (falta de apetite), perversão do apetite, geofagia, palidez de pele e mucosas, dificuldade de aprendizagem nas crianças, fraqueza muscular, apatia e irritabilidade. Dependendo da intensidade da anemia pode-se auscultar sopro cardíaco.

O diagnóstico dos casos menos graves é feito por meio de exames laboratoriais. Os testes básicos para o diagnóstico da anemia são a dosagem de hemoglobina (Hb) e o hematócrito (Ht).

Grupo	Hemoglobina (g/dL)	Hematócrito (%)
Crianças 6 a 59 meses	11,0	33
Crianças 5 a 11 anos	11,5	34
Crianças 12 a 14 anos	12,0	36
Mulheres > 15 anos	12,0	36
Gestantes	11,0	33

Níveis de hemoglobina e hematócrito abaixo dos quais se considera anemia.
Adaptado de WHO, 2001

O tratamento da anemia tem como objetivo corrigir os níveis baixos de hemoglobina circulante, os outros indicadores hematimétricos e repor a reserva de ferro do organismo. Para isso, além da reposição nutricional adequada, deve-se realizar reposição oral de sais de ferro.

A dose diária de ferro elementar recomendada é de 3 a 5mg/kg/dia, por um período em média de três a quatro meses ou até normalização dos níveis teciduais (SBP, 2012).



Para conhecer mais sobre suplementação de ferro nas diferentes faixas etárias da criança, acesse na biblioteca:

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para alimentação do lactente, pré-escolar, escolar e adolescente e na escola. Departamento Científico de Nutrologia. 2006.

Alimentos Fonte de Ferro

São alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos.

São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha.



Prevenção

No nível individual (Adaptação de DUNCAN, 2006).

- Assistência pré-natal e ao parto, com suprimento adequado de ferro para as gestantes, para evitar baixo peso e prematuridade;
- Clampeamento tardio do cordão umbilical;
- Assistência adequada à saúde da criança;
- Aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida;

- Orientação de alimentação complementar adequada e em tempo oportuno;
- Retardamento da introdução do leite de vaca na dieta do lactente;
- Utilização de alimentos fortificados com ferro sempre que possível;
- Orientação para aumentar a biodisponibilidade de ferro alimentar. Consumo de alimentos ricos em vitamina C (laranja, goiaba, limão etc);
- Tratamento das parasitoses quando presente;
- Suplementação com sulfato ferroso para grupo de alto risco (lactente que não tem acesso a alimentos enriquecido com ferro e recém-nascido de baixo peso).

No nível coletivo

- Educação dos profissionais de saúde e da população em geral sobre as práticas de alimentação infantil adequada, deficiência de ferro e importância da sua prevenção;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Vigilância do estado nutricional como uma das ações básicas de saúde;
- Acesso das gestantes à assistência pré-natal;
- Prescrição universal de suplementação com ferro intermitente onde a prevalência de anemia na população for maio que 40% (OMS, 2011);
- Suplementação com vitamina A em área onde a deficiência dessa vitamina é endêmica. Essa vitamina melhora o status de ferro na população;
- Suplementação de ferro onde a malária é endêmica;
- Enriquecimento de alimentos infantis. Recomendação do Ministério da Saúde sobre fortificação de alimentos torna obrigatório a adição de ferro e ácido fólico às farinha de trigo e milho comercializadas no País (Brasil, RDC no. 344, 2002).

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC no 344, de 13 de dezembro de 2002. Aprova o regulamento técnico para a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDIT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MORA, J.O.; Mora L.M. Deficiencia de micronutrientes en America Latina y el Caribe: anemia ferropriva. Washington: Organizacion Latina de la Salud, 1997.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Diretriz: Suplementação intermitente de ferro em crianças de idade pré-escolar e escolar. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para alimentação do lactente, pré-escolar, escolar e adolescente e na escola. São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Anemias nutricionales. Ginebra: OMS, 1968. (Série de Informes Técnicos, 405).

_____. Iron deficiency anaemia. Assessement, prevention, and control. A guide for programme managers, 2001.

_____. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: WHO, 2012.

Ruzzany, M. H. Atenção à Saúde do Adolescente: Mudança de Paradigma

Lição 4: Prevenção de Acidentes na Infância e na Adolescência

Jane Lynn G. Dytz



Objetivos Específicos

- Propiciar conhecimento sobre o problema dos acidentes na infância e na adolescência, as elevadas taxas de morbimortalidade e os tipos de acidentes mais comuns de acordo com a faixa etária;
- Sensibilizar sobre a importância da adoção de medidas de segurança e de supervisão ativa dentro e fora do contexto doméstico;
- Alertar sobre a responsabilidade dos profissionais de saúde de educar os pais sobre a prevenção de acidentes de crianças e adolescentes.

Introdução

Os acidentes na infância e adolescência vêm assumindo importância cada vez maior em função da alta morbidade e mortalidade produzidas, embora a dimensão total do problema no país não esteja completamente definida, em função do sub-registro.

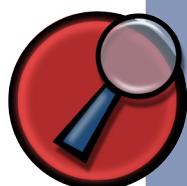
Os acidentes na infância são muito comuns e merecem uma atenção especial dos pais e da sociedade no sentido de colocar em prática medidas que garantam a segurança de crianças e adolescentes.

As iniciativas para a redução da mortalidade infantil apontam para a estruturação de comitês de mortalidade infantil como uma estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e para definição de políticas de saúde dirigidas à sua redução em consonância

com as diretrizes e estratégias preconizadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004). Tal iniciativa coloca-se como uma estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde a fim de orientar ações de intervenção para a prevenção destes óbitos e para a melhoria dos registros sobre a mortalidade.

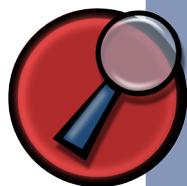
Por que os acidentes na infância são importantes?

Os acidentes em crianças de 0 a 9 anos foram responsáveis por 3.142 mortes e mais de 75 mil hospitalizações de meninos e meninas. Os acidentes de trânsito, que incluem atropelamentos, passageiros de veículos, motos e bicicletas, representaram 33% destas mortes, seguidos de afogamento (23%), sufocação (23%) queimaduras (7%), quedas (6%) e outros (6%) (PLANO, 2014).



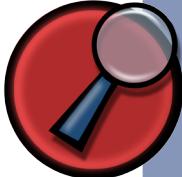
FIQUE DE OLHO

A principal causa de mortes por acidentes em menores de 1 ano é a sufocação, representando 70% dos óbitos, e o trânsito com 13% das mortes. Na faixa etária de 1 a 4 anos, o afogamento tem o maior número (34%), e os acidentes de trânsito representam 32% das mortes. Já na faixa etária de 5 a 9 anos, os acidentes de trânsito representam quase a metade dos óbitos (49%), principalmente para a criança como pedestre e o afogamento ainda prevalece com 26% das mortes.



FIQUE DE OLHO

Os meninos estão em maior risco e respondem por mais de 60% das mortes por acidentes na primeira infância. Esta grande diferença se dá por diversas razões, entre elas, a natureza em geral mais ousada dos meninos, a tendência em assumir maiores riscos, principalmente quando em grupo, e a tendência dos pais e da sociedade de dar mais liberdade aos meninos e mais cuidado às meninas.



FIQUE DE OLHO

Segundo Relatório Nacional da Primeira Infância, a cada morte de uma criança por acidente, outras quatro crianças ficam com sequelas permanentes que irão gerar, provavelmente, consequências emocionais, sociais e financeiras a essa família e à sociedade. De acordo com o governo brasileiro, cerca de R\$ 70 milhões são gastos na rede do SUS com o atendimento destas crianças. Em 2012, mais de 75 mil crianças foram hospitalizadas em decorrência dos acidentes (PLANO, 2014).

Por que as crianças são mais vulneráveis a sofrer acidentes?

A maioria dos acidentes acontece dentro de casa, muitas vezes à vista de várias pessoas. Alguns acontecem pelo simples fato de que muitos adultos desconhecem as habilidades específicas das crianças em cada fase do desenvolvimento. Por exemplo, considerarem as crianças incapazes de fazerem determinadas coisas ou subestimam sua capacidade em realizar determinadas tarefas e cometem erros de avaliação que resultam em acidentes.

Em geral, as crianças são mais frágeis fisicamente, inexperientes, não tem medo e ainda estão desenvolvendo suas habilidades de reação aos perigos. Por isso, é muito importante adequar os ambientes em que elas vivem (escola, casa, parquinhos, etc.) e educar seus cuidadores para reconhecerem estes perigos e terem uma supervisão ativa sobre as crianças (OPAS, 2009).

Acidentes mais comuns em cada fase do desenvolvimento infantil

Em cada fase do desenvolvimento, as crianças precisam de cuidados específicos (WAKSMAN et al., 2005):

Até um ano, as crianças são frágeis fisicamente e estão mais vulneráveis. Nesta fase, as crianças, ainda estão sujeitas a riscos provocados por terceiros e podem sofrer quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, aspirações ou sufocações por corpo estranho.

De 1 a 3 anos, elas são curiosas e inconsequentes. Nesta faixa etária os acidentes são mais freqüentes e graves, daí a necessidade de supervisão contínua. A partir dessa idade a criança deve ser orientada dos riscos que a cercam numa linguagem compatível para o seu entendimento. Os principais riscos são: traumas (quedas da própria altura ou das mais variadas alturas), queimaduras (banho, fogão, panelas), afogamentos (banheira, balde, piscina), intoxicações (produtos de uso domiciliar, medicamentos, plantas), aspiração de corpo estranho, choques elétricos (aparelhos, tomadas, fios desencapados), picadas venenosas (aranhas, escorpiões, insetos) e mordeduras (animais domésticos).



Dos 3 a 7 anos, as crianças escapam ao estreito controle familiar, seu mundo começa a se ampliar. Tem uma percepção egocêntrica e irreal do seu ambiente, não sendo ainda capaz de aprender noções de segurança. Possui muita energia, curiosidade, movimentação rápida e pequena capacidade de previsão de riscos. Nesta idade, tem importância os atropelamentos e colisões (acidentes de trânsito), afogamentos (piscinas, tanques, rios, mar e lagos), queimaduras (além das citadas, aquelas com fogos de artifício, fósforos e fogueiras), choques elétricos (aparelhos elétricos, tomadas, fios desencapados), picadas venenosas (aranhas, escorpiões, insetos), mordeduras (animais domésticos), ferimentos (objetos cortantes, armas), traumas (quedas) e intoxicações.



O escolar (7 a 10 anos) já pode ter aprendido noções de segurança, mas ainda não tem o pensamento concreto organizado. Está desenvolvendo a capacidade intelectual e imitativa e identifica-se com super-heróis. Seu comportamento é de desafio constante a regras estabelecidas que visem sua proteção. Suas habilidades motoras estão além do seu julgamento crítico. Assim, sem a supervisão de adultos, os acidentes que podem ocorrer refletem imprudência ou desorientação: atropelamentos e colisões (acidentes de trânsito), quedas, impactos, lacerações, agressões de outras crianças na escola (físicas ou não), traumatismos dentários, fraturas, ferimentos com arma de fogo e outras lesões.

Na fase da adolescência, desejam mais liberdade e independência. Possuem controle motor completo, autonomia, raciocínio lógico e opção de livre-arbítrio. Pelas suas características de desafiar regras pré-estabelecidas, exibicionismo e sintonia com grupos, mesmo que antissociais, estão sujeitos a: traumas relacionados a quedas, esportes e atropelamentos, lesões decorrentes de agressões e uso de drogas (álcool, fumo, drogas).

A boa notícia é que cerca de 95% dos acidentes podem ser evitados. A idéia fatalista de que os acidentes acontecem porque tinham de acontecer tem que acabar.



**PARA
REFLETIR**

Qual é a Influência de fatores socioeconômicos na exposição ao risco de acidentes na infância?



Qualquer criança, independentemente de sua classe social, está vulnerável à ocorrência de um acidente.

ATENÇÃO!



Você conhece os tipos de acidentes mais comuns que acometem as crianças de sua comunidade? Você sabe que orientações dar aos pais para prevenir estes acidentes?

**PARA
REFLETIR**

Como evitar os acidentes na infância?

A criança tem, dentre os seus direitos fundamentais, o direito à vida, à segurança e proteção. Estes direitos são constantemente ameaçados pelos acidentes. Compete aos adultos, no lar e nos diversos ambientes, criarem as condições que impeçam e diminuam tais riscos, adotando medidas de segurança.

Ver referência abaixo que traz orientações detalhadas de como transportar a criança de forma segura no carro, como evitar acidentes com bicicletas e skates, e segurança nas práticas esportivas, entre outras:



SAIBA MAIS

Veja a referência abaixo, que traz orientações detalhadas de como transportar a criança de forma segura no carro, como evitar acidentes com bicicletas e skates, e segurança nas práticas esportivas, entre outras:

WAKSMAN, Renata D.; GIKAS, Regina M. C; MACIEL, Wilson (orgs.). Crianças e adolescentes seguros: guia completo para prevenção de acidentes e violências. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria/ Publifolha, 2005. Disponível em: <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p3.pdf>.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Prevenção de acidentes com crianças e adolescentes no ambiente doméstico. São Paulo: Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente/ Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/crianca/OPAS_PrevencaoAcidente.pdf>.

PLANO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA - PROJETO OBSERVATÓRIO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA. Mapeamento da Ação Finalística Evitando - Acidentes na Primeira Infância. Fortaleza: Rede Nacional Primeira Infância, 2014.

WAKSMAN, Renata D.; GIKAS, Regina M. C; MACIEL, Wilson (orgs.) Crianças e adolescentes seguros: guia completo para prevenção de acidentes e violências. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria/Publifolha, 2005. Disponível em: <http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p3.pdf>.

Lição 5 – Riscos psicossociais ao desenvolvimento da criança e do adolescente e a importância da família

Maria Glória de Lima

Nesta lição você vai analisar a concepção de fatores de riscos ao desenvolvimento da criança e do adolescente e a importância da família e dos recursos comunitários constituírem uma rede de proteção para a promoção da saúde dessa população vulnerável.

Objetivos Específicos

- Identificar e analisar os principais indicadores sobre a vulnerabilidade e risco social ao desenvolvimento da criança e adolescente;
- Reconhecer as mudanças sociais e conceituais sobre a instituição família;
- Valorizar a importância da família para o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Identificar as ações de promoção e prevenção de riscos psicossociais na infância e adolescência para melhor desenvolvimento integral no âmbito da atenção básica.

A noção de riscos psicossociais para o desenvolvimento da criança e o adolescente

Verifica-se no Brasil uma melhora nos últimos 15 anos na qualidade de vida da população, das mulheres e, em específico, das crianças e adolescentes, alavancadas por aprovação de marcos legais, como a Constituição Federal e fortalecida pela promulgação da Lei nº 8.069, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, e pela realização da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, das NAÇÕES UNIDAS, em 1989, da qual o Brasil é signatário, entre outras ações.

Nestes marcos, a criança e o adolescente são reconhecidos como sujeitos de direitos e prioritários para a proteção pelo status de seres vulneráveis mais que os adultos. Assim, se busca assegurar à população infanto-juvenil, os direitos fundamentais, como alinhados com o princípio de igualdade de oportunidades e de justiça social, atribuindo como dever da família, da sociedade e do Estado, “o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura,

à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão", presente no art. 227, da Constituição Federal.

Contudo, os avanços obtidos na qualidade de vida da população em geral, não implicaram grandes mudanças nos fatores econômicos, desigualdade social e nas diferenças sócio culturais. Ainda persistem situações de exclusão, desigualdade, discriminação social, desafios importantes e complexos, que repercutem excessivamente na população infanto-juvenil, que está submetida a uma maior vulnerabilidade social aos riscos psicossociais para doenças ou agravos.

Essa condição que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento é chamado de violência estrutural, que aparece "naturalizada" como se não houvesse nela a ação de sujeitos políticos. Portanto é necessário desvendá-la e suas formas de reprodução através de instrumentos institucionais, relacionais e culturais, pois se constituem numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. Isso implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância (MINAYO, 2001).

Dessa maneira, a compreensão de que crianças e adolescentes são dependentes dessa responsabilidade atribuída às famílias, à sociedade e ao Estado, requer que essas instâncias operem concretamente na redução da vulnerabilidade aos fatores de riscos, mediante a exploração sobre quais os recursos necessários para se assegurar redes de apoio/de proteção e de cuidado que promovam o desenvolvimento mais integrado, o bem estar e a dignidade dessa população.

A definição de infância e adolescência é complexa e multidimensional. Abarca diversas noções social e historicamente constituídas, "a partir de olhares em nada neutros. Os saberes vêm sendo produzidos a partir de discursos dominantes, localizados nos limites do projeto da modernidade, por nós incorporados, sem maiores críticas" "trazendo influências sobre a compreensão teórica e sobre as práticas com esses grupos" (FROTA, 2007)

Assim, as noções atribuídas e construídas historicamente podem naturalizar as classificações existentes de idade cronológica, das mudanças físicas que ocorrem, ou mesmo categorias teórico-científicas biológicas e/ou sociais. Desta maneira, noções mais atribuídas à infância (incapaz para compreender e dependente, tabula rasa, melhor tempo da vida) e noções mais dirigidas à adolescência (período de transformações, fase de transição, fase de mudanças física, fase de crises, "aborrescentes", passagem do mundo infantil para o de adulto, formação da identidade, entre outras), precisam ser refletidas e contextualizadas para melhor compreensão da multiplicidade de infâncias e de adolescências existentes, pois são categorias que estão em constante processo de reconstrução dentro de uma história e tempo específicos etários. (FROTA, 2007).

Segundo Sales, a concepção do “adultocentrismo da sociedade e o reconhecimento da criança como sujeito e com direitos sociais, são representações são uns dos aspectos que configuram a infância e a adolescência na sociedade atual”, mas ainda de forma paradoxal, uma vez que os seus direitos sociais são restritos na conformação de práticas de práticas sociais. Essa concepção reflete dimensões importantes nos parâmetros para se pensar o debate sobre o reconhecimento da infância e a adolescência, “o prolongamento da adolescência, principalmente nas camadas médias da população, o nível de acesso ao consumo permitido às crianças e aos adolescentes, à informação não controlada, o nível de simetria das relações entre as crianças, os adolescentes e adultos, e na relação entre os pais e filhos, a insegurança dos pais na imposição de limites aos filhos” (SALLES, 2005, p. 40).



Para saber mais, leia na biblioteca, o artigo de Ana Maria Monte Coelho Frota: Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007, p. 147 -67. Ou acesse o link: <http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a13.pdf>

A família e os principais riscos de ordem biológica, ambiental e psicossocial ao desenvolvimento de crianças e adolescentes

A família é um sistema complexo, sendo considerado um primeiro recurso social que mais influencia o desenvolvimento e o mais poderoso sistema de socialização, (as primeiras situações de aprendizagem e introdução de padrões, normas e valores) de crianças e de adolescentes (SILVA et al, 2008).

Na promoção do desenvolvimento infantil verificam-se importantes fatores de proteção relativos ao sistema familiar: o apoio social como recurso contra os efeitos de estressores e como promotor da recuperação de crises situacionais ou de desenvolvimento enfrentadas pelas famílias, e ainda, a qualidade do ambiente domiciliar (SILVA et al, 2008).

A compreensão de que a vulnerabilidade social decorre de fenômenos diversos, com causas e efeitos distintos, a noção de risco ultrapassa concepções biomédicas, para incluir características do próprio indivíduo, de sua família e da sociedade em seu contexto psicossocial e as suas relações com o sistema social, econômico, cultural e políticas governamentais, ocasiona uma compreensão melhor para os fatores abrangentes que atingem crianças e adolescentes, como também os outros vários segmentos populacionais.

Veja no Quadro 1, os principais riscos de ordem biológica, ambiental e psicossocial que podem afetar o desenvolvimento, a dignidade e a segurança das crianças e adolescentes:

Quadro 1 – Principais riscos de ordem biológica, ambiental e psicossocial ao desenvolvimento de crianças e adolescentes.

- **os riscos inerentes à dinâmica familiar:** os problemas relacionados ao alcoolismo, aos conflitos entre casais que fazem da criança a testemunha de ofensas e agressões; enfim, toda forma de violência doméstica, traumas, abusos sexuais, carências afetivas, etc.;
- **os riscos relacionados ao lugar de moradia:** a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança, a proximidade a localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas;
- **os riscos relacionados à forma de repressão policial** às atividades do tráfico de drogas e a violência urbana;
- **o risco do trabalho realizado pelas instituições que os recebem:** constituem os abusos praticados por profissionais, que são encobertos por uma estratégia de funcionamento que exclui a participação social;
- **os riscos à saúde:** compreende a ausência de um trabalho de prevenção e o acesso ao atendimento médico e hospitalar;
- **os riscos do trabalho infantil:** muitas são as crianças exploradas até pela própria família, trabalhando na informalidade;
- **o risco da exploração da prostituição infantil:** crianças provenientes de famílias pobres que se prostituem por dinheiro;
- **os riscos inerentes à própria criança ou adolescente:** a sua personalidade e seu comportamento podem torná-los mais vulneráveis aos riscos do envolvimento com drogas, da gravidez precoce, da prática do roubo, furto, etc.

(Fonte: SIERRA; MESQUITA, 2006, p.152-3)

A importância da construção do diagnóstico situacional das condições de saúde para a planificação da gestão do trabalho em saúde é a de permitir, a partir da análise de indicadores, a identificação e priorização de grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade social, considerada a predisposição a desenvolver doenças ou agravos, onde os diversos os fenômenos possuem causas e implicações distintas.

No âmbito do trabalho da eSF é fundamental identificar fatores de riscos e protetores que influenciam o processo de desenvolvimento infantil e do adolescente, visando a tomada de decisão com vistas às intervenções mais efetivas no apoio à família, no controle e prevenção dos fatores estressores para agravos, articulados com outros setores para o fortalecimento e a promoção de fatores protetivos de saúde, aumentando a resiliência das crianças, adolescentes e das famílias.

Para nos ajudar a compreender a vulnerabilidade social de diferentes grupos populacionais, e em específico, a de crianças e adolescentes, nos apoiamos no estudo de Noronha *et al* (2009) que analisa conceitos importantes, como fatores de risco, fatores de proteção e a resiliência para compreensão do processo de intervenção e promoção da saúde no âmbito da atenção básica, descritos na sequência.

Fatores de risco – Diversas situações ou problemas sociais, como as condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença crônica ou aguda do próprio indivíduo ou da família e outras perdas importantes, que poderiam afetar a capacidade de resiliência em indivíduos e famílias.

Fatores de proteção – “relacionam-se, em primeira instância, a aspectos orgânicos do indivíduo, em seguida, envolvem aspectos subjetivos que pesarão na forma como o indivíduo vai administrar a situação vivenciada no presente e, posteriormente, envolvem as redes de apoio e amparo parentais ou não que possam se fazer presentes. Enfocam ainda a importância das condições do ambiente, econômicas, psicológicas e familiares, fornecidas pelas relações construídas através das redes de apoio social na comunidade.”

Resiliência – “a capacidade do sujeito, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela, alertando para a necessidade de relativizar, em função do indivíduo e do contexto, o aspecto de superação de eventos potencialmente estressores apontado em algumas definições de resiliência”.

Riscos psicossociais na infância e adolescência e a gestão na atenção básica a saúde

Decorrentes da violência estrutural têm-se a expressão nos dados que refletem a desigualdade social, a exclusão e a discriminação social: no número de crianças e adolescentes em situação de pobreza, que integram famílias com baixa renda mensal familiar, a precária escolaridade e a desigualdade do acesso escola, atuação da mídia e dos meios de comunicação que tendem a naturalizar e banalizar esses processos. Outras grandes três expressões dessa violência estrutural são os chamados “**meninos e meninas de rua**”, os quais justificam a ida para a rua, a miséria e absoluta falta de condições familiares para sua subsistência e os conflitos familiares; os “**meninos e meninas trabalhadores**”, que são submetidos a diversas formas de exploração do trabalho infanto-juvenil e as “**crianças e adolescentes institucionalizados**”, como meio de se contrapor ao abandono, ou por motivos considerados “ressocializadores” realizadas em instituições, asilos, reformatórios, serviços de assistência e de “bem estar”, mas que se revelam estratégias ineficazes e incompetentes (MINAYO, 2001).

Assim, se faz premente que os profissionais da eSF, a partir da realidade de cada território/município, utilizem das ferramentas teórico-metodológicas para a planificação da ações de saúde, a exemplo do Planejamento estratégico situacional – PES, proposto por Matus para identificação de quais os possíveis fatores envolvidos

para a maior vulnerabilidade social para os principais riscos que afetam crianças e adolescentes.

Para essa reflexão, trazemos na sequência, dados sobre alguns dos riscos psicossociais importantes em crianças e adolescentes no cenário brasileiro, como uso de drogas, ansiedade e implicações para a saúde mental, gravidez na adolescência, violências contra crianças e adolescentes, incluso o *Bullying*, para que possam colocar em prática a etapa diagnóstica e explicativa do PES, modelo proposto para orientar os projetos de intervenções em saúde, para depois discutir e identificar estratégias de gestão e ações estratégicas que possam melhorar e/ou minimizar os problemas relacionados a esse grupo populacional.

Ansiedade em crianças e adolescentes

A ansiedade é inerente a qualquer pessoa, importante para processos adaptativos e para o desenvolvimento integral das pessoas. Assim, a forma como a criança e o adolescente são atendidos em suas necessidades, nos ambientes onde circula e vai desenvolvendo a sua sociabilidade e individuação, pode possibilitar o aprendizado de aprender habilidades para lidar com as adversidades e o fortalecimento de sua capacidade de resiliência.

Silva Filho e Silva definem a ansiedade como:

um sinal normal de alerta que prepara o indivíduo ao perigo, um estado de humor desagradável, apreensão negativa em relação ao futuro e inquietação desconfortável; sendo constituída por manifestações somáticas (cefaleia, dispneia, taquicardia, tremores, vertigem, sudorese, parestesias, náuseas, diarreia etc.) e psíquicas (inquietação interna, insegurança, insônia, irritabilidade, desconforto mental, dificuldade para se concentrar etc.); configura um transtorno quando sua intensidade, duração, frequência e repercussão sintomática extrapolam a normalidade, segundo desenvolvimento e vivências de cada adolescente (SILVA FILHO, SILVA, 2013).



Medidas preventivas e ações promocionais no âmbito da atenção básica são essenciais para mudanças no desenvolvimento e comportamentos da população com implicações na saúde mental da população infanto-juvenil.

No Brasil, um estudo populacional encontrou índices de prevalência para os Transtornos de Ansiedade (TAs) de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes, índices apenas inferiores dos encontrados para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta (Silva Filho e Silva, 2013).

Estimativas do Ministério da Saúde definem que cerca de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes está a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade. Observa-se também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes (BRASIL, 2005, p. 5).

A maior vulnerabilidade de crianças e adolescentes aos fatores de risco para doenças no âmbito da saúde mental também é evidenciada na ocorrência de transtornos alimentares (como obesidade, bulimia, anorexia) e transtornos de personalidade (conduta e comportamento “anti-social”).

O uso de drogas por crianças e adolescentes

O VI Levantamento epidemiológico realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, em 2010, traz uma sinopse acerca deste problema no Brasil:

1- a amostra total das 27 capitais brasileiras foi constituída de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular. Em relação ao gênero, 51,2% era do sexo feminino e 47,1% masculino. Houve predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos (42,1%) e de estudantes sem defasagem série/idade (80,4%). As classes sociais predominantes foram C (34,2%) entre os estudantes da rede pública e B (42,4%) entre os da particular.

2 – Apesar de 25,5% dos estudantes terem referido uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês, com pequenas diferenças entre gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos.

3 – O total de estudantes com relato de uso no ano de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 9,9% para a rede pública e 13,6% na rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano. Em relação às demais, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%).

4 – Para uso na vida, merece destaque o uso de energéticos em mistura com álcool (15,4%) referido em toda a amostra. O uso na vida de esteróides anabolizantes (1,4%), êxtase (1,3%) e LSD (1,0%) também merece atenção, sendo a distribuição heterogênea entre as capitais.

5 – Entre os anos de 2004 e 2010, foi observado redução no número de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, tanto para os parâmetros de uso na vida quanto no ano. Foi observado redução da proporção de estudantes que relataram uso de inalantes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e

crack. Por outro lado, foi observado aumento para cocaína. As mudanças não foram uniformes entre as 27 capitais (SENAD, 2010, p.25).

Entre as crianças e adolescentes em situação de rua, com idade entre 10 a 18 anos, o tabaco, o solvente e a maconha, aparecem como as drogas mais frequentes. O consumo de derivados da coca, cocaína, crack e/ou merla, ainda que em uso experimental (na vida), foi mencionado em todas as 27 capitais brasileiras que participaram do levantamento nacional (CEBRID, 2004).

Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem em torno de 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas (BRASIL, 2005).

As implicações decorrentes do uso de drogas são complexas e diversas, um importante problema de saúde pública, de diversas naturezas, médica, econômica, política e sociocultural, e possui estreita relação com a violência estrutural.

Gravidez na Adolescência no Brasil

Sabe-se que a gravidez na adolescência pode implicar na alteração de seus processos de vida, contribuindo para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão.

Em relação ao fenômeno da gravidez na adolescência no Brasil, segundo os dados oficiais do Relatório Situação da População Mundial 2013, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas, tem-se que 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos no Brasil. Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhos e filhas de mulheres de 19 anos ou menos; Em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam 1 filho ou mais; Em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (em 2000, o índice para essa faixa etária era de 15%).

Esse Relatório destaca que a taxa de natalidade advinda de mães adolescentes no Brasil pode ser considerada alta, dadas às características do contexto de violência estrutural no Brasil, “adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes”. Muitas gravidezes de adolescentes e jovens não foram planejadas e são indesejadas, e muitos casos decorrem de abusos e violência sexual ou resultam de uniões conjugais precoces, geralmente com homens mais velhos.

Outro aspecto ressaltado nesse Relatório, é que as medidas de prevenção adotadas pelos países estão dirigidas para mudar o comportamento destas meninas, com pouca ou nenhuma ênfase para a violência estrutural e para a desigualdade de gênero, e que tornam invisíveis o papel que os meninos e os homens podem desempenhar no enfrentamento desta questão.

Violências contra a criança e o adolescente

A violência contra a criança e o adolescente é todo “ato ou omissão cometido por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento” (Minayo, 2001).

Sobre as vulnerabilidades e os fatores de risco psicossociais infanto-juvenis, descritas anteriormente, é importante reafirmar, que uma vez privadas das condições adequadas para o melhor desenvolvimento, elas se constituem em diferentes expressões de violências contra a criança e o adolescente.

O Bullying escolar é um fenômeno que se caracteriza por atos de violência física ou verbal, que ocorrem de forma repetitiva e intencional contra uma ou mais vítimas, pode estar presente nas relações de modo explícito, mas também pode manifestar-se sutilmente, podendo ser confundido com brincadeiras típicas da idade. Temos o bullying direto - caracterizado, sobretudo, por agressões físicas e intimidações, e a grande maioria dos agressores é do sexo masculino; e bullying indireto que envolve agressões mais sutis, realizados mais pelas meninas, manifestando-se de forma verbal, por meio de boatos maldosos, exclusões do grupo, entre outros (OLIVEIRA-MENEGOTTO *et al*, 2013).

Lopes Neto (2005) traz o levantamento da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), realizado nesse mesmo ano, sobre o fenômeno social do Bullying em ambiente escolar, onde constatou que 40,5% dos alunos admitiram estar diretamente envolvidos em atos de bullying, sendo 16,9% como alvos, 12,7% como autores e 10,9% ora como alvos, ora como autores, 80% dos estudantes manifestaram sentimentos contrários aos atos de bullying, como medo, pena, tristeza, etc; 69,3% dos jovens admitiram não saber as razões que levam à ocorrência de bullying ou acreditam tratar-se de uma forma de brincadeira; 60,2% dos alunos afirmaram que o bullying ocorre mais frequentemente dentro das salas de aula; 41,6% dos que admitiram ser alvos de bullying disseram não ter solicitado ajuda aos colegas, professores ou família; entre aqueles que pediram auxílio para reduzir ou cessar seu sofrimento, o objetivo só foi atingido em 23,7% dos casos e entre os alunos autores de bullying, 51,8% afirmaram que não receberam nenhum tipo de orientação ou advertência quanto à incorreção de seus atos.



A eSF e o gestão do trabalho para a atenção integral a saúde de crianças e adolescente

Importantes demandas decorrentes da violência estrutural e associada com situações de pobreza chegam para a intervenção do sistema de saúde, onde a participação e co-responsabilização da eSF tornam-se fundamentais para criação de serviços/ações de saúde voltados especificamente para o público infanto-juvenil no âmbito do trabalho na atenção básica.



O conhecimento dos principais indicadores sobre as condições de vida e dos riscos sociais das famílias suscita os principais fatores que podem interferir negativamente no desenvolvimento da população infanto-juvenil, como também, permitem fazer o mapeamento de áreas e regiões prioritárias e com os riscos mais frequentes que requerem a maior intervenção da equipe de saúde, com identificação de ações estratégicas para o enfrentamento dos problemas, levando em conta a sua capacidade de governança e a sua viabilidade das ações de saúde articuladas de forma pluridisciplinar e multisetorial, na busca de avanços na conquista de direitos humanos da população infanto-juvenil.

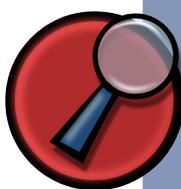
Contudo, estudos apontam a dificuldade dos serviços de saúde, e particularmente, dos serviços de atenção básica, em organizar serviços e ofertar práticas de saúde para a população infanto-juvenil que levem em conta a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a vulnerabilidade social e dos fatores de riscos psicossociais, a integralidade do cuidado, a territorialidade. Observa-se que a oferta de ações é ancorada ainda nos modelos tradicionais da atenção médica e de saúde pública. Geralmente, Menores de 12 anos são atendidas por ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde e a população juvenil quando busca o serviço para investigação de problemas clínicos, gravidez, oferta de preservativo e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, vacinação e problemas odontológicos (SIERRA; MESQUITA, 2006).

O Ministério da Saúde lançou em 2010, afinada com as políticas de promoção e da Atenção Básica o documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde”, com ênfase na integralidade na produção do cuidado, articulado aos demais sistemas, na perspectiva da garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes, exigindo ainda a interação com os demais sistemas. (BRASIL, 2010).



SAIBA MAIS

Para ler o documento, vá a sua biblioteca ou acesse o link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf.



FIQUE DE OLHO

A Atenção Básica tem uma parcela de responsabilidade para participar de processos de mudanças e os profissionais de saúde são atores importantes e estratégicos para prevenir as diferentes violências e identificar ações estratégicas nessa agenda numa proposta de integração, promoção e consolidação da rede de proteção para o desenvolvimento adequado de crianças e adolescentes.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007, p. 147- 67.

VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/ E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf>. Acesso em 20 jan. 2015.

Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003 [organização e redação Ana Regina Noto... [et al.]; fotos Déborah Nappi, Sergio Santana Coimbra]. -- São Paulo : CEBRID -- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2004. Disponível em http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Sem_logo/329779.pdf. Acesso em 20 jan.2015.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

LOPES NETO. Aramis A. Bullying comportamento agressivo entre estudantes. Jornal de Pediatria - Vol. 81, Nº5(Supl), 2005, p. S164-172.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 2, Aug. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292001000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em on 29 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>

OLIVEIRA-MENEGOTTO, Lisiâne Machado; PASINI, Audri Inês; LEVANDOWSKI, Gabriel. O bullying escolar no Brasil: uma revisão de artigos científicos. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(2), 203-215. São Paulo, SP, maio-ago. 2013.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva et al . Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, Apr. 2009 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200018>.

O relatório Situação da População Mundial 2013. UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas , New York. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/SWOP%202013%20-%20Summary%20Portugues.pdf>.

SALLES, Leila Maria Ferreira. A Infância e adolescência na sociedade contemporânea, alguns apontamentos. *Estud. Psicol. Campinas*, 22 (1) 33- 41. jan.-mar. 2005.

SILVA, Nancy Capretz Batista da; NUNES, Célia Cristina; BETTI, Michelle Cristine Mazzeto e RIOS, Karyne de Souza Augusto. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas psicol.* [online]. 2008, vol.16, n.2, pp. 215-229. ISSN 1413-389X.

SILVA FILHO, Orli Carvalho da; SILVA, mariana Pereira. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Adolesc Saude*. 2013;10(Supl. 3):31-41

SIERRA,Vânia Morales; MESQUITA Wania; Amélia. Vulnerabilidades e Fatores de Risco na Vida de Crianças e Adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 1, p. 148-155, jan./mar. 2006.

Lição 6 – Atenção à Família em Cuidado Domiciliar em situação de necessidades especiais de saúde

Aline Oliveira Silveira

Maria da Glória Lima

Esta lição trata da atenção à família no cuidado domiciliar em situação de necessidades especiais de cuidado de saúde, com a descrição de uma situação problema de uma criança portadora de uma doença crônica, com ênfase na abordagem da eSF para o acolhimento e o relacionamento interpessoal junto à família.

Objetivos Específicos

- Conhecer a necessidade de apoiar a família no cuidado domiciliar de crianças com necessidades especiais de saúde;
- Mobilizar conhecimentos para intervenção estratégica e eficaz no cuidado domiciliar à família em situação de necessidades especiais de saúde;
- Desenvolver habilidades do relacionamento interpessoal na abordagem à família na atenção básica;
- Utilizar instrumentos auxiliares para diagnóstico, intervenção e avaliação da estrutura e funcionamento da família;
- Articular e integrar recursos comunitários para o cuidado integral a saúde da criança e do adolescente.

Introdução

Esta lição traz um caso clínico de uma criança com necessidades especiais de saúde, uma vez que cresce o número de crianças portadoras de doenças crônicas que demandam cuidados especiais da equipe da SF. Será abordado o impacto da cronicidade de uma doença na vida familiar, as formas de enfrentamento utilizadas pelas famílias e o papel da equipe de saúde da família no seguimento domiciliar dessas crianças. Para tanto, optamos por pressupostos teóricos interacionistas e sistêmicos para a compreensão do processo de trabalho em família, bem como instrumentos para a avaliação e intervenção na família.

O que é uma criança com necessidades especiais de saúde?

Os avanços nas tecnologias médicas e a incorporação destas nas áreas de terapia intensiva neonatal e pediátrica têm possibilitado um crescente aumento nos índices de sobrevivência entre neonatos de alto-risco, crianças com malformações congênitas, traumas adquiridos, entre uma ampla variedade de doenças anteriormente consideradas incompatíveis com a vida.

Enquanto presenciamos significativo e progressivo declínio da mortalidade infantil, também acompanhamos uma transição epidemiológica, evidenciada pelas complexas mudanças nos padrões de saúde e doença que acompanham a população brasileira e suas implicações demográficas, econômicas, políticas e sociais (OMRAN, 2001).

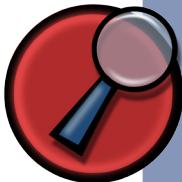
No que se refere à população pediátrica, tal transição tem se refletido no crescente número de crianças portadoras de condições crônicas, clinicamente frágeis, dependentes de dispositivos médicos como forma de compensar perdas de funções vitais e de cuidados de natureza altamente técnica, complexa e contínua como forma de manter a vida.

Esse grupo de crianças é definido na literatura internacional como *Children With Special Health Care Needs* – CSHCN (McPHERSON et al., 1998). No Brasil, o conceito é introduzido no final da década de 1990 (CABRAL, 1999), como crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES).

Quais as políticas públicas para estas crianças?

As necessidades especiais de saúde dessas crianças geram demandas de cuidados classificadas em quatro grupos: de desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos e de cuidados habituais modificados. Dada a condição e a natureza do cuidado, essas crianças necessitam de serviços de saúde e sociais para além dos requeridos por qualquer outra criança, em geral, por um período de tempo indeterminado (McPHERSON et al., 1998; CABRAL et al., 2003; MENTRO, 2003).

A incidência e a prevalência são desconhecidas em termos oficiais, devido aos diversos termos empregados para classificar esse grupo de crianças e a multiplicidade de condições clínicas que agrupa. Entretanto, há um amplo consenso entre pesquisas desenvolvidas em diversos contextos específicos de que é crescente e expressivo o número de crianças com necessidades especiais de saúde cuidadas por suas famílias no ambiente domiciliar (GLENDRINNING et al., 2001; DYCK et al., 2004; WANG & BARNARD, 2004; HEATON et al., 2005; REHM & BRADLEY, 2005; CABRAL et al., 2004; VERNIER & CABRAL, 2006).



FIQUE DE OLHO

Estudos desenvolvidos em contextos brasileiros específicos, como no Rio de Janeiro, revelam que 74,2% dos bebês egressos da terapia intensiva neonatal apresentavam alguma necessidade especial de saúde. No sul do Brasil, o índice de necessidades especiais atribuídas a intercorrências no período perinatal foi de 58,5% (VERNIER & CABRAL, 2006).

A crescente transição das crianças com necessidades especiais para o cuidado domiciliar é apontado como consequência do movimento cada vez mais intenso em prol da desospitalização. Nesse âmbito, duas forças confluíram para a casa tornar-se uma alternativa cada vez mais aceita em vez do hospital: (1) aumento dos custos com a internação prolongada dessas crianças as quais, até pouco tempo atrás, eram confinadas ao ambiente hospitalar e “residentes” até a morte; (2) uma crescente consciência entre profissionais e famílias de que a casa representa o contexto ideal de cuidado, cujas questões de desenvolvimento e de qualidade de vida dessas crianças foram fatores considerados cruciais (BAUMGARDNER & BURTEA, 1998).

O desenvolvimento de tecnologias adaptadas para o uso doméstico e as políticas públicas com ênfase no cuidado centrado na comunidade como forma de apoiar o seguimento domiciliar das crianças com necessidades especiais de saúde também têm contribuído para esse processo (KIRK & GLENDINNING, 1998; 2004).

Somados a esses aspectos, evidencia-se uma melhora significativa das taxas de sobrevivência de crianças que são clinicamente frágeis e dependentes de tecnologia, com a crescente capacidade de transferência de tecnologia médica e do cuidado para o domicílio (WANG & BARNARD, 2004). Entretanto, cabe destacar que não é apenas a tecnologia que é transferida para o domicílio, mas, especialmente, os papéis e as responsabilidades são transferidos para a família (KIRK et al., 2005).

Com o crescimento desse grupo de crianças, políticas governamentais em países desenvolvidos têm reconhecido suas demandas e particularidades e provido a implantação de serviços de suporte à criança com necessidades especiais de saúde e sua família, como uma forma de apoiá-las na continuidade do cuidado domiciliar.

No Brasil, o benefício da prestação continuada de cuidado no domicílio é assegurado pela Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993), por meio da qual é concedido recurso financeiro no valor de um salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e cuja família seja incapaz de prover sua manutenção. O critério econômico para a elegibilidade ao recurso é a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a um quarto do salário mínimo, sendo, desse modo, assegurado às famílias de crianças com necessidades especiais, em situação de pobreza, recorrer a esse recurso para assegurar os custos de sobrevivência de sua criança. Não existe qualquer outro programa sustentável ou recurso público específico para crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias.

Muitas crianças recebem alta hospitalar para o domicílio com demandas altamente complexas e ainda, como agravante, as famílias possuem recursos financeiros insuficientes ou limitados para arcar com os custos envolvidos (CABRAL et al., 2003; FRACOLLI & ANGELO, 2006; NEVES & CABRAL, 2008).

Em outras circunstâncias, quando há necessidade de sustentação da vida da criança, esta é mantida institucionalizada diante da condição social da família. Sendo comum, nesses casos, os familiares terem que recorrer a Vara de Proteção da Infância, na esfera municipal, para receber o apoio financeiro do Estado e assegurar as condições mínimas de implantação do cuidado em seu domicílio (CABRAL et al., 2003).

O cuidar centrado na família sensível ao contexto social em que esta se insere, vem sendo influenciado por transformações nos paradigmas de promoção da saúde e da qualidade de vida, bem como pela emergência de políticas públicas e sociais que tratam da saúde da família (ANGELO, 2008; TRAD, 2010). Desse modo, pode-se perceber que o foco de atenção dos profissionais e de gestores de saúde tem se deslocado do indivíduo e do hospital, para a família e o domicílio. Tal concepção de cuidar está pautada no pressuposto de que os espaços familiares constituem-se em lócus para a potencialização das ações de saúde. Como exemplo desta afirmativa, podemos citar iniciativas governamentais de reorganização da atenção básica à saúde que, por meio da Estratégia de Saúde da Família elege o domicílio e a comunidade como espaços estratégicos para a atuação dos profissionais de saúde, e têm como foco de intervenção a unidade familiar (BRASIL, 2006).

No âmbito da atenção básica, a saúde da criança é posta como uma prioridade e, desde 2004, a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil define ações profissionais nos mais distintos espaços de atenção. As linhas estratégicas de Atenção à Saúde da Criança objetivam o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado (BRASIL, 2004).

Destaca-se no eixo de atenção à infância a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente que se configura como um marco no que se refere à proteção e promoção da infância, assegurando entre outros direitos fundamentais, o direito à saúde e à inclusão social. Entretanto, embora a legislação tenha avançado no campo do direito à saúde e ao bem-estar social e em estratégias de atenção à saúde da criança e da família, ainda não existe uma cultura de reconhecimento dos direitos da criança com necessidades especiais de cuidado de saúde e de sua família, por meio de uma oferta regular, sistematizada e organizada de sistemas de apoio social e de serviços de saúde especializados (LEAL et al., 2010).

O desafio no âmbito das políticas públicas brasileiras, no que se refere à continuidade do cuidado no domicílio, está na modificação da visão, na qual estas crianças e famílias não sejam consideradas portadoras de deficiências ou desvantagens, mas, sim, como crianças e famílias com necessidades altamente complexas e que vivem desafios para a inclusão social e que possuem direitos como qualquer outro cidadão.

Essa breve contextualização comparativa nos sugere pensar no nível de dificuldades que as famílias brasileiras enfrentam. Cabe destacar que estudos de avaliação dos serviços de suporte ao cuidado domiciliar de crianças com necessidades especiais indicam que estes ainda são pouco desenvolvidos e deficientes em planejamento e, consequentemente, se tornam insuficientes e pouco efetivos em termos de apoio a família (KIRK & GLENDINNING, 2004). Como conclusão, a problemática do cuidado domiciliar não se limita apenas ao Brasil.

Situação-problema:

Uma das famílias atendidas em domicílio pela Equipe de Saúde da Família é a Família Flores da Silva. A família é acompanhada pela Equipe de Saúde da Família (eSF) há cerca de dez meses, pelo fato de ter uma filha (Vitória) portadora de necessidades especiais de cuidado de saúde, acamada e dependente de tecnologia médica de suporte de vida. O início do acompanhamento se deu na ocasião da alta hospitalar da criança e transição para o cuidado domiciliar. Vitória tem hoje dois anos de idade, é portadora de Síndrome de West, pertencente ao grupo de síndromes epilépticas infantis com difícil controle medicamentoso que provocam atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (RIZZUTTI et al, 2000). Recebeu seu diagnóstico aos 3 meses de idade. Permaneceu hospitalizada por um período de 10 meses, entre 3 meses e 1 ano e 1 mês de idade, tornando-se dependente de tecnologia de suporte de vida nesse período. Atualmente, é dependente de traqueostomia, gastrostomia e ventilação mecânica e é cuidada, em casa, pela família.

O primeiro contato da eSF com a família Flores da Silva ocorreu logo após seu retorno para o domicílio. A equipe responsável pelo planejamento da alta hospitalar da criança, preocupada com a continuidade do cuidado da criança no domicílio, contatou a Unidade de Saúde da Família de referência, informando o caso e a necessidade de apoio à família. Na ocasião da primeira visita domiciliar, a abordagem inicial da equipe consistiu na apresentação dos membros da equipe e aproximação com a família na tentativa de começar a conhecê-la e promover um engajamento. A família havia trazido a criança para casa há três dias e o ambiente estava tumultuado e desorganizado, pois a família estava se adaptando aos cuidados da filha em casa, se mostrando preocupados e tensos, havia também a presença de mais pessoas na casa, a avó materna veio auxiliar no cuidado e mais duas vizinhas. Assim, a família não se mostrou muito receptiva à equipe. Nesse contexto, o médico procedeu à avaliação clínica da criança, enquanto a enfermeira fazia algumas perguntas a Sra. Sonia, mãe da criança, se precisava de algum tipo de ajuda. A mãe fala que está feliz, responde no momento não precisa de ajuda, mas que estão se organizando e colocando as coisas no lugar. A enfermeira mantém conversação e pergunta para mãe como está sendo cuidar da Vitória e tem tido alguma dificuldade. A mãe reafirma que não, dá graças a Deus e que aprendeu fazer tudo direitinho com o pessoal do hospital e que está dando conta de cuidar e que não tem nada que ela não saiba fazer. A enfermeira continua e explora se a família conta com mais alguém, da família ou outra pessoa para ajudar a cuidar da Vitória. A mãe declara que é só ela e o pai.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

Após o término da avaliação clínica de Vitória, o médico compartilha com a mãe e a enfermeira, que a criança está estável e que está tudo normal. Pergunta se há alguma dúvida em relação ao funcionamento dos equipamentos e como estão planejando o cuidado da criança no domicílio, a fim de explorar os recursos de apoio que a família já dispõe e aqueles que precisaria ampliar. A mãe informa que a criança irá fazer acompanhamento ambulatorial de neuropediatria e que pretendem pagar fisioterapia domiciliar, visto que não conseguiram este serviço via sistema público. A equipe de assistência domiciliar do hospital no qual a criança estava internada continuará fazendo visitas e consultas de acompanhamento, de acordo com a demanda, podendo ser quinzenais ou mensais. A enfermeira informa que irão fazer o acompanhamento da Vitória e da família e os telefones da Unidade de Saúde da Família para que entrem em contato em caso de necessidade. Além disso, é combinado com a família uma nova vista domiciliar na próxima semana.

A eSF por estar preocupada com a situação familiar, realizou uma segunda visita domiciliar, em um retorno mais curto. Nessa visita, a enfermeira e o médico foram recebidos pelo pai e a mãe. Os profissionais observaram que o ambiente domiciliar havia sido transformado para receber a criança e seus aparelhos tecnológicos (cama hospitalar, respirador, oxímetro, entre outros equipamentos hospitalares e as adaptações físicas necessárias para o cuidado da criança) e que os pais estavam hábeis no manejo dos equipamentos e no desempenho de cuidados altamente técnicos (aspiração traqueal, administração de dieta e de medicamentos, curativos, troca de sondas). Neste dia era o dia de folga do trabalho do pai. A criança (Vitória) estava deitada em sua própria cama – onde havia diversos objetos de estímulo: móveis, brinquedos coloridos, desenhos com temas infantis – muito bem arrumada e em excelentes condições de higiene. Os pais são elogiados pelos membros da equipe pelo desempenho zeloso e seguro no cuidado à Vitória.

O médico Roberto após examinar a criança, compartilha sua avaliação com os pais, informando que Vitória continua ótima, estável e dentro do esperado. Ele percebe que os pais olham apreensivos, porém com certo contentamento. Assim aproveita para explorar sobre a presença de alguma preocupação ou necessidade de ajuda. Antônio (pai) timidamente fala da luta e conquista deles em trazer Vitória para casa e como se sentem gratos por estar conseguindo cuidar da Vitória, revelando que não ter falta de equipamentos, que possuem amigos que os ajudam, e revela a preocupação deles quando for necessário trocar a traqueo por ser caro e que eles não dispõem de muitos recursos. O Médico acolhe e reitera que é importante que eles possam falar das suas preocupações e dúvidas, acrescenta que verá como auxiliar nesta questão da troca da traqueo. O pai cria coragem e se permite então falar sobre a doença da filha, sobre ter cura, se a filha crescerá? Andará ou não? Contudo, o pai afirma manter a esperança e a fé para o futuro dela, e que sempre irão cuidar dela. O médico se mostra empático a eles e esclarece sobre a doença e que a medicina está sempre buscando. Nesse mesmo tempo, a enfermeira trocava o curativo da sonda de gastrostomia para a observação da pele da Vitória, com o olhar atento da mãe, que verbaliza sobre o seu medo da sonda dar algum problema. A enfermeira explora esse sentimento. A mãe fala que tem medo que tenha infecção e que ele volte a ser internada, falando então desse momento da internação, onde permaneceu um longo período, quase um ano, que sentiu internada junto com ela e deixou de viver outras

coisas, para só cuidar dela o tempo todo, que às vezes se sentia sofrida e sozinha. Tanto ela como toda a sua família sofreram com esse período da internação da filha. A enfermeira vai desenvolvendo a escuta qualificada e aproveita também para explorar, por meio de perguntas, com o olhar e gestos, o conteúdo e sentimentos trazidos pela mãe dessa experiência. À medida que se estabelece maior confiança, a mãe fala da ambivalência que sente em cuidar da filha, ora alegria por ver ela ali e poder cuidar dela, ora de tristeza, não porque não aceite a doença, mas sim do que pode acontecer de um vir a perder a filha. A fala vem acompanhada por momentos de silêncio e também de choro. A mãe agradece, e verbaliza que foi bom conversar sobre isso e que se sente mais leve depois que falou. A Enfermeira reitera que ela pode contar com ela e que voltará para conversar com ela, para avaliar Vitória, como conhecer mais sobre a família de vocês. Para isso, irão fazer pergunta sobre quem faz parte da família, com quem e como e se relacionam com as pessoas da comunidade, com os profissionais de saúde, centros de saúde e outras instituições importantes para a família e a Vitória. Os pais acenam afirmativamente e que estarão aguardando retorno da visita.



Considerando a situação desta família, reflita sobre como se dá o acompanhamento domiciliar de crianças portadoras de necessidades especiais de saúde e suas famílias em sua cidade? Como a eSF se articula com os diversos profissionais e instituições ou integra a rede de atenção a este grupo específico? Quais os dilemas vivenciados pelos profissionais da equipe? Essa é uma atribuição da eSF? Considerando o registro das duas primeiras abordagens dos profissionais médico e enfermeiro da eSF, você avalia que houve uma escuta qualificada/terapêutica, conforme preconizada pela Política Nacional de Humanização?

O cuidado de pessoas com doenças crônicas requer processos adaptativos e de ajustes contínuos, dados as possíveis demandas físicas, afetivas e sociais que requer o cuidado às pessoas com necessidades especiais.

O cuidado de pacientes em situações crônicas, para Rizutti et al.

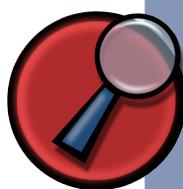
É muito difícil a aceitação de qualquer doença crônica e de suas limitações. Em particular, é muito difícil para a criança e para sua família adaptar-se à epilepsia, a seus riscos, complicações e a eventuais atitudes hostis da sociedade. Daí a necessidade de abordar o tratamento como multidisciplinar, sempre que possível, por uma equipe composta de médicos, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais, no intuito de dar um apoio conjunto ao paciente e à sua família (RIZZUTTI et al. 2000, p.115).

Para saber mais sobre a síndrome de West, consulte:



SAIBA MAIS

- Gomes MDC, Garzon E, Sakamoto AC. Os 50 Anos de Uso do Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH) no Tratamento da Síndrome de West: Revisão de Literatura e Protocolo da UNIFESP. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2008; 14 (1): 27-32. [artigo na íntegra].
- RIZZUTTI, S.; MUSZKAT, M. & VILANOVA, L.C.P. – Epilepsias na Infância Rev. Neurociências, v. 8(3): 108-116, 2000.



FIQUE DE OLHO

A qualificação do cuidado em saúde requer a continua instrumentalização para auxiliar a tomada de decisão no âmbito da atenção à saúde, mediante a educação permanente em serviço. O conhecimento da composição e funcionamento da família pode ser auxiliado pela utilização dos instrumentos, como o Genograma e do Ecomapa (McGoldrik, M. et al, 1999; Wright, L.M., Leahey, M., 2009). 7

O que é Genograma?

O **genograma** abrange a árvore familiar, da estrutura interna e o histórico da família sobre as relações existentes entre os membros dessa família, idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda, dentre outros, ao longo do ciclo de vida da família e obter mais compreensão da composição de vínculos da família. A representação nos permite conhecer um pouco da história família, Podemos iniciar a partir de um genograma breve do núcleo familiar, e depois expandir para a família extensa. Na prática usual, inclui-se o genograma de três gerações. É importante pensar que questões são úteis para a construção do genograma e articular as informações à sua prática clínica. (McGoldrik, M. et al, 1999; Wright, L.M., Leahey, M., 2009).

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

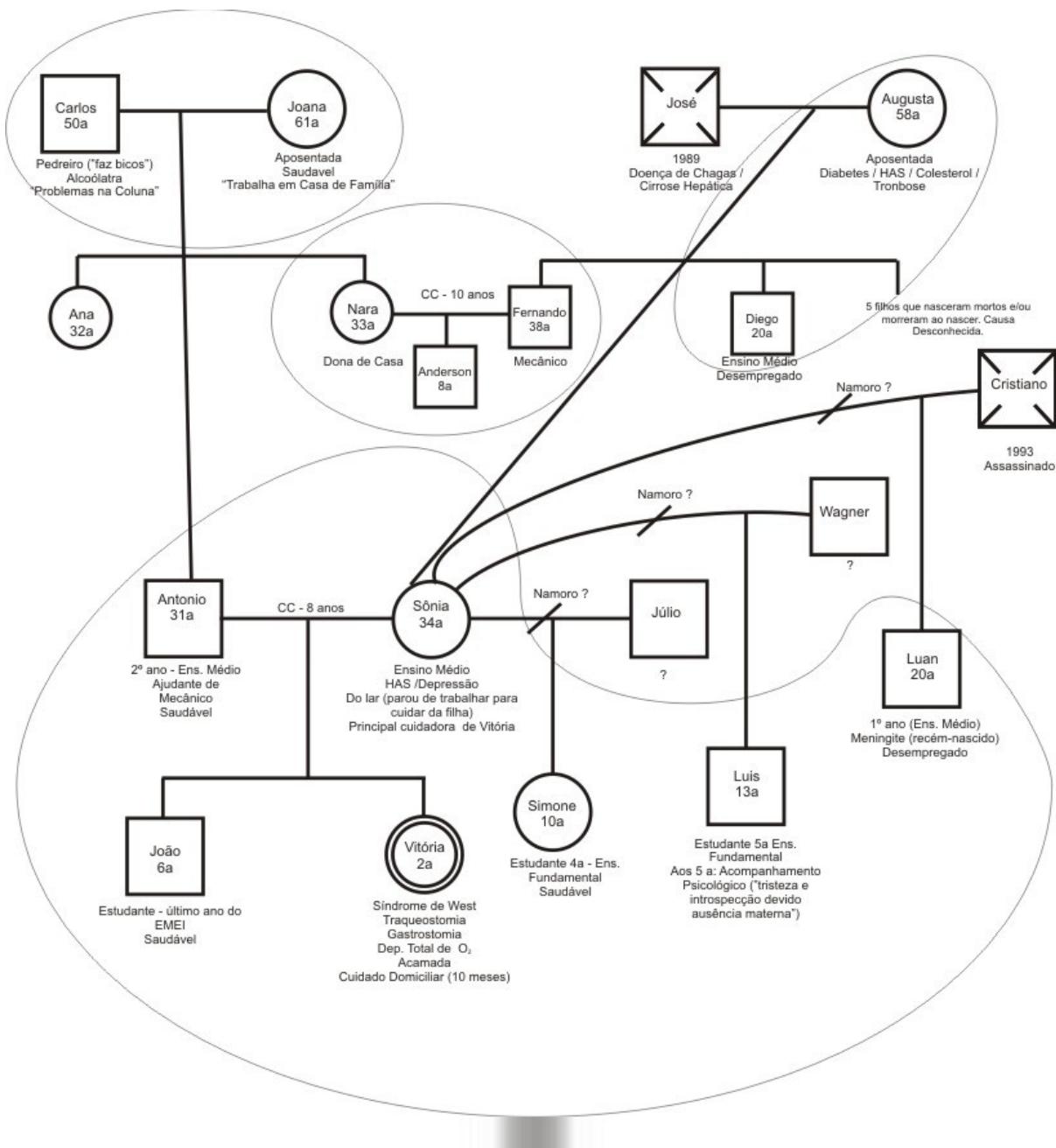
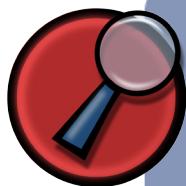


Figura 1: Genograma da Família Flores da Silva

O que é Ecomapa?

O **ecomapa** representa uma visão geral da situação da família, retrata as relações importantes entre os membros internos e sociais, demonstra o fluxo de recursos ou as privações sofridas pela família, evidenciando pontes a serem construídas e recursos a serem buscados ou mobilizados diante de uma situação de crise ou doença crônica, com os sistemas mais amplos (casa, trabalho, sócio-cultural). O ecomapa desloca a ênfase do genograma histórico para o atual funcionamento da família e seu contexto ambiental (Wright, L.M., Leahey, M., 2009).

Ao longo das demais visitas domiciliares, a equipe pode identificar que a criança se mantinha estável em casa. Após a alta hospitalar, voltou a ser internada mais duas vezes devido à pneumonia. Também foi possível identificar uma piora no quadro depressivo materno e certa negligência em relação ao cuidado da casa e das crianças saudáveis, que passam a maior parte do tempo na rua ou sob os cuidados dos demais membros da família extensiva (tio materno e avó paterna), pois a mãe alega que “não tem tempo para cuidar dos outros filhos e nem da casa, pois precisa se dedicar a Vitória”. Além disso, a mãe tem se mostrado extremamente triste e chorosa e verbaliza constantemente que “está se sentindo feia, gorda e não tem temo para cuidar de si mesma”. Além disso, sempre verbaliza chorando que sente medo de perder a filha Vitória. Os contatos com o pai da criança se tornaram menos frequentes devido a sua rotina de trabalho.



FIQUE DE OLHO

Recorrer aos saberes disponíveis de diferentes áreas que ampliem o nosso olhar e nos auxiliam na abordagem e no cuidado a família, e em específico na atenção básica. Você sabe o que a escuta qualificada envolve sensibilidade, cognição e técnica. Buscando melhorar a sua competência para a comunicação interpessoal, você pode reconhecer melhor as demandas e necessidade reais das famílias, e portanto ser mais resolutivo nas suas ações.



Para saber mais sobre a abordagem familiar na ESF, consulte:

- HADDAD, Jerusa Gomes Vasconcellos et al; A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(2):145-155. Disponível: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/145-155.pdf
- LIMA, Cássio de Almeida Lima et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (1): 152-60. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/835/985
- MELLO, Débora F. de et al . Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 15, n. 1, abr. 2005 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009&lng=pt&nrm=iso
- Pereira APS, et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família, Rev Bras Enferm, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 407-16. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12> Acesso em 12 jan. 2015.
- RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. spe2, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900010&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>.

A experiência da família vivendo com uma criança com necessidades especiais de saúde

Ao se pensar na criança com necessidades especiais de saúde em situação de cuidado domiciliar, surgem dilemas amplos e complexos, vivenciados tanto pela família quanto pelos profissionais de saúde.

Dentre os aspectos que contribuem para a complexidade da experiência das famílias, destaca-se a realização de cuidados de natureza altamente técnica, complexa, contínua e intensiva compatíveis com a de uma formação profissional e a infinidade de responsabilidades e papéis assumidos pelos pais para cuidar dessas crianças no domicílio (KIRK et al., 2005; RAY, 2002).

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

A transferência de responsabilidade do cuidado para os pais e o tipo de suporte que será oferecido para o cuidado domiciliar não têm sido efetivamente negociado entre os profissionais e a família. É comum a família não se sentir preparada, seja no âmbito instrumental, de conhecimento, no financeiro e no emocional (FRACOLLI & ANGELO, 2006; KIRK, 2001; NEVES & CABRAL, 2008).

Sabe-se que a competência familiar é um aspecto que pode ser modificado severamente na situação de doença crônica e contínua necessidade de cuidados especiais de vido às persistentes e múltiplas rupturas na vida cotidiana (MALTBY et al., 2003). Desse modo, as famílias precisam, constantemente, manter um ajuste funcional entre desafios e recursos assim como nas diferentes dimensões da vida familiar (O'BRIEN, 2008).

A ausência de acompanhamento sistemático, de planejamento e de coordenação dos serviços direcionados à criança e sua família, bem como a intensa fragmentação dos sistemas de apoio social são destacados como desafios adicionais no curso do cuidado da criança com necessidades especiais de saúde no domicílio, podendo gerar os mais variados desdobramentos na vida familiar (KIRK & GLENDINNING, 2004; SLOPER, 1999; AGUIAR, 2005; CASTRO & PICCININI, 2002).

Desse modo, torna-se fundamental uma abordagem de cuidado que tenha a família enquanto parceira e, ao mesmo tempo, a unidade a ser cuidada, tendo no acolhimento e no vínculo relevantes ferramentas. A qualidade do vínculo entre serviços – representado pelos seus profissionais – e a família costuma ter impacto na dinâmica das famílias e de seus membros.

Nesse contexto o olhar ampliado faz-se necessário e a inclusão da família e das demais esferas sociais em projetos terapêuticos é consequência de um trabalho estruturado. Assim, a eSF é um elemento importante no apoio ofertado à família no que diz respeito ao cuidado da criança.



**PARA
REFLETIR**

Qual deve ser a linha de cuidado à criança com necessidades especiais de saúde, com ênfase nas ações da eSF?

No caso da Família Flores e Silva, deve-se, inicialmente, analisar todas as informações obtidas das entrevistas com a família, bem como do genograma e do ecomapa da família, com o objetivo é identificar as implicações da doença crônica na vida da criança e na da família.

Em seguida, é necessário elaborar hipóteses sobre: a dinâmica da família, as mudanças geradas pela doença, as forças, recursos e habilidades que a família apresenta para manejar a situação de doença, os possíveis problemas, preocupações

ou áreas de maior dificuldade, bem como as crenças e a forma como estas crenças influenciam o enfrentamento familiar.

Definir qual parece ser o problema concreto fundamental, ou seja, aquele a ser considerado como objetivo prioritário do trabalho da eSF com esta família.

Por fim, elaborar um plano de cuidados para ajudar esta família.



ATENÇÃO!

Neste planejamento recorremos, muitas vezes, à elaboração de questões pertinentes, mas para as quais não temos, ainda, respostas. Procuramos, nesse sentido, as respostas dos atores implicados na situação.



FIQUE DE OLHO

Não consideramos a família como patológica ou incapaz, mas como um sistema que sofre um grande impacto, e que nosso papel é procurar ajudá-los a potencializar, ativar ou desenvolver suas competências.

O papel da equipe Saúde da Família

O papel do profissional de saúde é aliar-se à família fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desenvolvimento de suas responsabilidades, porém sem substituí-la ou subestimá-la. Estudos ressaltam ser o cuidado ofertado pelos profissionais das equipes de USF normativo, centrado em ações e protocolos descritos nas diretrizes da clínica pediátrica e das preconizações federais para a puericultura (VASCONCELOS et al., 2009; SILVA et al.; 2009).

Tal dificuldade perpassa muitas vezes ao preparo do profissional para lidar com situações complexas, onde estão envolvidas crianças com doenças crônicas e que requerem do profissional inúmeras habilidades para coordenar o cuidado ofertado à criança e a família (GARCIA et al., 2010).

Diante disso, é preciso repensar as concepções acerca da integralidade do cuidado. Tal movimento se torna fundamental para mudanças de paradigmas de cuidar, para o avanço teórico na área de saúde da família e para o aperfeiçoamento da prática dos profissionais de saúde com famílias de crianças portadoras de necessidades especiais em seguimento domiciliar, de forma a gerar estratégias de apoio efetivas à família em seus processos de enfrentamento (SILVEIRA, 2010).



FIQUE DE OLHO

A meta da ESF é ajudar a família a reduzir o impacto negativo da condição de saúde da criança e do cuidado domiciliar sobre suas vidas, considerando a criança e a família como um todo e a devolver suas potencialidades e habilidades a fim de tornar-se competente para a garantia do bem-estar de seus membros.

Faz-se importante uma discussão acerca da importância das redes de apoio social enquanto elemento fortalecedor da família para o cuidado da criança com necessidades especiais de saúde no domicílio e para o atendimento de suas necessidades essenciais de socialização, lazer, trabalho, estudo, condições de moradia, alimentação entre outros.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, R.C.B. Saberes e práticas de familiares cuidadores no cuidado à criança em terapia anticonvulsivante: o processo de produção do almanaque [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2005.

ANGELO, M. The Emergence of Family Nursing in Brazil. Journal Family Nursing. v.14(4):436-441, 2008.

BAUMGARDNER, D.J.; BURTEA, E.D. Quality of life in technology dependent children receiving home care and their families: a qualitative study. WMJ. v.97(8):51-55, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e da outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 8 dez, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CABRAL, I. E.; SILVA, J.J.; ZILLMANN, D.O.; et al. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevida. Revista Brasileira de Enfermagem. v.57(1):35-39, 2004.

CABRAL, I.E. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.

CABRAL, I.E.; MORAES, J.R.M.M.; SANTOS, F.F. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.7(2):211-218, 2003.

ASTRO, E.K.; PICCININI, C. A. Implicação da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.v.15(3):625-635, 2002.

DYCK, P.C.; KOGAN, M.D.; McPHERSON, M. G. Prevalence and characteristics of children with special health care needs. *Archives Pediatric and Adolescent Medicine*, v.158(9):885-890, 2004.

FRACOLLI, R.A; ANGELO, M. A experiência da família que possui uma criança dependente de tecnologia. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.10(12):125-131, 2006.

GARCIA, D.S.O.; GATTI, G.; COSTA, D.L. da. Visitas domiciliares a crianças com doenças crônicas: influência na formação do estudante de medicina. *O Mundo da Saúde*, v. 34(3):327-335, 2010.

GLENDINNING, C.; COLEMAN, A.; SHIPMAN, C.; MALBON, G. Primary care groups: Progress in partnerships, *BMJ*, v. 323:28-31, 2001.

Gomes MDC, Garzon E, Sakamoto AC. Os 50 Anos de Uso do Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH) no Tratamento da Síndrome de West: Revisão de Literatura e Protocolo da UNIFESP. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2008; 14 (1): 27-32. [artigo na íntegra].

HADDAD, Jerusa Gomes Vasconcellos et al; A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011;35(2):145-155. Disponível: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/145-155.pdf Acesso em 12 jan. 2015

HEATON, J.; NOVES, J.; SLOPER, P.; SHAH, R. Families' experiences of caring for technology-dependent children: a temporal perspective. *Health Society Care Community*, v.13(5):441-450, 2005.

KIRK, S. A. Caring for children with specialized health care needs in the community: the challenges for primary care. *Health Soc Care Community*, v.7(5):350-357, 1999.

KIRK, S.; GLENDINNING, C. Trends in community care and patient participation: implications for the roles of informal carers and community nurses in the United Kingdom. *Journal Advanced Nursing*, v.28(2):370-381,1998.

KIRK, S; GLENDINNING, C. Diving services to support parents caring for a technology-dependent child at home. *Child Care Heath Development*, v.30(3):209-218, 2004.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

KIRK, S.; GLENDINNING, C.; CALLERY, P. Parent or nurse? The experience of being the parent of a technology-dependent child. *Journal of Advanced Nursing*, v.51(5):456-464, 2005.

LEAL, R.J.; CABRAL, I.E.; PERREAUULT, M. Experiência Brasil-Canadá no cuidado social e na saúde da criança com necessidades especiais: aproximações e distanciamentos. *Interfaces Brasil/Canada*, v.11:95-119, 2010.

LIMA, Cássio de Almeida Lima et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. bioét.* (Impr.). 2014; 22 (1): 152-60. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/835/985 Acesso em 12 jan. 2015.

MALTBY, H.J.; KRISTJÁNSEN, L.; COLEMAN, M.E. The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal Nursing Practice*, v.9(6):368-373, 2003.

MCGOLDRIK, M.; GERSON, R.; SHELLENBERGER, S. Genograms: assessment and intervention. New York: Norton, 1999.

McPHERSON, M. et al. A new definition of children with special health care needs. *American Academic Pediatric*, v.102(1):137-141, 1998.

MELLO, Débora F. de et al . Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 15, n. 1, abr. 2005 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em 23 jan. 2015.

MENTRO, A.M. Health care policy for medically fragile children. *Journal Pediatric Nursing*, v.18(4):225-232, 2003.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.29(2):182-190, 2008.

O'BRIEN, M.E. Living in a house of cards: family experiences with long-term childhood technology dependence. *Journal of Pediatric Nursing*, v.16(1):13-22, 2001.

OMRAN, A.R. The Epidemiologic Transition - a Theory of the Epidemiology of Population change. *Bull World Health Organ*, v.79(2):161-170, 2001.

Pereira APS, et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família, *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 407-16. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12> Acesso em 12 jan. 2015.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 25, n. spe2, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>.

RAY, L.D. Parenting and Childhood Chronicity: Making Visible the Invisible Work. *Journal of Pediatric Nursing*, v.17(6):424-438, 2002.

REHM, R.S.; BRADLEY, J.F.; Normalization in families raising a child who is medically fragile/technology dependent and developmentally delayed. *Qualitative Health Research*, v.15(6):807-820, 2005.

RIZZUTTI, S.; MUSZKAT, M. & VILANOVA, L.C.P. – Epilepsias na Infância Rev. Neurociências, v. 8(3): 108-116, 2000.

SAMICO, I.; HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. *Saúde Matern Inf*, v.5(2):229-240, 2005.

SILVA A.C.M.A.; VILLAR, M.A.M.; WUILLAUME, S.M.; CARDOSO, M.H.C.A. Perspectiva de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e redução da Mortalidade Infantil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25(2):349-359, 2009.

SILVEIRA, A.O. Definindo o projeto de vida familiar: a família na transição para o cuidado domiciliar da criança com necessidades especiais. [Tese]. Universidade de São Paulo (USP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010.

SLOPER P. Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know? *Child: Care, Health Development*, v.25:85-99, 1999.

TRAD, L.B. (org.). Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

VASCONCELOS, E.N.; SILVEIRA, M.F.A.; EULÁLIO, M.C.; MEDEIROS, P.F.V. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14(4):1225-12234, 2009.

VERNIER, E.T.N.; CABRAL, I.E. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores. Santa Maria (RS). 2004- 2005: subsídios para intervenções de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira Enf Pediátrica*, v.6(1):37-45, 2006.

WANG, K.K.; BARNARD, A.B. Technology-dependent children and their families: a review. *Journal of Advanced Nursing*, v.45(1):36-46, 2004.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2009.

Parte 3

Lição 7 – Pactos, Políticas e Programas de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Jane Lynn G. Dytz

Essa lição traz uma breve reflexão sobre as principais políticas e programas direcionados para a saúde da criança e do adolescente cujas diretrizes priorizam o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção familiar e o trabalho em rede.

Objetivo pedagógico

Compreender os principais pactos, políticas e programas de atenção à saúde da criança e do adolescente desenvolvidas, no âmbito da Atenção Primária de Saúde, no Brasil e no mundo.

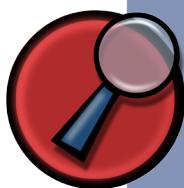
Introdução

A definição de políticas e programas em favor da infância no Brasil e no mundo é relativamente recente. Até o século XIX, a criança teve pouco valor para os adultos e não havia grande preocupação com a higiene e alimentação da criança. Ela convivia junto aos adultos sem receber uma atenção especial. Aos sete anos, a criança era considerada “adulta” e era incentivada a trabalhar. As crianças de famílias ricas eram encaminhadas para estudar em escolas, mas somente os meninos. As meninas aprendiam assuntos domésticos em casa.

Esta situação só começou a mudar, na Europa Ocidental, a partir da metade do século XIX, quando surgiu o “movimento higienista” do qual fazia parte: médicos, advogados, professores, juízes e outros. Esses profissionais liberais ficaram alarmados com as altas taxas de mortalidade infantil e com a negligência dos adultos responsáveis pelas crianças. Passaram, então, a instituir uma série de medidas de proteção e cuidado que abarcavam todas as dimensões da vida infantil: crescimento e desenvolvimento, higiene, alimentação, educação, disciplina, religião, sexualidade, exercício físico.

No início do século XX, estas ideias chegaram ao Brasil e foram prontamente incorporadas pelos médicos brasileiros, que iniciaram as primeiras clínicas de “puericultura”. Ao longo dos anos, aconteceram mudanças com consequências legais e institucionais que desembocaram na construção de políticas e programas atuais em

prol da proteção e assistência à criança. O conceito de adolescência é ainda mais recente. Portanto, a definição de políticas e programas para esta faixa etária teve início só a partir dos anos 90.



FIQUE DE OLHO

O profissional de saúde da eSF necessita conhecer estes aspectos históricos, sociais e legais, a fim de se situar diante dos importantes desdobramentos ocorridos, e ainda por fazer, na construção da cidadania das crianças e adolescentes, em suas mais variadas dimensões. Hoje, já se sabe que a criança e o adolescente, em virtude de características e vulnerabilidades próprias, necessitam de profissionais que lhe oportunizem crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Por quê políticas e programas de atenção primária para crianças e adolescentes?

A oferta de programas e ações de saúde para crianças e adolescentes ocorre, por um lado, por meio da sociedade civil, que pressiona os governantes por respostas às suas necessidades em saúde, como também por parte dos próprios formuladores de políticas públicas, interessados em melhorar a sobrevivência, o desenvolvimento e a proteção de crianças e adolescentes, colaborando assim para a superação dos desafios que a pobreza, a violência, as doenças e a discriminação impõem à infância e à adolescência.

Programa Nacional de Imunizações (PNI) – criado em 1973 como parte de um conjunto de medidas que visavam redirecionar a atuação governamental, ajustando-se às diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Anteriormente, as ações de imunização eram marcadas pela atuação isolada de programas nacionais para o controle de doenças específicas como a campanha de erradicação da varíola, controle da poliomielite e controle da tuberculose. O Ministério da Saúde passa a definir as vacinas obrigatórias do calendário vacinal, permitindo às unidades federadas propor medidas complementares no âmbito de seu território.

Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) – na década de 80, a saúde infantil se tornou mais proeminente na agenda pública e grandes programas verticais de atenção à saúde materno-infantil foram implementados em larga escala, tendo sido mais tarde integrados à atenção primária à saúde. As áreas de ações prioritárias são: monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, promoção ao aleitamento materno, hidratação oral, entre outros. O foco das ações é restrito às crianças menores de 5 anos e mais focado em menores de 1 ano, em razão da alta taxa de morbimortalidade nesta faixa etária. A redução da mortalidade infantil passou a ser um dos objetivos centrais deste programa, compromisso assumido não só pelo governo federal, mas também nas esferas estaduais e municipais.

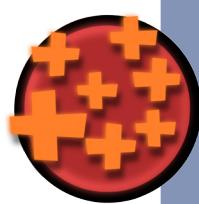
Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) – criado pela Portaria MS/GM nº980/GM, de 21/12/1989, dirigido para a faixa etária entre 10 a 19 anos, visa garantir acesso à saúde, respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. Caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo, bem como a identificação de grupos de risco, a detecção precoce de agravos com tratamento adequado e reabilitação. As áreas prioritárias de ação são: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, violência e maus-tratos e família.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – documento promulgado em julho de 1990 (Lei n.8069) que estabelece as bases legais de proteção à infância e adolescência, conforme consta no Capítulo I Artigo 7º: “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento saudoso e harmonioso, em condições dignas de existência”. O ECA surge para preservar crianças e adolescentes de exploração por adultos e como meio para reivindicar uma sociedade mais igualitária e menos excludente.



Você já se perguntou o que sabe a respeito do ECA e quais as suas implicações sobre a saúde das crianças e adolescentes de sua comunidade?

**PARA
REFLETIR**



SAIBA MAIS

É importante que você, profissional de saúde, saiba o conteúdo deste material

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>.

Vídeo da OAB sobre aula de introdução ao ECA. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=wu3hD3-yntU>>.

Programa Saúde na Escola (PSE) – iniciativa instituída em dezembro de 2007, sob a ótica da Iniciativa “Escolas Promotoras de Saúde”, com o objetivo de criar espaços e ambientes saudáveis nas escolas da rede pública de ensino e de integrar as ações de saúde na comunidade educativa. A eSF realiza visitas periódicas e permanentes às escolas para avaliar as condições de saúde dos alunos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2009).

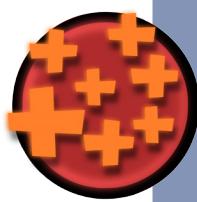
Outra tarefa essencial é a realização de atividades educativas em saúde para crianças e adolescentes, com abordagem compatível com a faixa etária, através de palestras, oficinas de trabalho e vídeos. Destacam-se os seguintes conteúdos: imunizações, parasitoses, doenças alérgicas, doenças respiratórias, hábitos alimentares e nutrição saudável, saúde bucal, uso de álcool e outras drogas, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Linha de cuidado - novo eixo de integralidade na atenção à saúde da criança – Dando sequência à consolidação de políticas e programas de saúde na área da criança, a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade infantil (BRASIL, 2004) que define linhas estratégicas no contexto da integralidade do cuidado. Nesta época, o Ministério da Saúde começou a realinhar as ações de saúde para o eixo denominado “linha de cuidado”, com o propósito de sensibilizar e orientar gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias.

O quê é linha de cuidado?

“A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca articular a produção de cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2012).

A partir de um determinado risco, agravo ou condição específica do ciclo de vida, a ser trabalhada de forma articulada por um dado sistema de saúde, a equipe de saúde busca um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento deste problema e constrói novas formas de organização do processo de trabalho, diretrizes e/ou protocolos clínicos, de modo que o serviço de saúde passe a operar centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços.



SAIBA MAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de educação em saúde: linha de cuidado em doença falciforme. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_educacao_saude_v2.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em :

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf>.

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Saúde da criança: linha de cuidados. Disponível em: <<http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia/Paginas/Linha-de-Cuidado-da-Saude-da-crianca.aspx>>.

Vídeo Múltiplas dimensões do cuidado em saúde. Disponível em: <http://cameraweb.ccuec.unicamp.br/watch_video.php?v=YS49ASH2XGK1>.

Pacto do Milênio - Em setembro de 2000, 189 países membros da Organização das Nações Unidas analisaram os maiores problemas mundiais e firmaram um pacto que ficou conhecido como a Declaração do Milênio. Trata-se de um compromisso universal com a erradicação da pobreza e com a sustentabilidade do planeta, traduzido em oito metas – os 8 Objetivos do Milênio (ODM) – a serem alcançadas pelas nações até 2015:



O Brasil atingiu a primeira Meta de Desenvolvimento do Milênio – a redução pela metade no número de crianças de baixo peso. Se os avanços continuarem no ritmo atual, a quarta Meta de Desenvolvimento do Milênio – redução de dois terços nos coeficientes de mortalidade de crianças menores de 5 anos em 2015 – será alcançada antes de 2015 (BARROS et al., 2010).

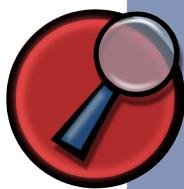
Você conhece os indicadores de saúde infantil da sua comunidade ou região?

A taxa de mortalidade infantil (0–11 meses) no Brasil continua em declínio, passando de 31,7%, em 1999, para 22,5%, em 2009, o que corresponde a uma queda de 29,0% no período, mas que ainda é considerada elevada em comparação às taxas dos países desenvolvidos. As mortes neonatais foram responsáveis por 68% das mortes infantis, ou seja, dois terços dos óbitos infantis. À medida que a mortalidade infantil melhorou, a saúde neonatal passou a ser mais relevante na agenda nacional, tendo em vista o aumento do número de recém-nascidos pré-termo (IBGE, 2010).

A mortalidade de crianças entre 1–4 anos também foi reduzida, de cerca de seis mortes por 1.000 nascidos vivos em 1980 para três mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000, mantendo-se estável a partir desse ano. Apesar de todo progresso, a mortalidade de crianças menores de 5 anos ainda é sete vezes maior que em países com os menores coeficientes (IBGE, 2010).

A expansão da atenção primária à saúde, por meio do SUS e de dois de seus programas: o de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, tem trazido benefícios para a saúde das crianças menores de 5 anos. Vários estudos realizados no nível municipal sugerem que o PSF teve um efeito positivo sobre a

mortalidade infantil, especialmente pela redução de mortes relacionadas à diarreia e às pneumonias (VICTORA et al., 2010).



FIQUE DE OLHO

Apesar de a maioria dos indicadores de saúde no Brasil mostrar progressos, alguns demonstram piora. Uma revisão sistemática de estudos de base populacional de nascimentos pré-termo mostrou que a prevalência aumentou cerca de 4%, no inicio dos anos 1980, para mais de 10%, após o ano 2000. A prematuridade é a principal causa de mortes infantis no Brasil e seu aumento tem anulado os avanços conseguidos na sobrevida de recém-nascidos de baixo peso por conta das melhorias na atenção neonatal. A contribuição das intervenções médicas, como as cesarianas, para o aumento dos nascimentos pré-termo tem sido bastante discutida no Brasil, porém os resultados dos estudos são ainda inconclusivos quanto uma associação entre cesariana e prematuridade (IBGE, 2010).

Quais as principais causas de morte de crianças no Brasil?

Em 2007, as principais causas de morte de crianças brasileiras foram: acidentes (21%), infecções respiratórias (15%) e outras doenças infecciosas (13%), como diarreia, septicemia, infecções virais e meningites. A mortalidade por causas perinatais caiu pela metade (47%), em comparação com o ano de 1990, enquanto a taxa por má-formação congênita permaneceu estável nesse período. Os maiores decréscimos na mortalidade infantil por causa específica foram observados para diarreia e infecções respiratórias, com reduções de 92% e 82%, respectivamente, entre 1990 e 2007(VICTORA et al., 2011).

Entendendo as mudanças nos indicadores de saúde

As razões para o progresso alcançado pelo Brasil incluem: modificações socioeconômicas e demográficas (crescimento econômico, redução das disparidades de renda entre as populações mais ricas e mais pobres, urbanização, melhoria na educação das mulheres e redução nas taxas de fecundidade); intervenções externas ao setor de saúde (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento); programas verticais de saúde nos anos 1980 (promoção da amamentação, hidratação oral e imunizações); criação do Sistema Nacional de Saúde (SUS), mantido por impostos e contribuições sociais, cuja cobertura foi expandida para atingir as áreas mais pobres do país por intermédio do Programa de Saúde da Família, na metade dos anos 1990; e a implementação de vários programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e nutrição infantil e, em menor grau, para a promoção da saúde das mulheres mortalidade de crianças menores de 5 anos ainda é sete vezes maior que em países com os menores coeficientes Aliadas a várias iniciativas do setor de saúde para reduzir a mortalidade infantil, as mudanças sociais e econômicas contribuíram para o fato de que o Brasil tem, hoje, uma razão

entre o coeficiente de mortalidade infantil por renda per capita que se aproxima do valor esperado, de acordo com a relação existente entre os dois indicadores, mensurados em vários países do mundo (VICTORA et al., 2011, p.32).

Apesar dos muitos progressos, desafios importantes ainda persistem, incluindo: os atuais problemas familiares e sociais, os problemas escolares e de comportamento, a violência e os maus-tratos, a obesidade por conta de hábitos alimentares inadequados, o consumo de álcool e drogas ilícitas de forma precoce e abusiva, o risco da atividade sexual cada vez mais cedo e sem proteção, entre outros.

Referências Bibliográficas

BARROS, Fernando C.; MATIJÁSEVICH, Alicia; REQUEJO, Jennifer Harris; et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward millennium development goals 4 and 5. *Am J Public Health*, 100(10): 1877–89, out.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

I

NSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas, número 27, 2010.

VICTORA, Cesar G.; AQUINO, Estela M.L.; LEAL, Maria do Carmo; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARROS, Fernando C.; SZWARCWALD, Célia L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, Série Especial (Saúde no Brasil):32-46, maio 2011.

Lição 8 – Imunização da Criança e do Adolescente

Gilvânia Feijó

Essa lição aborda os aspectos conceitos básicos relacionados ao sistema imunológico e ao processo de imunização, com vistas a subsidiar as ações profissionais da saúde das eSF nas atividades relacionadas à imunização. A inclusão dos conteúdos relacionados aos processos básicos da imunologia nessa lição se justifica diante da inexistência dessa disciplina em muitos currículos da área de saúde.

Introdução

Entendemos que a imunização, conteúdo a ser aprofundado neste módulo tem extrema importância na prevenção de doenças. O uso racional e oportuno das vacinas existentes é a melhor arma no combate a doenças endêmicas e/ou epidêmicas. Mostra-se, como exemplo real, a total erradicação mundial da varíola graças à vacinação em massa, bem como a erradicação, mais recente, da poliomielite no Brasil.

Objetivos Específicos

- Propiciar o conhecimento sobre os conceitos, definições e referenciais relacionados ao sistema imunológico e à imunização;
- Promover a reflexão sobre importância do processo de imunização na prevenção de doenças em crianças e adolescentes;
- Propiciar o conhecimento sobre o calendário vacinal da criança e do adolescente;
- Apresentar a finalidade, esquemas e coberturas vacinais para o controle e erradicação de doenças imunopreveníveis na infância e adolescência;
- Discutir sobre a ocorrência de eventos adversos pós-imunização.

Conhecendo os aspectos fisiológicos do sistema imunológico

O **sistema imunológico** é constituído por uma complexa rede de células e moléculas dispersas por todo o organismo e se caracteriza biologicamente pela capacidade de reconhecer especificamente estruturas moleculares ou抗ígenos e desenvolver uma resposta efetora diante destes estímulos, provocando a sua destruição ou inativação.

Essa rede representa uma defesa contra microrganismos que penetram no organismo (desafios exógenos) ou contra células alteradas que diariamente surgem no nosso corpo a partir de mitoses anormais (desafios endógenos), tendo função essencial contra o desenvolvimento de infecções e tumores. Ele também é responsável pela “limpeza” do organismo, ou seja, a retirada de células mortas, a renovação de determinadas estruturas, rejeição de enxertos, e memória imunológica.

Esta capacidade de defesa do sistema imunológico é realizada a partir da ativação de células apresentadoras de抗ígenos, linfócitos produtores de anticorpos, linfócitos citotóxicos ou produtores de citocinas, dentre outras.

De forma didática o sistema imunológico pode ser dividido em componente celular e componente solúvel. O componente celular está formado por diferentes populações linfocitárias e por células acessórias que possuem características morfológicas e funcionais muito heterogêneas.

Resposta Imune Inata e Resposta Imune Específica

O nosso organismo possui mecanismos de defesa que podem ser diferenciados quanto a sua especificidade, ou seja, existem mecanismos específicos contra o antígeno e os inespecíficos que protegem o corpo de qualquer material ou microrganismo estranho, sem que este seja específico.

O organismo possui estruturas constituintes da **imunidade inata** e obviamente são inespecíficas, como a barreiras formadas pela pele (queratina, lipídios e ácidos graxos), a saliva, o ácido clorídrico do estômago, o pH da vagina, a cera do ouvido externo, muco presente nas mucosas e no trato respiratório, cílios do epitélio respiratório, peristaltismo, flora normal, entre outros.

Se as barreiras físicas, químicas e biológicas do corpo (primeira linha de defesa) forem vencidas, o combate ao agente infeccioso entra em outra fase. Nos tecidos, existem células que liberam substâncias vasoativas, capazes de provocar dilatação das arteríolas da região, com aumento da permeabilidade e saída de líquido. Isso causa vermelhidão, inchaço, aumento da temperatura e dor, conjunto de alterações conhecido como **inflamação**.

Neutrófilos e monócitos (células da imunidade inespecífica) são atraídos até o local da inflamação, passando a englobar e destruir os agentes invasores (**fagocitose**). Os monócitos teciduais são chamados de macrófagos. Esses dois processos, inflamação e fagocitose constituem a segunda linha de defesa no combate às infecções. São inespecíficos e constituintes da nossa imunidade inata. Entretanto tanto as substâncias inflamatórias como a fagocitose fazem conexão com os processos da imunidade inespecífica do organismo.

A vasodilatação, por exemplo, aumenta a temperatura no local inflamado, dificultando a proliferação de microrganismos e estimulando a migração de células de defesa. Algumas das substâncias liberadas no local da inflamação alcançam o centro

termorregulador localizado no cérebro, originando a febre (elevação da temperatura corporal). Apesar do mal-estar e desconforto, a febre é um importante fator no combate às infecções, pois além de ser desfavorável para a sobrevivência dos microrganismos invasores, também estimula muitos dos mecanismos de defesa de nosso corpo.

Outras substâncias liberadas no local da infecção chegam pelos vasos sanguíneos até a medula óssea, estimulando a liberação de mais neutrófilos, que ficam aumentados durante a fase aguda da infecção. No plasma também existem proteínas de ação bactericida que ajudam os neutrófilos no combate à infecção. A inflamação determina o acúmulo de fibrina, que forma um envoltório ao redor do local, evitando a progressão da infecção. Caso a resposta inflamatória não seja eficaz na contenção da infecção, o sistema imune passa a depender de mecanismos mais específicos e sofisticados, dos quais participam vários tipos celulares. A essa resposta chamamos resposta imune específica.

Resposta Imune Específica

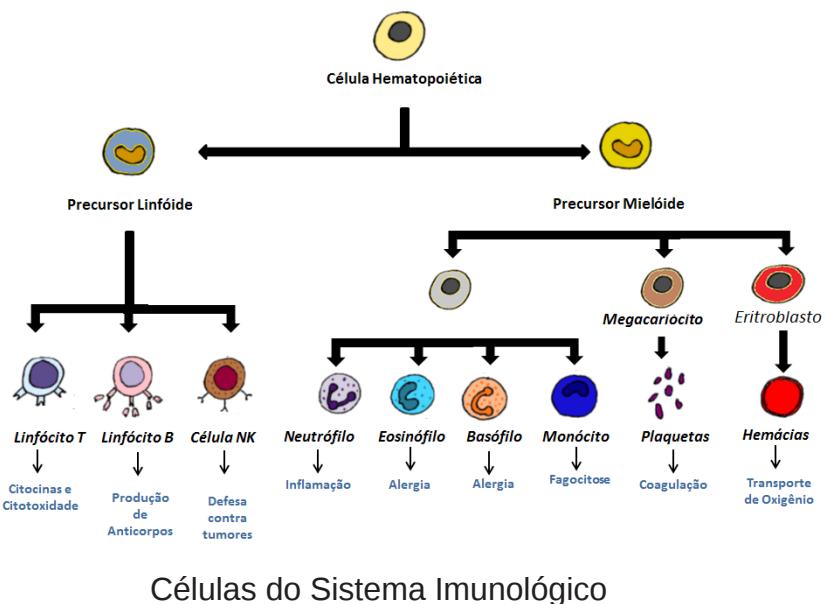
A resposta imune específica apresenta quatro propriedades básicas: sensibilidade, especificidade, diversidade e memória. As células imunológicas são muito **sensíveis** e reagem a pequenas quantidades de抗ígenos e desencadeiam uma intensa mobilização da nossa defesa. Os componentes dessa resposta reagem de forma **específica** ao antígeno, ou seja, a resposta produzida contra um antígeno não protege o organismo contra outro antígeno. O sistema imunológico é capaz de reconhecer milhares de tipos de抗ígenos (ou determinantes antigênicos) diferentes. Essa **diversidade** é individual e genética. Ou seja, cada indivíduo é capaz, geneticamente de produzir resposta imunológica para determinados determinantes antigênicos. Por fim, uma vez que o sistema imunológico tenha entrado em contato com um antígeno ele é capaz de reconhecê-lo por longos períodos de tempo. A essa propriedade chamamos de **memória** imunológica. Essa propriedade constitui o princípio básico dos processos de imunização que serão tratados adiante.

A resposta imune específica é realizada por componentes celulares e componentes humorais.

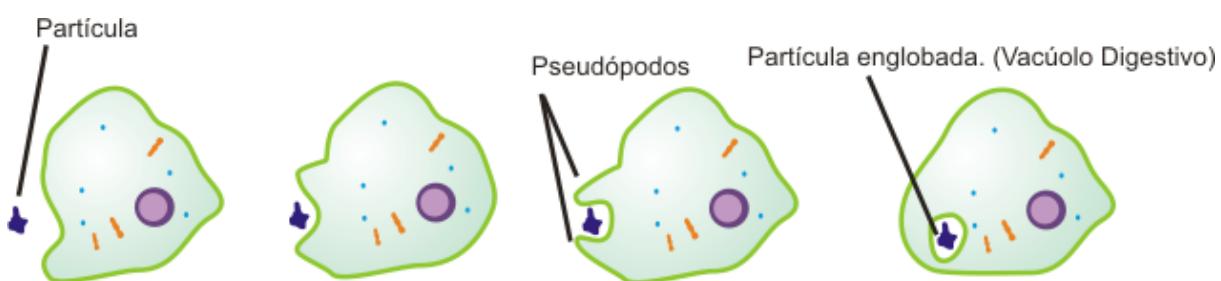
Componentes do Sistema Imunológico

Células do Sistema Imunológico

Todas as células do sistema imunológico, inclusive as inespecíficas são originadas a partir de células hematopoiéticas da medula óssea vermelha, localizada em cavidades ósseas e no tecido ósseo esponjoso, presente em alguns ossos do nosso corpo fêmur, alguns ossos do crânio, o osso esterno e os ossos da cintura pélvica. Na medula óssea muitas dessas células evoluem para a fase adulta e por meio de vasos sanguíneos, para todo o corpo. Em linhas resumidas a figura abaixo mostra as células formadas a partir da célula hematopoiética da medula óssea com suas funções principais.



Das células acima apenas os Linfócitos T e B são células da imunidade específica. As hemácias transportam oxigênio e não têm função na resposta imunológica. As plaquetas participam do processo de coagulação e as demais células formam a rede responsável pela resposta imunológica inata e específica. Algumas dessas células sofrem amadurecimento na própria medula óssea, outras migram para órgãos como o Timo (Linfócitos T) ou tecidos (monócitos, por exemplo) para sofrerem o processo de amadurecimento. Os monócitos, por exemplo, nos tecidos amadurecem e se transformam em macrófagos, as células fagocitárias mais importantes para nossa imunidade.



Representação esquemática da Fagocitose

Os **macrófagos**, ao fagocitarem um antígeno migram rapidamente para os nódulos linfáticos, onde encontram o ambiente adequado para a apresentação dos抗ígenos.

Os **eosinófilos** e **basófilos** têm um tempo de vida relativamente curto e são produzidos em grande número durante as respostas inflamatórias e nos processos alérgicos.

Linfócitos T

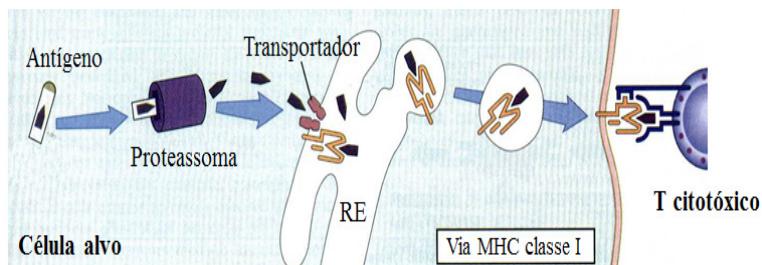
Existem dois principais tipos de linfócito T. Os chamados linfócitos T citotóxicos (LTC) e os linfócitos T auxiliares ou *helper* (LTH). Os linfócitos T citotóxicos quando ativados desencadeiam processos bioquímicos que culminarão com a morte da célula alvo. Os auxiliares, quando ativados produzem citocinas que são hormônios ativadores de todos os processos imunológicos.

Os linfócitos T são células que só são ativados por抗ígenos que tenham sido processados por outras células e estejam ligados ao Complexo de Histocompatibilidade Maior (MHC). O MHC é um complexo de proteínas responsável por expor抗ígenos processados no interior da célula

Existem dois tipos de MHC. O MHC de classe I (MHCI) presente nas superfícies de todas as células nucleadas do organismo e o MHC de classe II (MHCII), presente apenas nas células apresentadoras de抗ígeno (principalmente os macrófagos). O MHC de classe I expõe抗ígenos sintetizados no interior celular como os抗ígenos virais e tumorais. O MHCII expõe抗ígenos extracelulares, oriundos da fagocitose.

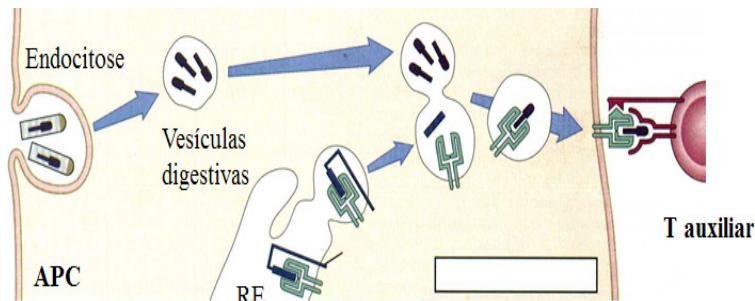
O MHCI complexado ao抗ígeno só é reconhecido pelo linfócito T citotóxico. O MHCII complexado ao抗ígeno só é reconhecido pelo linfócito T auxiliar.

Antígenos intracelulares como os virais e tumorais são processados pelos proteassomas, dirigem-se ao retículo endoplasmático onde se unem às proteínas do MHC I e são expostos na superfície da célula. Antígenos complexados ao MHC I são reconhecidos pelos linfócitos T citotóxicos. Os LTC quando ativados provocam a lise da célula alvo

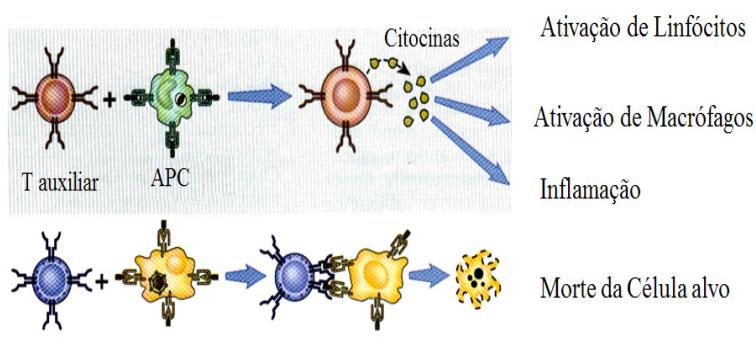


Ativação do Linfócito T citotóxico

Antígenos extracelulares são digeridos por enzimas lisossômicas e, após fusão com vesículas exocíticas contendo complexos MHC II são expostos na superfície da célula. Antígenos complexados ao MHC II são reconhecidos pelos linfócitos T auxiliares, que então produzem citocinas ativadoras do sistema imunológico.



Ativação do Linfócito T auxiliar



Funções efetoras dos Linfócitos T

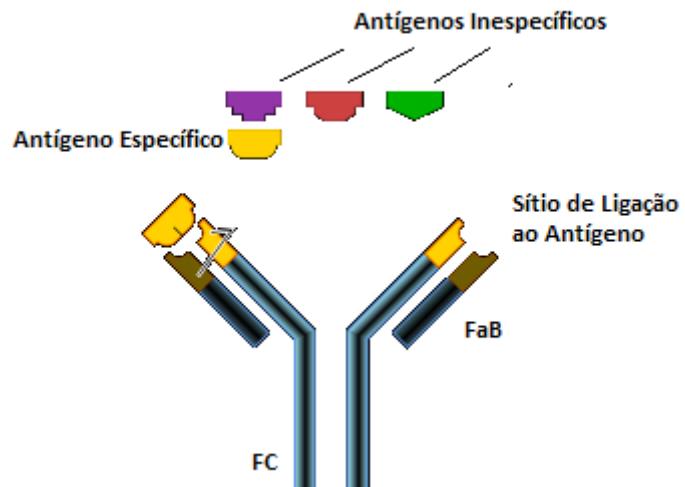
Linfócitos B

Os Linfócitos B quando ativados a partir da interação com os抗ígenos, proliferam e se diferenciam em plasmócitos, verdadeiras fábricas de anticorpos.



Anticorpos

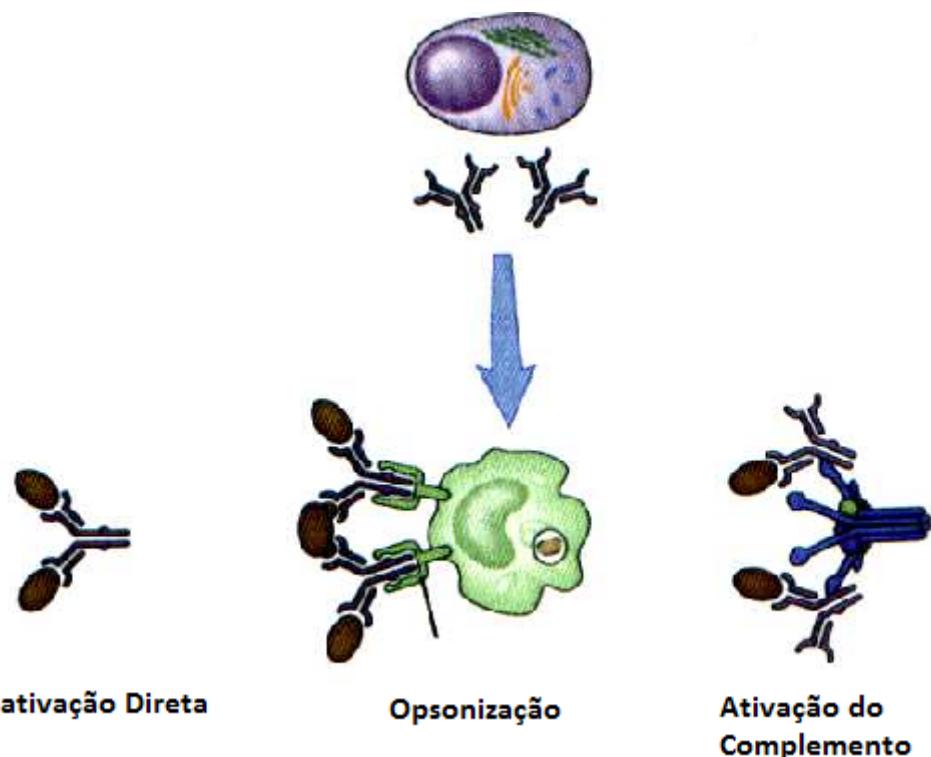
Os anticorpos ou imunoglobulinas são proteínas responsáveis pela nossa imunidade humoral. Essas proteínas são específicas para o antígeno que desencadeou a sua produção. São moléculas em forma de Y cuja base é chamada de Fc (Fração cristalizável) e não tem afinidade pelo antígeno e os braços, que contêm o sítio de ligação ao antígeno. Essas extremidades são específicas para o antígeno e são chamados Fab. Cada anticorpo contém dois sítios de ligação ao antígeno.



Estrutura dos Anticorpos

As principais funções efetoras dos anticorpos são:

- 1. Inativação direta do antígeno:** Muitos agentes patogênicos iniciam a lesão celular pela ligação a receptores específicos da superfície celular. Os anticorpos podem impedir estereoquimicamente esta interação pela ligação a determinantes antigênicos existentes no patógeno.
- 2. Opsonização (recobrimento) de antígenos.** O processo de opsonização facilita a fagocitose, pois as células fagocitárias expressam na sua superfície receptores para o Fc de imunoglobulinas. Por meio desses receptores, quando os anticorpos se ligam e revestem partículas antigênicas, a eficiência do processo de fagocitose é aumentada.
- 3. Ativação do Sistema Complemento.** O sistema complemento é constituído por uma cascata de proteínas que quando desencadeada culmina com proteínas com potencial de lise de membranas. Assim, a ativação do sistema complemento tem função importante na lise de células bacterianas em processos infecciosos.



Funções dos Anticorpos

Há cinco classes de imunoglobulina com função de anticorpo: IgA, IgD, IgE, IgG e IgM. Os diferentes tipos se diferenciam pelas suas propriedades biológicas, localizações funcionais e habilidade para lidar com diferentes抗ígenos. A imunoglobulina IgM é característica da resposta primária, ou seja, do primeiro contato com o antígeno. A IgG é produzida posteriormente e relaciona-se com a memória imunológica.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 4 - Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

Em alguns exames sanguíneos é comum a identificação dos anticorpos IgM e IgG. A IgM é o anticorpo da infecção aguda, positiva nos primeiros dias ou semanas após iniciada a infecção e costuma ficar elevado por alguns meses. A IgG surge mais tarde e pode permanecer presente no sangue do indivíduo por toda a vida. Assim, se em exame de sangue observamos:

- IgM negativo e IgG negativo: significa que o indivíduo nunca entrou em contato com o antígeno;
- IgM positivo e IgG negativo: significa que o indivíduo está com a infecção naquele momento;
- IgM positivo e IgG positivo: Infecção recente
- IgM negativo e IgG positivo: infecção antiga



SAIBA MAIS

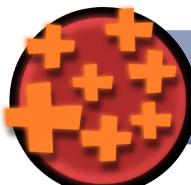
As Imunoglobulinas IgE são aumentadas nos processos alérgicos e as IgAs estão presentes nas secreções presentes nas nossas mucosas e no leite materno. São importantes defesas contra infecções respiratórias.

Você já parou para pensar sobre a presença de anticorpos (imunoglobulinas) no leite materno? Já pensou que, segundo o que você aprendeu as proteínas que ingerimos na alimentação são digeridas antes de sua absorção no intestino? Então, como as imunoglobulinas presentes no leite materno protegem o recém nascido e o bebê e contribuem na defesa do seu organismo?



PARA REFLETIR





SAIBA MAIS

Consulte na sua biblioteca o artigo: Como o leite materno protege os recém-nascidos.

Os Órgãos linfóides e a rede linfática

Os órgãos linfóides são divididos em órgãos linfoides centrais ou primários, produtores de linfócitos (medula óssea vermelha e timo) e órgãos linfóides secundários que desempenham a função de maximizar o encontro entre os linfócitos e os produtos processados pelas células apresentadoras de抗ígenos. Tanto o linfócito B como o linfócito T é originado na medula óssea como foi mostrado anteriormente. Entretanto os linfócitos B também se diferenciam na medula óssea e o linfócito T finaliza sua maturação no Timo. Durante a vida intrauterina, o fígado fetal desempenha o papel que a medula óssea vermelha passa a desenvolver plenamente após o nascimento.

Ambos, linfócito B e T, após a maturação entram na corrente sanguínea e migram para os órgãos linfóides periféricos. São órgãos linfoides periféricos: os nódulos linfáticos, o baço e tecidos linfóides associados às superfícies das mucosas. Os抗ígenos também são carreados dos locais de infecção para os órgãos linfóides. Dentro dos órgãos linfoides o抗ígeno é apresentado para os linfócitos que desencadeiam todos os processos acima descritos.

Imunização

O processo imunológico pelo qual se desenvolve a proteção contra um抗ígeno é chamado de imunização e compreende o conjunto de mecanismos através dos quais o organismo humano reconhece uma substância como estranha, para em seguida metabolizá-la e/ou eliminá-la.

A imunização pode acontecer de forma **passiva** e de forma **ativa**.

A **imunização passiva** pode ser obtida (1) de forma natural pela passagem de anticorpos da mãe para o feto através da placenta. Essa transferência de anticorpos ocorre nos últimos 2 meses de gestação, de modo a conferir uma boa imunidade à criança durante seu primeiro ano de vida; (2) pela transferência à criança de anticorpos produzidos por um animal ou outro homem. Esse tipo de imunidade produz uma rápida e eficiente proteção, sendo, contudo temporária, durando em média poucas semanas ou meses.



FIQUE DE OLHO

A transfusão sanguínea também tem potencial de imunização passiva uma vez que a transferência de produtos sanguíneos (sangue total, plasma, concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, etc) contêm anticorpos.

A **imunização ativa** por sua vez ocorre quando o próprio sistema imune do indivíduo, ao entrar em contato com uma substância estranha ao organismo, responde produzindo resposta imunológica. A imunização ativa acontece de duas formas: (1) pelo contato com um antígeno, normalmente com a ocorrência de uma doença ou (2) pelo processo que chamamos de VACINAÇÃO. Esse tipo de imunidade geralmente dura por vários anos, às vezes, por toda uma vida.

Vacinas

Edward Jenner, médico inglês, foi o primeiro a publicar um trabalho sobre vacinação; por volta de 1798. Ele foi o autor da primeira vacinação, ao descobrir que a inoculação do exsudato do vírus de vacínia (doença benigna) conferia imunidade à varíola. Contudo, quem recebeu os méritos pelo desenvolvimento da técnica foi Louis Pasteur, por volta do ano de 1885, com o desenvolvimento da vacina antirrábica.

Posteriormente à descoberta de Pasteur seguiu-se uma pesquisa ampla e exaustiva de novas vacinas e, com o tempo houve o controle da disseminação de doenças como a poliomielite, a difteria, a coqueluche, o sarampo, a febre tifoide, a cólera, a peste bubônica, a tuberculose, a febre amarela, o tétano, o tifo, a hepatite e a rubéola entre outras doenças, nos países desenvolvidos.

Nos últimos anos, ocorreu um grande incremento no desenvolvimento e uso de imunobiológicos. Os estudos relacionados à identificação e caracterização da estrutura de micro-organismos patogênicos, favoreceram o processo de síntese de componentes desses micro-organismos capazes de estimular a resposta imunológica no organismo agredido ou hospedeiro. Mais recentemente, com a tecnologia do DNA recombinante, houve avanço nas metodologias de produção de vacinas, permitindo a produção recombinante de proteínas dos agentes infecciosos capazes de estimular a resposta.

O êxito da imunização ativa para erradicar as enfermidades infecciosas depende de muitos fatores. Infecções que são limitadas a hospedeiros humanos e que são causadas por agentes pouco infecciosos cujos抗ígenos são relativamente pouco variáveis, normalmente são mais facilmente controláveis pela vacinação. Por outro lado, a variação antigênica, a existência de reservatórios animais ou ambientais da infecção, e a alta infectividade dos microrganismos torna menos provável que a vacinação erradique uma determinada patologia infecciosa (Brasil, 2001).

O Programa Nacional de Imunização



O êxito das Campanhas de Vacinação contra a varíola na década dos anos sessenta mostrou que a vacinação em massa tinha o poder de erradicar a doença. O último caso de varíola notificado no Brasil foi em 1971 e, no mundo em 1977 na Somália.

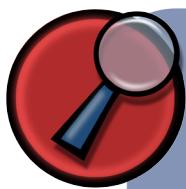
O Programa Nacional de Imunizações – PNI foi formulado em 1973 por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. A proposta básica para o Programa, constante de documento elaborado por técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças (Ministério da Saúde) e da Central de Medicamentos (CEME - Presidência da República), foi aprovada em reunião realizada em Brasília, em 18 de setembro de 1973, presidida pelo próprio Ministro Mário Machado Lemos e contou com a participação de renomados sanitaristas e infectologistas, bem como de representantes de diversas instituições (<http://pni.datasus.gov.br/>)

Em 1975 foi institucionalizado o PNI, resultante do somatório de fatores, de âmbito nacional e internacional, que convergiam para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país. O PNI passou a coordenar, assim, as atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços e, para tanto, traçou diretrizes pautadas na experiência da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), com a prestação de serviços integrais de saúde através de sua rede própria. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76) deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa.

Em seguimento à erradicação da varíola, inicia-se em 1980 a 1ª CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE, com a meta de vacinar todas as crianças menores de 5 anos em um só dia. O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu na Paraíba em março de 1989. Em setembro de 1994 o Brasil recebeu da Comissão Internacional para a Certificação da Ausência de Circulação Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas, o Certificado que a doença e o vírus foram eliminados de nosso continente.



Ao longo do tempo, a atuação do PNI, ao consolidar uma estratégia de âmbito nacional, apresentou, na sua missão institucional precípua, consideráveis avanços. As metas mais recentes contemplam erradicação do sarampo e a eliminação tétano neonatal. A essas, se soma o controle de outras doenças imunopreveníveis como Difteria, Coqueluche e Tétano accidental, Hepatite B, Meningites, Febre Amarela, formas graves da Tuberculose, Rubéola e Caxumba em alguns Estados, bem como, a manutenção da erradicação da Poliomielite.



Destacamos que o objetivo principal do Programa é de oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios e em todos os bairros.

A informatização do PNI foi desenvolvida pelo DATASUS . O Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) é composto por um conjunto de sistemas:

Avaliação do Programa de Imunizações - API.

Registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por unidade básica, município, regional da Secretaria Estadual de Saúde, estado e país. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal.

Estoque e Distribuição de Imunobiológicos - EDI.

Gerencia o estoque e a distribuição dos imunobiológicos. Contempla o âmbito federal, estadual, regional e municipal.

Eventos Adversos Pós-vacinação - EAPV.

Permite o acompanhamento de casos de reação adversa ocorridos pós-vacinação e a rápida identificação e localização de lotes de vacinas. Para a gestão federal, estadual, regional e municipal.

Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão - PAIS.

Sistema utilizado pelos supervisores e assessores técnicos do PNI para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão dos estados.

Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação - PAISSV.

Sistema utilizado pelos coordenadores estaduais de imunizações para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão das salas de vacina.

Apuração dos Imunobiológicos Utilizados - AIU.

Permite realizar o gerenciamento das doses utilizadas e das perdas físicas para calcular as perdas técnicas a partir das doses aplicadas. Desenvolvido para a gestão federal, estadual, regional e municipal.

Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais - SICRIE.

Registra os atendimentos nos CRIEs e informa a utilização dos imunobiológicos especiais e eventos adversos.



As equipes de Atenção Básica constituem-se em importantes aliados do Programa Nacional da Imunização na tentativa de manter crianças e adolescentes brasileiros adequadamente imunizados. Vários fatores têm indicado a necessidade dos Programas de Imunização dedicar maior atenção aos adolescentes, entre eles, a maior gravidade da varicela após os 15 anos de idade e o aumento proporcional do sarampo (Chrousos, 1998).

Bases legais para a Imunização da criança e do adolescente

Calendários de Vacinação

O calendário de imunizações de crianças, adolescentes, do adulto e do idoso foi instituído pela Portaria 1602 de 17 de julho de 2006, que regulamentou:

- a) Que o cumprimento das vacinações será comprovado por meio de atestado de vacinação emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciados para tal fim pela autoridade de saúde competente.

b) Que o comprovante de vacinação deverá ser fornecido pelos médicos e/ou enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde.

c) Que as vacinas que compõem os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso serão fornecidos gratuitamente pelas unidades de saúde integrantes do SUS.

Em 2013 a portaria Nº 1.498, de 19 de julho de 2013 Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.

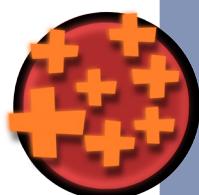
Portaria Nº 1.271, DE 6 de junho de 2014

Essa portaria definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Resolução Nº 21, de 28 de março de 2008

Definiu as orientações e as ações de controle sanitário de viajantes em portos, aeroportos, passagens de fronteiras e recintos alfandegados.

Calendário Vacinal da Criança



SAIBA MAIS

A Caderneta da Criança mostrada anteriormente contém o Cartão de Vacina da Criança onde devem ser registradas todas as vacinas administradas na criança.

O Calendário Vacinal da Criança está disponível em: http://www.sbit.org.br/wp-content/uploads/2013/06/crianca_calendarios-sbit_2013-2014_130621.pdf

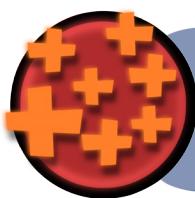
Vacinação na Adolescência, um bem necessário

Os fatores de risco como acidentes, violência, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce são maiores durante a adolescência. Entretanto, historicamente esses índices não foram acompanhados de programas de atenção para a prevenção de doenças entre 12 e 18 anos de idade.

Além da falta de informação da população em geral, o desinteresse por parte dos adolescentes agrava o cenário. Adicionalmente, mesmo tendo conhecimento de ainda ser grande o número de adolescentes suscetíveis às várias doenças para as quais existem vacinas eficazes, pontua-se que são poucos os estudos que apresentam preocupação real com a imunização na adolescência.

Atento a essa necessidade, o Ministério da Saúde ampliou o foco do Programa Nacional de Imunizações, direcionado essencialmente às crianças menores de cinco anos de idade até alguns anos atrás. Ainda assim, a falta de informação e de indicação médica são alguns dos entraves à eficiência da vacinação de adolescentes.

A saúde do adolescente tem como características a priorização das ações e o enfoque preventivo e educativo para o autocuidado. Para que o programa alcance suas metas é necessário que as equipes de saúde conheçam os conteúdos do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e interajam com seu público-alvo, respeitando sua cultura e conhecimentos adquiridos, criando condições para o crescimento adequado (6).



Visite o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente no seguinte endereço: <http://www.saude.df.gov.br/programas/299-programas-saude-do-adolescente.html>

SAIBA MAIS

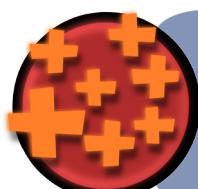
Vale ressaltar, que o crescente progresso científico define como forma de abordagem da saúde uma visão multiprofissional e integral, principalmente tratando-se de adolescentes. Portanto, torna-se indispensável que o profissional de saúde, aproveite as oportunidades das consultas eventuais de revisão e/ou aconselhamento para divulgar o calendário de vacinação, agindo como educador e estimulando o adolescente quanto ao seu autocuidado.

Algumas considerações são relevantes em relação à Imunização do adolescente.

- 1) A maioria dos adolescentes não toma os reforços de algumas vacinas, recomendados nos casos em que a imunização perde o efeito com o tempo, como ocorre com as doses contra tétano e difteria. Em outras situações, a vacina pode não ter sido aplicada em determinado jovem durante a infância pela inexistência da dose na época. A vacina contra a hepatite B é um desses exemplos e deve ser tomada principalmente por prevenir uma doença sexualmente transmissível e evitar o câncer de fígado.
- 2) A Tríplice Viral, que previne contra sarampo, caxumba e rubéola, também merece atenção. Um adolescente com rubéola pode, por exemplo, infectar uma gestante e isso pode causar danos irreversíveis no bebê. Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.
- 3) A vacina tríplice bacteriana para os adolescentes previne contra a coqueluche e as incômodas tosses que a doença traz, devendo ser

reforçada nos jovens. Aqueles que já tomaram as doses DPT ou DT, ou ainda a DT ou TT precisam ser orientados por um profissional de saúde quanto ao esquema de vacinação mais apropriado para evitar a Difteria (D), a Coqueluche (P) e o Tétano (T). Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, deve tomar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 5 anos após a última dose. Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto.

4) Outra doença que pode ser evitada pela vacinação é o HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano), doença sexualmente transmissível recorrente entre os jovens. Se tomadas corretamente e em tempo hábil, as doses contra o HPV ajudam a prevenir desde verrugas genitais ao câncer do colo do útero ou no pênis. Tanto meninas quanto meninos podem tomar a vacina.

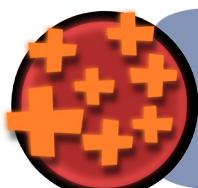


Para saber mais sobre a imunização contra o HPV, consulte na sua biblioteca o artigo sobre “Câncer de útero: a vacina para prevenção do HPV e o desafio para a melhoria da qualidade do rastreamento no Brasil”.

SAIBA MAIS

5) Tal como nas consultas e momentos de vacinação das crianças, é fundamental que os adolescentes coloquem em dia seu Cartão de Vacinas e não se esqueçam de levar o cartão no momento em que forem se vacinar.

A Caderneta de Saúde do Adolescente contém o Cartão de Vacina no qual devem ser registradas todas as vacinas administradas no adolescente. O Calendário Vacinal do Adolescente está disponível na sua biblioteca



Para saber sobre Normas e Procedimentos para Vacinação, consulte na sua biblioteca o Manual, também disponível em: http://infectologia.org.br/pdf/Manual_procedimentos_vacinacao_2014.pdf

SAIBA MAIS



FIQUE DE OLHO

Por fim destacamos que na adolescência, é sempre importante indagar sobre o passado vacinal e tentar obter a documentação específica comprobatória das doses tomadas pelo adolescente. As lacunas individuais podem derivar do não cumprimento de datas agendadas ou ser decorrência da inexistência de algumas vacinas no passado (Chipkevitch, 1997).



ATENÇÃO!

Em 2014 a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical editou uma Nota Informativa com novas recomendações relativas à vacinação contra febre amarela. Em linhas gerais, para crianças e adolescentes:

- Crianças de 9 meses a 5 anos incompletos devem receber 2 doses da vacina, uma aos 9 meses e a segunda aos 4 anos.
- Pessoas a partir de 5 anos que receberam uma dose da vacina antes dos 5 anos devem receber dose de reforço.
- Pessoas que não foram vacinadas antes dos 5 anos devem receber uma dose inicial e uma dose de reforço após 5 anos.
- Pessoas a partir de 5 anos que receberam 2 doses devem ser consideradas vacinadas.

Outras considerações sobre o esquema de vacinação contra febre amarela devem ser consultadas na Nota Informativa disponível em: <http://sbmt.org.br/portal/nota-informativa-sobre-mudanca-do-esquema-de-vacinacao-para-febre-amarela/>.



ATENÇÃO!

Os profissionais de saúde tem o papel importante de coordenação e gestão do processo de imunização, supervisionando cada etapa e fase deste processo, (planejamento, implementação e avaliação), bem como devem ter responsabilidade no processo de educação e conscientização sobre os processos relacionados à prevenção de doenças e vacinação.

Reações Pós Vacinais

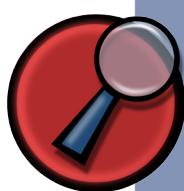
Após mais de 200 anos de desenvolvimento da primeira vacina contra a varíola em 1796, por Edward Jenner, o mundo se encontra frente a uma série de avanços científicos que tem permitido a produção de vacinas mais eficazes e seguras. Entretanto, as vacinas assim como não são 100% eficazes, também não são 100% seguras e, portanto, eventos adversos podem ocorrer após a aplicação das mesmas.

As vacinas são constituídas por diversos componentes biológicos e químicos que, ainda hoje, apesar de aprimorados processos de produção e purificação, podem produzir efeitos indesejáveis. A incidência desses eventos varia conforme características do produto, da pessoa a ser vacinada e do modo de administração.

Algumas manifestações são esperadas após o emprego de determinadas vacinas e, geralmente benignas, correspondem a distúrbios passageiros e a leve desconforto, com evolução autolimitada (exemplo: febre após vacinação contra o sarampo). Raramente, porém, podem ocorrer formas mais graves, levando a comprometimento, temporário ou permanente, de função local, neurológica ou sistêmica, capaz de motivar sequelas e até mesmo óbito. Convém referir que nem sempre os mecanismos fisiopatológicos de tais acontecimentos são conhecidos.

Havendo associação temporal entre a aplicação da vacina e a ocorrência de determinadas manifestações, considera-se possível a existência de vínculo causal entre esses dois fatos. Cabe lembrar, no entanto, que esta associação pode decorrer apenas de uma coincidência.

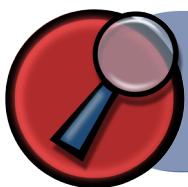
Nesse contexto é preciso que os relatos dos eventos adversos pós-vacinais sejam apreciados numa perspectiva adequada, como instrumento de busca de qualidade dos programas de imunização, sabendo-se que muitos deles consistem em associações temporais em que a vacina muitas vezes não é a responsável. A grande frequência de quadros infecciosos e de natureza alérgica na população, bem como os quadros neurológicos que eclodem com ou sem vacinação, tornam inevitáveis essas associações temporais, especialmente em crianças.



FIQUE DE OLHO

Controvérsias sobre se um evento autoimune (artrite reumatóide, vasculites, neuropatias, trombocitopenia, etc.) é coincidência ou consequência da administração de vacinas virais (principalmente relacionadas às vacinas de hepatite A, hepatite B, tríplice viral, influenza, varicela e poliomielite), levou a uma ampla revisão de todas as publicações sobre o assunto desde 1966 até junho de 2004. Como resultado dessa ampla revisão, os autores concluíram que para a maioria das pessoas (estimado em 99,99%), as vacinas virais não acarretam risco de doenças sistêmicas autoimunes e devem ser administradas com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade de todos os grupos etários (SCHATTNER, 2005).

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (RED BOOK, 2006) “A ocorrência de um evento adverso após imunização não prova que a vacina provocou os sinais ou sintomas. As vacinas são aplicadas em lactentes e crianças durante um período de suas vidas em que certas condições clínicas tornam-se manifestas com maior frequência (por exemplo, distúrbios convulsivos). Uma vez que a associação de um evento adverso com o momento da administração de uma vacina específica, comumente ocorre ao acaso. A verdadeira associação causal requer que o evento ocorra numa taxa significativamente maior em receptores da vacina do que em grupos não vacinados de idade e local de residência semelhantes. Acúmulo fora do habitual, em associação temporal, de um determinado evento adverso com vacinação anterior, reforça a hipótese de associação causal”.



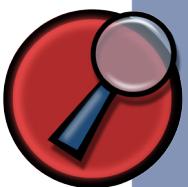
Por isso o termo “evento adverso”, temporalmente relacionado com a vacina é geralmente utilizado, em vez de “reação adversa”, pois a palavra “reação” implica em uma relação de causa com a vacina.

FIQUE DE OLHO

É, portanto, indispensável uma criteriosa avaliação clínica e laboratorial desses casos, para a busca rigorosa do diagnóstico etiológico, com a finalidade de que o evento adverso, a sequela ou mesmo o óbito não sejam atribuídos à vacina, sem fundamentação científica.

É preciso ainda grande cuidado em contraindicar as vacinações, em virtude da ocorrência de eventos adversos. A pessoa não imunizada corre riscos de adoecer, além disso, representa um risco para a comunidade. O público deve ser informado corretamente sobre a ocorrência dos eventos adversos pós-vacinação, evitando-se noticiários sensacionalistas e precipitados, que podem abalar a confiança no programa de imunizações e diminuir as coberturas vacinais, com resultados desastrosos.

O Programa Nacional de Imunizações tem realizado um trabalho intenso no sentido de investigar e elucidar todos os casos, oferecendo esclarecimentos à população e mantendo a credibilidade do programa. Para isso investiu na implementação do Sistema Nacional de Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, unificando as condutas e procedimentos no País. Dentro desse propósito foram instituídas várias estratégias, dentre elas a criação do Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação.



FIQUE DE OLHO

O Manual de Eventos Adversos pós-vacinação do Ministério da Saúde (disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pos-vacinacao.pdf) reforça o propósito da necessidade e a oportunidade de um sistema de vigilância e coloca-se como mais um instrumento para aprimorar o trabalho dos profissionais da área de saúde, disponibilizando informações, diretrizes e orientações quanto à segurança do uso dos imunizantes para toda população brasileira.

Abaixo, resumidamente algumas considerações sobre situações especiais para as quais se deve ter atenção quanto ao adiamento ou contra indicações de algumas vacinas.

Contra Indicações Gerais

As vacinas de bactérias atenuadas ou vírus vivos atenuados, em princípio, não devem ser administradas a pessoas:

- com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- acometidas de neoplasia maligna;
- em tratamento com corticosteróides em dose alta (equivalente a prednisona na dose de 2mg/kg/dia ou mais, para crianças, ou de 20 mg/dia ou mais, para adultos, por mais de duas semanas) ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras.
- grávidas (salvo situações de alto risco de exposição a algumas doenças virais imunopreveníveis, como, por exemplo, febre amarela). Ressalte-se que, mesmo em países onde o abortamento por possível infecção do feto conta com respaldo legal, a vacinação inadvertida durante a gravidez não constitui indicação para a sua interrupção.

Situações em que se Recomenda o Adiamento da Vacinação

- Até três meses após o tratamento com imunodepressores ou com corticosteróides em dose alta. Esta recomendação é válida inclusive para vacinas de componentes e de organismos mortos ou inativados, pela possível inadequação da resposta.
- Administração de imunoglobulina ou de sangue e derivados, devido à possibilidade de que os anticorpos presentes nesses produtos neutralizem o vírus vacinal. Esta recomendação é válida para as vacinas que contém vírus vivo atenuado. Elas devem ser administradas nas duas semanas que antecedem ou até três meses após o uso de imunoglobulina ou de sangue e derivados.
- Durante a evolução de doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis efeitos adversos das vacinas.

Falsas Contra Indicações à Vacinação

- Afecções comuns, como doenças infecciosas ou alérgicas do trato respiratório superior com tosse e/ou coriza; diarreia leve ou moderada; doenças da pele (lesões impetiginosas esparsas; escabiose).
- História e/ou diagnóstico clínico pregressos de tuberculose, hepatite B, coqueluche, difteria, tétano, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola e febre amarela, no que diz respeito à aplicação das respectivas vacinas.
- Desnutrição.
- Uso de qualquer tipo de antimicrobiano.
- Vacinação contra a raiva.
- Doença neurológica estável (exemplo: convulsão controlada) ou pregressa, com sequela presente.
- Antecedente familiar de convulsão.
- Tratamento sistêmico com corticosteróides nas seguintes situações: curta duração (inferior a duas semanas), independentemente da dose; doses baixas ou moderadas, independentemente do tempo; tratamento prolongado, em dias alternados, com corticosteróides de ação curta; doses de manutenção fisiológica.
- Alergias (exceto as relacionadas com os componentes das vacinas).
- Prematuridade ou baixo peso ao nascimento. Nestes casos não se deve adiar o início da vacinação (exceção: vacina BCG – Neste caso verificar orientações no Manual de Eventos Pós Vacinais).
- Internação hospitalar. Esta é uma ótima oportunidade para atualizar o esquema de vacinações, desde que não haja contra indicação formal.



FIQUE DE OLHO

Quando do uso sequencial de vacinas de vírus vivos, deve-se respeitar o intervalo mínimo de 2 (duas) semanas, exceto no caso da vacina contra a poliomielite (que pode ser administrada com qualquer intervalo, antes ou depois de outras vacinas de vírus vivos).

Situações Especiais

Surtos ou epidemias - Na vigência de surto ou epidemia de doenças abrangidas pelo Programa podem ser desencadeadas medidas de controle, tais como vacinação em massa da população alvo (exemplos: Estado, Município, Creches) e que não precisam estar implícitas na Norma de Vacinação (exemplos: extensão da faixa etária, doses de reforço e outras).

Campanha e/ou intensificação de vacinação - São estratégias que visam o controle de doenças de maneira intensiva ou a extensão da cobertura vacinal para complementação do serviço de rotina. Na campanha e na intensificação, as orientações para execução de vacinação são adequadas à estratégia em questão e também não necessitam estar prescritas na Norma de Vacinação.

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) - Às crianças infectadas, reconhecidas por meio de provas sorológicas positivas, poderão ser administradas todas as vacinas previstas no calendário vacinal, conforme o esquema estabelecido. Quanto aos doentes com AIDS, essa mesma conduta é válida, fazendo exceção à vacina BCG, que não deve ser utilizada. Nestes pacientes, a vacina oral contra a poliomielite não é contra indicada; entretanto, havendo a disponibilidade da vacina de vírus inativados, deve-se dar preferência a esta.

Referências Bibliográficas

Abbas AK, Lichtman AH, Pober JS. Inmunología celular y molecular. Madrid: McGraw Hill; 1999.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3^a ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244 p.

BRASIL. Manual de normas de vacinação. 3^a ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 72p.

Chipkevitch E. Imunização ativa na adolescência. J. pediatr. 1997; 73(1):5- 10.

Chrousos GP. Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1998; 851:311–335.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. Seção III: Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. 1^a ed. São Paulo: SMS; 2006. 328p.

