



Pós-Graduação em

Atenção Básica em Saúde da Família

Assistência Multidisciplinar à Saúde

Vol. 1

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Karine Cavalcante da Costa



Assistência Multidisciplinar à Saúde

ERRATA: Devido problemas técnicos, esta página não foi impressa no livro: *Assistência Multidisciplinar à Saúde, volume 1, do Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família - CEAD/UFMS.*

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 10/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar César Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

A848 Assistência multidisciplinar à saúde, volume 1 / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole... [et al.]. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
198 p. : il. ; 30 cm.

ISBN 978-85-7613-325-4
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Política de Saúde. 2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Crianças – Cuidado e tratamento. 4. Família – Saúde e higiene. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama.

CDD (22) 613.043



Assistência Multidisciplinar à Saúde

Volume 1

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Karine Cavalcante da Costa



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE E SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

A Estratégia Saúde da Família é uma das principais políticas do Ministério da Saúde, ela foi implantada para garantir a integralidade da atenção da população, principalmente crianças e adolescentes. Após sua implantação houve redução da mortalidade infantil, e melhoria de outros indicadores de saúde, tais como: redução de internações por pneumonia em menores de 5 anos de idade. Os profissionais que atuam na estratégia tem situação ideal para o enfrentamento dos agravos à saúde e para promoção em saúde da população de sua área de abrangência. Em consequência da vinculação com a clientela, consegue atuar de forma positiva para melhoria das condições de vida de sua população, principalmente das crianças e adolescentes. O ato de cuidar está na dependência de vários fatores, entre eles o conhecimento dos profissionais que atuam na ESF. O Ministério da Saúde tem investido na qualificação dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, visando a qualidade e resolutividade dos serviços prestados.

A Educação à Distância é um recurso valioso neste desafio, levando-se em conta as distancias de nosso País. Neste Curso de Especialização que estamos participando, todos tem agora a oportunidade de ver ou rever o ciclo da criança e adolescente.

O conhecimento da vulnerabilidade da criança e adolescente e das especificidades únicas de suas reações e necessidades, obriga-nos a assisti-los como pessoas únicas, em função de si mesmas e de seu ambiente, com olhos no seu presente e futuro. O cuidado com esta fase da vida, está entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, buscando dar um atendimento humanizado e com qualidade, tornando-os adultos e idosos saudáveis.

Yvone Maria de Barros Weber Prieto
Médica especialista em Medicina de Família e Comunidade

Tratar da questão da assistência multidisciplinar à saúde é um desafio, pois traz à tona a necessidade do trabalho em equipe e do trabalho com uma visão holística, integral do ser humano. Para tanto, há que se envolver o conhecimento de diversas disciplinas, não apenas no campo da saúde, mas também no campo das ciências humanas e das ciências sociais.

Como compreendemos, nos módulos anteriores referentes a esta formação, o conceito ampliado de saúde vai muito além da ausência de doença e insere temáticas como condições de vida, de lazer, de trabalho, de educação, de habitação e de meio ambiente na garantia das condições de saúde. Começamos a ampliar o nosso entendimento da razão para trabalhar a multidisciplinaridade, a transdisciplinaridade e a integralidade do cuidado à saúde.

No final dos anos 70, os programas verticais trabalhavam como formas de enfrentamento de problemas. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (Declaração de Alma-Ata) assumiu compromisso com a promoção da saúde com os países participantes (Guedes, 2006).

Ainda na década de 80, ocorre a implantação dos primeiros programas de atenção básica à saúde definidos com o sentido de integrais. Os dois programas mais significativos do período foram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Guedes, 2006).

Neste contexto, verificamos que, nacionalmente, o país começa a abandonar o modo de trabalhar as Políticas Públicas de Saúde chamadas “verticais” na década de 80, ou seja, aquelas que privilegiavam o trabalho no enfoque da doença, como programas de tuberculose, hanseníase, doenças crônicas, infecções respiratórias agudas e outros tantos, para, a partir daí, começar então a desenvolver ações voltadas à atenção da saúde de sua população através de planejamento, programação voltada ao perfil epidemiológico da área e avaliação das atividades desenvolvidas. A lógica da atenção volta-se ao ciclo vital do ser humano.

Pode-se dizer que o trabalho no enfoque do ciclo vital, abrangendo, por exemplo, o bebê, a criança, o adolescente

e assim por diante, garante uma visão integral das condições de saúde e daquelas que desencadeiam as doenças nos seres humanos.

Vocês terão a oportunidade de conhecer melhor e analisar a multidisciplinaridade em cada um dos ciclos vitais do ser humano, nesta unidade de ensino, e colocar esse conhecimento a serviço da Estratégia de Saúde da Família em que estão atuando.

Verificamos ainda que a assistência multidisciplinar à saúde nos dá a possibilidade de olhar o ser humano numa concepção biopsicossocial, bem como de conduzir a estruturação do cuidado à saúde sob uma visão sistêmica do homem, estratégia direcionada para um trabalho cuja metodologia está centrada estritamente no ser humano, na família, na comunidade.

Já Ricardo Burg Ceccin, 2005, chama atenção para o fato de que a grande área da saúde é integrada por profissionais cujos núcleos de competência (conhecimento, habilidade e atitude) se organizam pelas práticas de assistir e por outras, cujos núcleos de competências integram as práticas de promoção de saúde.

Ceccin aborda a necessidade de que as diversas profissões sejam capazes de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto, valorizando a importância da multiprofissionalidade para a comprovação de uma atenção que se desloque do eixo - recortado e reduzido - corporativo - centrado, para o eixo - plural e complexo - usuário - centrado.

Essa orientação de trabalho em equipe consta tanto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, como das Diretrizes para o Exercício Profissional no Sistema Único de Saúde (Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS).

Para que isso ocorra, precisamos desenvolver a habilidade de trabalhar em equipe, ter o conhecimento das ações em saúde voltadas a cada ciclo de vida e a atitude de promover a assistência integral ao indivíduo.

Este livro é composto por dois módulos: o que apresenta a Assistência Integral à Saúde da Criança, Módulo 1 e a Assistência Integral à Saúde do Adolescente, no Módulo 2. Ambos os módulos fazem a apresentação de temas que precisam ser de domínio de todos os membros da equipe de saúde da família independente do seu núcleo de competência. É fundamental o conhecimento dos temas apresentados para manter a saúde de sua população.

No Módulo 1, apresenta-se a Política Nacional de Atenção à Criança, as Leis de Proteção à criança e discute-se a importância das ações voltadas à prevenção da saúde da criança. Aborda-se a importância de desenvolver a assistência utilizando as Linhas de Cuidados, os principais agravos à saúde deste segmento populacional, bem como os dados de morbimortalidade das crianças em nosso estado. É essencial que você se aproprie destes conteúdos além das orientações gerais voltadas à saúde bucal de nossas crianças. No final do módulo, apresenta-se as ações que devem ser trabalhadas pela equipe de saúde.

No Módulo 2, Assistência Integral à Saúde do Adolescente, aborda-se a Política Nacional de atenção à Saúde do adolescente, as ações estaduais voltadas à atenção à saúde desta faixa etária, assim como as Leis de Proteção ao Adolescente. Apresentaremos as linhas de cuidados para assistir integralmente os adolescentes. O módulo discute os principais agravos à saúde do adolescente, principalmente a violência voltada a este segmento da população. Aborda-se também as orientações gerais voltadas à saúde bucal dos adolescentes. Finalizando com as ações que as equipes precisam realizar para assistir os adolescentes.

Lembrar que a atenção integral à população depende do núcleo de competência específico de cada membro da equipe, da habilidade para desenvolver as atividades voltadas ao perfil epidemiológico da área e da atitude que todos elegemos cuidar da saúde de nossa população. Bons Estudos!

Colegiado Gestor.



Unidade 4 Assistência Multidisciplinar à Saúde

Prefácio	15
Apresentação da Unidade	17

Módulo 1 Atenção Integral à Saúde da Criança

Apresentação do Módulo	25
Seção 1- Contextualização da Política de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno.	28
Seção 2 - As Crianças de Nosso Estado	37
Seção 3 - Linhas de cuidado da Atenção à Criança	43
Seção 4 - Política Nacional de Saúde Bucal	77
Seção 5 - O papel da Equipe de Saúde da Família	91
Considerações Finais.	94
Referências	96
Anexos	101

Módulo 2 Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovens

Apresentação do Módulo	115
Seção 1 - Contextualizando: do Adolescer ao Adolescente	118
Seção 2 - Linha de cuidados para Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.	134
Seção 3 - A difícil travessia: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência	149
Seção 4 - A Saúde Bucal do Adolescente	166
Seção 5 - A Equipe de Saúde da Família e o Adolescente	189
Considerações Finais.	193
Referências	195

UNIDADE 4

ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR À SAÚDE

MÓDULO 1

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

AUTORES

Maria Aparecida da Silva

Fátima Cardoso Cruz Scarcelli

Eduardo Ferreira da Motta

Leika Aparecida Ishiyama Geniole



Sobre os Autores:

Maria Aparecida da Silva

Graduada em Serviço Social, FUCMT, 1984. Especialização: Educação na Área de Saúde, UFRJ, 1985. Mestrado: Saúde Coletiva, UFMS, 1998. Consultora: Organização Mundial da Saúde/OMS, 2001 a 2008. Sanitarista: Secretaria de Saúde/MS, 1979 a 2011. Professora: UNIDERP/ ANHANGUERA, 2009 A 2010.

Fátima Cardoso Cruz Scarcelli

Graduação Serviço Social, FUCMT, 1979. Especialização: Administração Hospitalar, Faculdade São Camilo/SP - 1991. Gerente da Saúde da Criança e Aleitamento Materno - SES/MS

Eduardo Ferreira da Motta

Cirurgião dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, especialista em Odontopediatria, pela Faculdade de Odontologia de Baurú da Universidade de São Paulo - USP, Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, mestre em Dentística, pela Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas - SP, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN, responsável técnico do Setor de Odontologia Hospitalar do Hospital São Julião - Campo Grande, tutor especialista do Curso de pós graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/ Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/ Fiocruz Cerrado Pantanal

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Médica, pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), especialista em Saúde da Família, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). Coordenação Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. FIOCRUZ Cerrado Pantanal/UFMS. Especialista em Medicina do Trabalho, pela Universidade de São Paulo.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, Art. 3.º, p.23, 2008).

Prezado(a) especializando(a), você, mais do que ninguém, sabe que as crianças integram o grupo de maior procura pelos serviços de saúde. Por outro lado, embora a demanda do adolescente seja um pouco menor, tanto este quanto aquelas, juntos, constituem-se em população que merece especial atenção, devido aos agravos à saúde de que são acometidos, em decorrência de suas características peculiares, específicas dessa fase do seu ciclo normal de vida, da interação com outros grupos e influência dos fatores sociais, econômicos e culturais.

Vale destacar que somente após a Segunda Guerra Mundial se pôde vislumbrar algum interesse por parte das políticas públicas pelas questões da infância e adolescência. Nas últimas décadas, esse grupo vem sendo alvo de grande preocupação e de vários estudos.

Segundo Osório (1991), esse interesse é universal e advém de duas circunstâncias principais:

- A explosão demográfica do pós-guerra, que trouxe como imediata consequência o significativo crescimento do percentual da população infanto-juvenil mundial;
- A ampliação da faixa etária, com o reconhecimento das características históricas e socioculturais, antes negligenciadas, pois a adolescência era vista meramente como aquela etapa de transição entre a infância e a idade adulta, que coincidia com o limite biológico da puberdade.

Observa-se, hoje, que as preocupações com o grupo infanto-juvenil extrapolam o interesse apenas cognitivo sobre

uma etapa evolutiva do ser humano, para se estudar, nesta fase da vida, todo um processo de aquisição de habilidades e de transformações pelas quais todos passam necessariamente sem, contudo, perder sua individualidade, já que essas transformações se processam de modos distintos, assumindo significados diferentes, em função do contexto sociocultural e da classe a que pertencem os sujeitos.

Essa preocupação se expressa nos direitos de crianças e adolescentes, que estão contemplados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Resolução nº 44/25 da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1989, e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. A partir desses pilares, o Brasil, através da Constituição Federal de 1988, no art. 227, reafirma:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, [...], além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2008).

Você, então, deve se perguntar: afinal, qual é o corte da faixa etária em que se localiza a criança e o adolescente no contexto populacional? Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criança é a pessoa de zero até onze anos de idade e o adolescente é a pessoa entre doze e dezoito anos. Já para o Ministério da Saúde, criança é a pessoa de zero a nove anos e o adolescente de dez a dezenove anos. Essa divisão em ciclos de vida, adotada pelo Ministério da Saúde, visa atender as especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade.

Com essas referências, fica claro que não é por falta de aparato legal que a criança e o adolescente, mesmo expostos a situações de riscos reais, como a falta de acesso à promoção

e prevenção à saúde, à educação, à moradia com qualidade, ao lazer e desporto etc., não tenham, de fato, a garantia e o acesso aos seus direitos de cidadania. Neste ponto, o SUS dispõe de um conjunto de ações e serviços que visa garantir o acesso de todos, de modo equitativo, à atenção integral. Assim, ele avança em todos os estados e municípios, embora de forma não homogênea, mais consistente na consolidação da rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada.

Diante das considerações acima e das suas responsabilidades como profissional de saúde, espera-se que, ao final deste estudo, você seja capaz de responder aos objetivos:

- Conhecer, compreender e problematizar de forma crítica os pilares do programa e os dispositivos legais e norteadores das ações e serviços de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde da criança e de sua família.
- Compreender a importância da consolidação da Linha de Cuidados de Atuação Integral à Saúde da Criança e de sua família.
- Atuar efetivamente em Rede de Atenção Socioassistencial, garantido a dinâmica e o fluxo da comunicação, informação para organização do atendimento.
- Conhecer os mecanismos para coibir e prevenir a violência contra as crianças.
- Ser capaz de reconhecer a dimensão do trabalho e do atendimento intersetorial e interdisciplinar à criança, entre outros.

Seção 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Esta seção apresenta a Agenda de Compromissos do SUS, dirigidas às crianças e a importância da vigilância dos óbitos infantis. Tem como objetivo maior orientar você na condução de seu trabalho e dar ferramentas para planejar suas ações e avaliar os resultados. Traz ainda as diretrizes da **“Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional”**.

Ao final desta seção pretende-se que você seja capaz de:
Analisar a agenda de compromissos da criança;

Estar apto a utilizar os dados de mortalidade infantil para qualificar suas ações na Atenção Primária à Saúde.

1.1 Agenda de Compromissos

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem, entre as suas funções, a de materializar as demandas específicas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no tocante à promoção do direito à vida e à saúde, mediante a atenção integral à saúde e o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Para a operacionalização, requer-se atenção humanizada e trabalho interdisciplinar articulado em rede socioassistencial. A Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde foi estabelecida a partir das diretrizes para atenção primária, secundária e terciária que visam:

- Diminuir o índice de mortalidade infantil; incentivar o Aleitamento Materno; Acompanhar o Crescimento e o Desenvolvimento/CD;
- Acompanhar as crianças com patologias de risco (RN em situação de risco, portadores de patologias

- respiratórias, anemias, carências, desnutrição, sobrepeso e obesidade);
- Construir o processo de atenção que prioriza a qualidade de vida, a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz, dentre outras.



VAMOS SABER MAIS!

Você teve a oportunidade de conhecer os sistemas de Informações no Módulo de Vigilância em Saúde. Vamos usá-los? Como você já sabe, planejar as ações é fundamental para garantir uma atenção qualificada à sua população.

Prezado(a) especializando(a), como você pode ver, diante de todas as diretrizes de saúde assumidas pelos gestores dos três níveis estão também descritas as suas competências e responsabilidades na consolidação da atenção à saúde da criança.

1.2 Vigilância dos Óbitos Infantis

Vale salientar que essa agenda de compromissos com a saúde da criança se referencia também nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), elaboradas na Assembléia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1996. O Ministério da Saúde regulamentou-a através da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) e ainda, reconhecendo a violência como uma questão importante de saúde pública, estabeleceu a obrigatoriedade para a notificação compulsória dos casos suspeitos e/ ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1.968, 25/10/ 2001 e Portaria

nº 1.863 - GM/2003), que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (Ministério da Saúde, 2010).

Contudo, mesmo com todas essas iniciativas e suportes legais para se ter uma atenção humanizada e qualificada, o SUS se vê, ainda, diante de um grande desafio que é reduzir a mortalidade em menores de cinco anos, a qual ainda apresenta índices elevados.

Mesmo apresentando acentuado e contínuo declínio da taxa de mortalidade infantil em certas regiões, persistem ainda elevados índices em outras regiões do país. As dificuldades para a redução dessa taxa dependem da associação de vários fatores, como: da dinâmica do processo de inclusão social dos segmentos mais pobres da população, do aumento da cobertura de saneamento básico, da melhoria do nível educacional das mulheres e do acesso a ações de proteção da saúde infantil e materna.

A equipe de saúde deve estar alerta, pois esses indicadores são um termômetro que mede a capacidade dos serviços de atenção à saúde da mulher e da criança; mortes precoces podem ser evitadas se os serviços forem resolutivos e com uma vigilância à saúde sensível e qualificada.

Esse declínio da taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos no Brasil, sem sombra de dúvidas, é resultado do aumento da cobertura vacinal, uso da terapia de reidratação oral, expansão da cobertura do pré-natal, ampliação dos serviços de saúde, redução contínua da fecundidade, melhoria das condições ambientais, aumento do grau de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno, conforme dados registrados ao longo desses 20 anos.



VAMOS SABER MAIS!

VEJA NESTE LINK:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32203&janela=1

Há que se reconhecer que os avanços conquistados procedem da adoção das estratégias de atenção integral à saúde da criança e, além disso, pode-se inferir que a ESF também tem a sua cota de contribuição na redução desse indicador em muitos estados. Segundo o relatório da ONU sobre as metas do Milênio, a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu 61,7% entre 1990 e 2010, ou seja, a taxa de mortalidade declinou de 52,04/mil, em 1990, para 19,88/mil em 2010; esse dado demonstra que a mortalidade infantil caiu no Brasil a uma taxa anual de 4,8%, de 1970 a 2010.

Com isso, o Brasil caminha expressivamente para a conquista da redução em dois terços da mortalidade infantil até 2015, ou seja, a meta é chegar à taxa de 14,4 mortes por mil nascidos vivos em 2012, três anos antes da data limite fixada pela Organização das Nações Unidas (ONU). http://www.odmbrasil.org.br/sobre_odm4.

Por outro lado, o referido estudo aponta ainda que, apesar do esforço, o Brasil está em 90º lugar no *ranking* mundial, em confronto com os países desenvolvidos, quanto ao índice de mortes na faixa etária de 0 a 5 anos. Outro dado extremamente preocupante é o de que o Brasil também perde em comparação com outros países em desenvolvimento, como o Chile (6,48), Cuba (5,25), China (15,4), México (16,5), Colômbia (15,3) e Argentina (12,8). <http://www.portalodm.com.br/mortalidade-infantil-no-brasil-cai-61-em-20-anos--n--364.html>

Prezado(a) especializando(a), deve ser do seu conhecimento que a adoção da Declaração do Milênio, em 2000, por todos os

189 Estados-Membros da Assembléia Geral das Nações Unidas, da qual o Brasil é signatário, ao analisar os problemas mundiais, estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), conhecidos também como os “oito jeitos de mudar o mundo”. A Declaração do Milênio reflete as preocupações dos países signatários e determina o compromisso compartilhado com a sustentabilidade do planeta.

Esse Pacto do Milênio estabelece estratégias concretas para medir o desempenho dos países mediante uma série de compromissos, objetivos e metas interrelacionados sobre desenvolvimento, governabilidade, paz, segurança, sustentabilidade ambiental e direitos humanos. Neste contexto, a redução da mortalidade infantil é uma das metas prioritárias. A projeção da redução da mortalidade para o Brasil, em 2015, é de cerca 12,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

Apesar de ser consenso, entre os profissionais do setor de saúde, que as causas dos óbitos fetais são consideradas evitáveis, elas continuam negligenciadas e ainda não são efetivamente incorporadas na rotina da vigilância epidemiológica e tampouco são alvo de investimentos específicos para a sua redução.

A mortalidade perinatal - óbitos fetais e neonatais precoces, com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional - tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução das mortes fetal e neonatal precoces e evitáveis (BRASIL, p.7, 2009).



VAMOS REFLETIR!

Lembre-se! A vigilância do óbito infantil é de responsabilidade do gestor municipal e constitui importante instrumento de identificação das causas e problemas que envolvem a morte de uma criança, frente aos critérios de evitabilidade do óbito, possibilitando a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos e redução da mortalidade infantil, devendo ser essa avaliação realizada através destas medidas: identificação e estudos dos óbitos infantis da área de abrangência da unidade e/ou do município; análise do impacto das estratégias e ações de vigilância epidemiológica empreendidas; discussões e avaliação com os representantes da rede de atenção à saúde da criança e da mulher para identificação das medidas necessárias à prevenção de novas ocorrências.

A seguir conheça alguns dos dados de mortalidade infantil do estado, você vai verificar que a taxa de mortalidade infantil vem decrescendo, mas ainda temos que melhorar a atenção a esta faixa etária. Acesse o endereço <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm#mort>

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMS.def>

Utilize os dados para planejar as ações de sua equipe de saúde. Os indicadores abaixo apresentados tem relação direta com a qualidade da assistência realizada pelas equipes de saúde. Verifique a situação de seu município, compare com os dados nacionais e estabeleça as ações. Estas avaliações precisam ser feitas com periodicidade, que você e sua equipe julgarem pertinentes para avaliar os impactos.

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil
(Brasil, Região Centro-Oeste e Mato Grosso do Sul, 2000 a 2007)

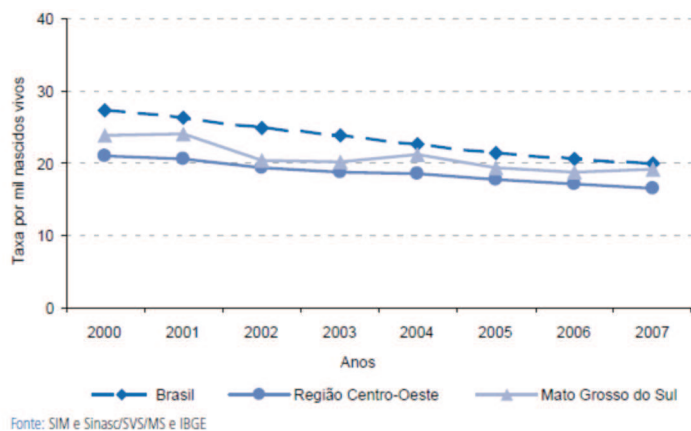


Gráfico 2 - Taxa de Mortalidade Neonatal
(Brasil, Região Centro-Oeste e Mato Grosso do Sul, 2000 a 2007)

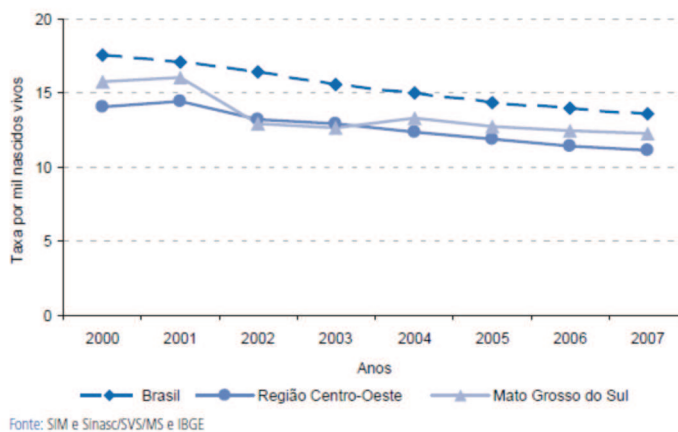
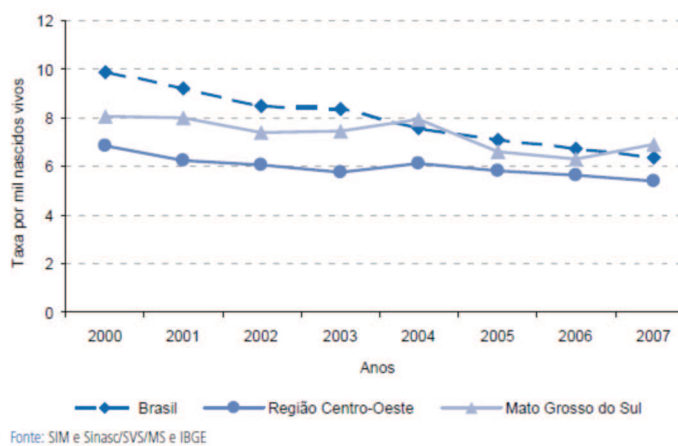


Gráfico 3 - Taxa de Mortalidade pós-neonatal
(Brasil, Região Centro-Oeste e Mato Grosso do Sul, 2000 a 2007)



1.3 Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis

O Ministério da Saúde vem incentivando o fortalecimento de ações e políticas públicas voltadas para a Primeira Infância, denominadas **“Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional”**.

O pilar dessa estratégia é o reforço do Programa de Aceleração do Crescimento na área da Saúde (PAC Saúde / Mais Saúde). É mais uma das iniciativas nacionais para redução das desigualdades e promoção da saúde, centralizada na primeira infância. Ela foi publicada no Diário Oficial da União, de 9 de outubro de 2009.

A perspectiva dessa estratégia é ir muito além da preocupação somente com a sobrevivência da mulher e da criança. A ação centra no crescimento e desenvolvimento integral da criança, com novas ofertas de cuidado aliadas às ofertas tradicionais dirigidas a esses dois segmentos.

A articulação e a construção dessas novas ofertas, como uma política transversal, contemplam ações em comum de áreas e setores do Ministério da Saúde - e dele com o da Educação, o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o da Justiça -, privilegiando a Câmara de Políticas Sociais do Gabinete Civil da Presidência da República. Dentre os desafios estão a garantia de vida da mulher e do bebê e a diminuição da taxa de mortalidade - atenção ao pré-natal, ao parto e ao aleitamento materno. Veja seus desdobramentos a seguir:

- Pré-natal: ampliação da captação precoce (a meta é atingir 90% das mulheres) em no mínimo 4 consultas, atenção diferenciada e continuada às mulheres em situação de vulnerabilidade ou risco, tais como: adolescente grávida, mulher com transtorno depressivo, indígena, usuária de álcool, tabaco e outras drogas, deficiente e em situação de prisão.

- Parto: garantia de parto normal e humanizado. Ampliação do vínculo entre as equipes da Saúde da Família e as equipes das maternidades; garantia de acompanhante no trabalho de parto, no parto e no puerpério.
- Puerpério: garantia do aleitamento materno na primeira hora de vida, quando possível, aleitamento materno exclusivo por seis meses e continuado por dois anos ou mais; garantia de atenção aos bebês que nascem com deficiências ou as adquirem.
- Ampliação das ações de promoção da saúde e educação em saúde, visando à diminuição, nesta etapa, das vulnerabilidades da mulher e do bebê à violência. Isso engloba o **planejamento familiar** e a atenção ao uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras drogas).
- Capacitação da família e de equipes de referência no manejo de situações de depressão puerperal; inclusão do pai e da comunidade local.
- Criação e/ou fortalecimento de dispositivos de interação interministerial para o aprimoramento das políticas voltadas à primeira infância (Educação, Justiça, Desenvolvimento Social, Direitos Humanos, Trabalho, Esportes etc.), contando com os segmentos da sociedade civil organizada e demais setores governamentais para este fim.
- Construção de processos de formação de cuidadores - pais e avós, profissionais da saúde, da educação (de creches e escolas), tanto em conteúdos formais de processos de desenvolvimento de habilidades, como a partir de analisadores sociais e institucionais, entre outros.

Seção 2- AS CRIANÇAS DE NOSSO ESTADO

Nesta seção você irá conhecer alguns aspectos de morbimortalidade em nosso estado. Ao final desta seção pretende-se que você conheça a importância de conhecer os dados de morbimortalidade para atuar de maneira adequada em sua área de abrangência.

Para começar a trabalhar com esta população é necessário conhecer os dados demográficos e os dados de morbimortalidade. Acesse, em sua biblioteca virtual, o documento intitulado: MS-Mato Grosso do Sul- Geral.

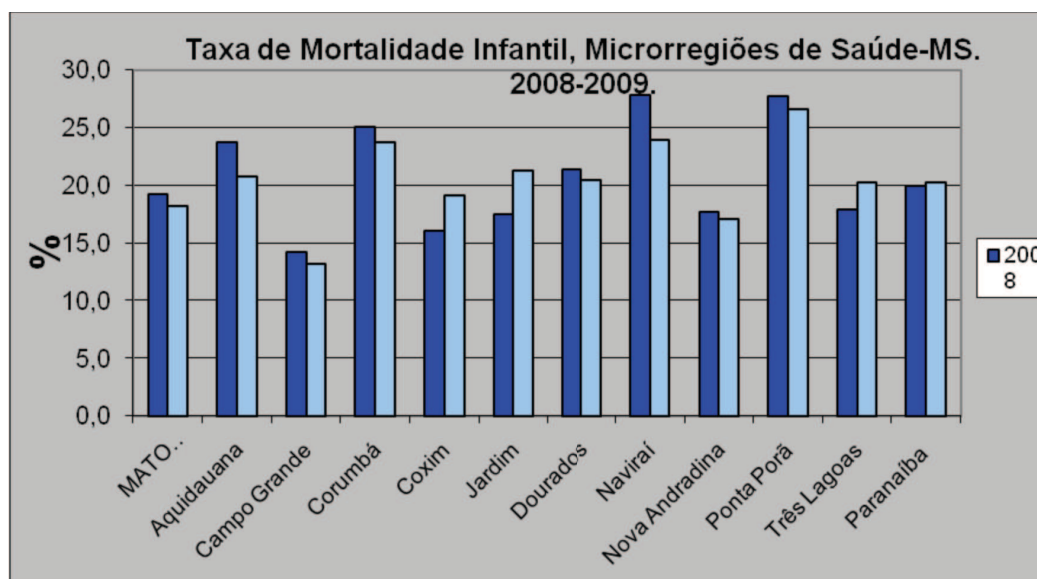
Tabela 1 - Distribuição da População por faixa etária e sexo

POPULAÇÃO SEGUNDO O SEXO E FAIXA ETÁRIA, MATO GROSSO DO SUL, 2009.

Município-MS	<1 ANO		1 A 4		5 A 9	
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
Total	20.602	19.674	83.950	80.168	106.023	101.700

Fonte: SES, 2010

Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade Infantil, Microrregiões de Saúde-MS.



Fonte: SIM/SES/MS, 2008 e 2009.

Observa-se que, entre os períodos de 2008 e 2009 (dados da RIPS/MS), a taxa de mortalidade infantil mostrou um padrão relativamente estável, com registros de pequenas oscilações.

Quadro 1 - Mortalidade proporcional por grupo de causas Mato Grosso do Sul, 2010, frequência por faixa etária segundo causa (CID10).

Causa (CID10 10D)	Faixa Etária					Ignorado	Total	% Total
	<01	01 - 04	05 a 14	15 - 49	50 e +			
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	32	28	7	192	286	2	547	4,15
II. Neoplasias (tumores)	4	14	10	323	1.696	0	2.047	15,54
III. Doenças sangue órgão hematológicos e transtornos imunitários.	0	3	3	13	59	0	78	0,59
IV. Doenças endócrino-nutricionais e metabólicas	7	7	1	75	731	0	821	6,23
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	57	97	0	155	1,18
VI. Doenças do sistema nervoso	6	5	18	65	226	0	320	2,43
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	1	0	0	1	0,01
IX. Doenças do aparelho circulatório	5	4	4	432	3.756	0	4.201	31,89
X. Doenças do aparelho respiratório	28	16	8	109	1.263	0	1.424	10,81
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	1	4	173	496	0	680	5,16
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	1	8	26	0	37	0,28
XIII. Doenças do sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	0	0	2	22	30	0	54	0,41
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	2	1	25	257	0	287	2,18
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	28	0	0	28	0,21
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	303	0	1	0	0	0	304	2,31
XVII. Malf. Cong. Deform. e anom.. cromossômicas	115	7	3	5	0	0	130	0,99
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exame clínico e laboratorial	10	4	4	47	124	6	195	1,48
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	26	26	42	1.267	495	8	1.864	14,15
Total	545	119	109	2.841	9.542	16	13.172	100,00

Fonte: SIM/DGVS/DIS/SES/MS.

Quadro 2 - PRINCIPAIS CAUSAS BÁSICAS DE MORTALIDADE
INFANTIL EM MATO GROSSO DO SUL - 2009 a 2010.

CAUSAS ÓBITOS INFANTIS	TOTAL	CAUSAS ÓBITOS INFANTIS	TOTAL	% Redução das causas
2009	*749	2010	*487	
P36 Septicemia bacter. do recém-nascido	65	P36 Septicemia bacter. do recém-nascido	36	44,6%
Q24 Outras malformações cong. do coração	47	Q24 Outras malformações cong. do coração	21	55,3%
P22 Desconforto respirat. do recém-nascido	42	P22 Desconforto respirat. do recém-nascido	32	23,8%
A09 Diarreia e gastroenterite orig. infecc. presum.	36	A09 Diarreia e gastroenterite orig. infecc. presum.	19	47,2%
J18 Pneumonia p/microorg. NE	35	J18 Pneumonia p/microorg. NE	15	57,1%
P01 Fet. rec-nasc afet complic maternas gravidez	32	P01 Fet rec-nasc afet complic maternas gravidez	26	18,7%
P24 Sindr. de aspiração neonatal	31	P24 Sindr. de aspiração neonatal	18	41,9%
P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	29	P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	18	37,9%
P02 Fet rec-nasc afet compl plac cord umb membr.	24	P02 Fet rec-nasc afet compl plac cord umb membr.	13	45,8%
P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	22	P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	18	18,0%
P03 Fet rec-nasc afet out compl trab parto	22			
P21 Asfixia ao nascer	21	P21 Asfixia ao nascer	18	14,2%
P39 Outr infecç. específicas do período perinatal	19	P39 Outr infecç. específicas do período perinatal	13	31,5%
P29 Transt. Cardiovasc. orig. período perinatal	15	P29 Transt. Cardiovasc. orig. período perinatal	12	20%
Q79 Malformações congen. sist. osteomuscular NCOP	15			
		P28 Outr afecções respirat. orig. per. perinatal	12	
		Q33 Malformações congen do pulmão	10	
		P96 Outr afecções originadas período perinatal	10	
OBS1: * Número de óbitos/Ano				
OBS2: O componente neonatal continua representando mais de 60% dos óbitos infantis.				

Dentre as principais causas de mortalidade infantil, no período 2009-2010, com dados parciais do SIM/MS (atualizados em 08/12/2010), verifica-se que o percentual de diminuição em número de óbitos foi de 34% e compara a causa básica predominante (CID-10 - P36); essa redução é de 44,6%, assim como evidencia as demais causas, conforme consta no quadro supra.



VAMOS SABER MAIS!

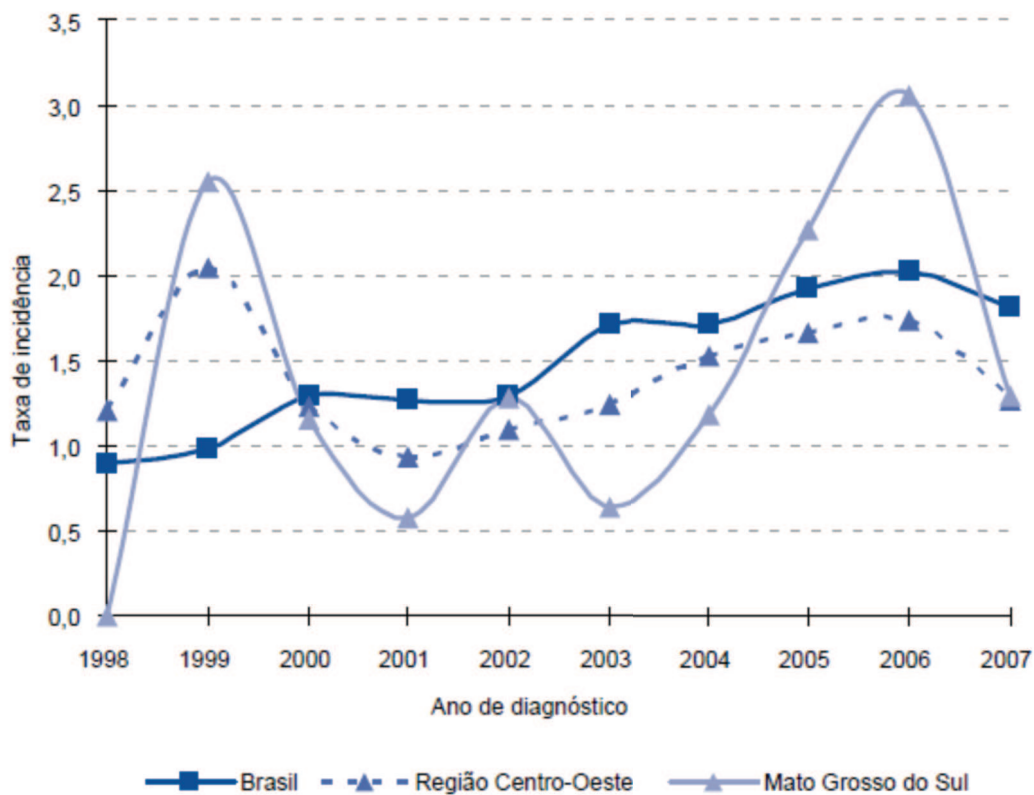
Ainda ocorrem óbitos por diarreia no estado. Verifique os dados de seu município. Todos os dados a seguir foram extraídos deste endereço. Conheça o site e planeje as ações de sua equipe utilizando-se destas informações.

Acesse: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMS.def>

Você irá verificar que em janeiro deste ano, 6,9% dos óbitos em menores de 5 anos foram causadas por doenças diarréicas; 48 crianças foram internadas por pneumonia e 27 crianças menores de 5 anos foram internadas por desidratação, registros extraídos do SIAB. Ambas as condições- pneumonias e desidratação - podem ser minimizadas ou evitadas por ações desenvolvidas na Atenção Primária à saúde.

A seguir verifique a incidência e prevalência de outras patologias que podem ser evitadas pela Atenção Primária.

Gráfico 5 - Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de um ano de idade*.



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS, Sinasc/MS/SVS/DASIS

* Casos Notificados no Sinan até 30/06/2008, dados preliminares

Tabela 2 - Número Absoluto de casos notificado de sífilis congênita em menores de um ano de idade*

Brasil, Região Centro-Oeste e Mato Grosso do Sul, 1998 a 2008

Local de residência	Ano de diagnóstico											Total
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Brasil	2.840	3.198	4.131	3.958	3.943	5.218	5.203	5.833	5.901	5.301	1.004	46.530
Centro-Oeste	288	478	287	214	249	282	351	385	384	282	106	3.306
Mato Grosso do Sul	-	107	47	23	51	25	49	94	121	51	38	606

Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

* Casos Notificados no Sinan até 30/06/2008. Dados preliminares

A atenção à saúde da criança, em nosso estado, é realizada nas unidades de saúde da família e nas unidades básicas, com encaminhamento aos serviços de referência quando necessário. Cada município se organiza para prestar atendimento especializado. Veja, no material *banners*, como se organiza a rede de referência e contrarreferência no estado. Você vai encontrar esse material na biblioteca do módulo.

Seção 3 - LINHAS DE CUIDADO DA ATENÇÃO À CRIANÇA

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo: é o que dá sentido à vida (Cora Coralina, poetisa brasileira).

Optar por realizar a atenção à saúde com ênfase em linhas de cuidado pressupõe assumir a responsabilidade de atuar a partir de uma visão integral das dimensões da vida dos usuários. Da mesma maneira, é necessária a visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade dos segmentos dos usuários.

O Ministério da Saúde propõe a organização da assistência de saúde em linhas de cuidado como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção primária e a atenção hospitalar) e a garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contrarreferência responsável, até a recuperação completa do indivíduo. A assistência também deve ser orientada considerando as estratégias apresentadas na sequência.

3.1 Atenção humanizada e qualificada

A humanização, como nos dizeres de Cora Coralina, deve ser *“olhar que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo: é o que dá sentido à vida”*. Trata-se de um enfoque que perpassa todos os momentos da prática em saúde,

do acolhimento ao reconhecimento da gestante e do bebê como sujeitos de direitos, a quem se deve garantir assistência integral. Conforme diz, ainda, a equipe de saúde/MG:

[...] humanizar, na maioria das vezes, é adotar soluções simples e criativas que se traduzem em um atendimento acolhedor, digno e solidário, mantendo sempre a qualidade da atenção [...] Um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito [...] Para a criança, vai favorecer o seu desenvolvimento inicial, proporcionando a integração mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença e da separação dos pais (SES/MG, p. 13 ,2005).

A garantia dos direitos da mulher e da criança passa pelo acesso, pela cobertura integral a suas demandas e pela qualidade da atenção. Para tal, é necessária a reorganização do sistema, com a compreensão da importância de integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, conformando-se uma rede articulada de assistência que responda de fato e de direito à necessidade da gestante e do recém-nascido.

Neste contexto de atuação, em linhas de assistência integral à saúde e na perspectiva da articulação em rede, destaca-se o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e o da Saúde da Família como suporte na identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde no território e como a principal estratégia de fortalecimento da atenção primária, por representarem a porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde traz uma grande preocupação em relação aos pontos críticos da atenção às gestantes. Os estudos vêm demonstrando que mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto. Esse fato é imperativo para organizar um serviço que garanta a referência e contrarreferência da gestante para atenção ao parto, com disponibilidade de meios seguros de transporte

quando necessário, à assistência imediata e de qualidade no hospital-maternidade, além da atenção imediata ao recém-nascido na sala de parto, garantia de alojamento conjunto, acesso à Unidade de Cuidados Intermediários, a Unidades de Tratamento Intensivo, quando necessário, e acompanhamento após a alta.

Atenção! O pós-parto é outro momento de cuidado especial com a mulher e com a criança; os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera e à criança, através da ação “**Primeira Semana Saúde Integral**”.



VAMOS SABER MAIS!

É garantido por lei e é um dos compromissos do SUS que todo recém-nascido tenha prioridade máxima no atendimento e que deve ser acolhido, avaliado e assistido, quando na procura de assistência, em qualquer unidade do sistema, seja unidade de saúde primária, secundária ou terciária. Esse é um dever da equipe de saúde e dos familiares na prevenção de morbidade e mortes infantis evitáveis, já que as patologias do RN evoluem e se agravam com grande velocidade.

A chamada “**Primeira Semana Saúde Integral**” é uma estratégia de atenção à mãe e ao recém-nascido de fundamental importância para a diminuição da mortalidade infantil, considerando que esse período é de grande vulnerabilidade na vida da mulher e da criança. Essa estratégia consiste na primeira visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do enfermeiro no domicílio, na primeira semana após a alta da maternidade,

para avaliação das condições de saúde da mãe e do recém nascido (RN). Fazem parte dos cuidados da Primeira Semana o agendamento e a consulta médica do RN na Unidade de Saúde até o 10º dia de vida.

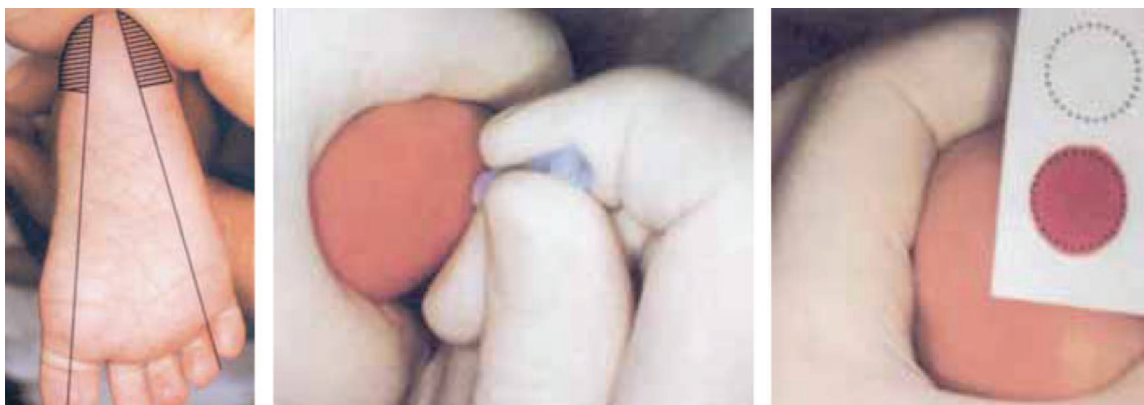
3.2 Triagem Neonatal

A Triagem Neonatal é uma estratégia importante para o diagnóstico precoce de algumas doenças congênitas ou infecciosas assintomáticas no período neonatal e que evoluem desfavoravelmente, levando ao aparecimento de sequelas como, por exemplo, a deficiência mental. O diagnóstico possibilita intervenções que previnem complicações, reduzindo a morbimortalidade e proporcionando melhor qualidade de vida às crianças.

Na oportunidade, deve-se realizar uma boa avaliação das condições de saúde da criança e da mãe, incentivar o aleitamento materno, oferecer apoio às dificuldades apresentadas, como esclarecimentos sobre imunização da criança, agendamento da consulta de pós-parto para a mãe, planejamento familiar e acompanhamento para a criança.

O Ministério da Saúde instituiu, em parceria com os estados e municípios, a realização deste exame, que deve acontecer entre 48 horas e até 30 dias no máximo após o nascimento da criança. O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) prevê o diagnóstico de quatro doenças: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística. Os exames realizados serão aqueles para os quais cada estado está habilitado a fazer, conforme as fases de implantação estabelecidas pelo Ministério da Saúde: Fase I: Hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria; Fase II: Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias; Fase III: Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Figura 2- Processo da Triagem Neonatal, Exame do Pezinho



Fonte: Manual de Normas Técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal. MS, 2004.

A Portaria GM/MS 822/2001 instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal, definindo referências para o acompanhamento desses casos em todos os estados brasileiros. Essa ação envolve não apenas a realização do exame laboratorial para a triagem neonatal, como também inclui também a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento multidisciplinar especializado, o tratamento das crianças detectadas e o envolvimento da família por meio de orientações, ações estas que devem estar garantidas e pactuadas na rede de assistência local/regional, bem como a avaliação de cobertura, do funcionamento e resultados do programa (Ministério da Saúde, 2005).

3.3 Promoção da Saúde e Incentivo ao Aleitamento Materno

A Política Nacional de Aleitamento Materno tem como objetivo promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementado até 2 anos de idade ou mais, visando melhorar a qualidade de vida e reduzir a desnutrição, a mortalidade infantil e as doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta.

As Ações do Aleitamento Materno traduzem-se na edificação de três importantes pilares: a promoção, a proteção e o apoio à mulher e garantia de uma alimentação saudável para a criança. O Aleitamento Materno é uma das ações prioritárias da Saúde da Criança, uma vez que constitui importante fator de prevenção de infecções e mortes infantis e tem impacto extremamente positivo no desenvolvimento da criança.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança e dos esforços de organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um papel extremamente importante na reversão desse quadro. Para tal, ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, considerando sempre os aspectos emocionais, a cultura familiar, a mulher como protagonista do seu processo de amamentar e a rede social de apoio à mulher, entre outros.

3.3.1 Tipos de Aleitamento Materno

A Organização Mundial da Saúde/ OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007a), estabelece alguns conceitos sobre o aleitamento materno, os quais são reconhecidos e utilizados no mundo inteiro. Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- **Aleitamento materno exclusivo** - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de rehidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** - quando a criança

recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas.

- **Aleitamento materno** - quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

No período de amamentação, é difícil para a mulher cuidar do bebê, da casa, do marido e de outros filhos. A família deve se reunir e procurar ajudar a mãe nas tarefas de casa para que ela possa se dedicar ao recém-nascido. Os outros filhos também podem ser envolvidos nos momentos da amamentação, aprendendo, desde cedo, que o aleitamento materno é a forma mais natural e ideal de alimentar a criança pequena. Muitas mães que estão amamentando estão na escola e no trabalho. Os profissionais de saúde podem contribuir para que as escolas e os locais de trabalho da mulher apoiem as mães a manterem a lactação.

Prezado(a) especializando(a), até esse ponto, você pôde ver que garantir a alimentação do bebê com o leite materno demanda trabalho árduo para ambos, mãe e equipe de saúde. Portanto, mãos à massa e siga em frente!

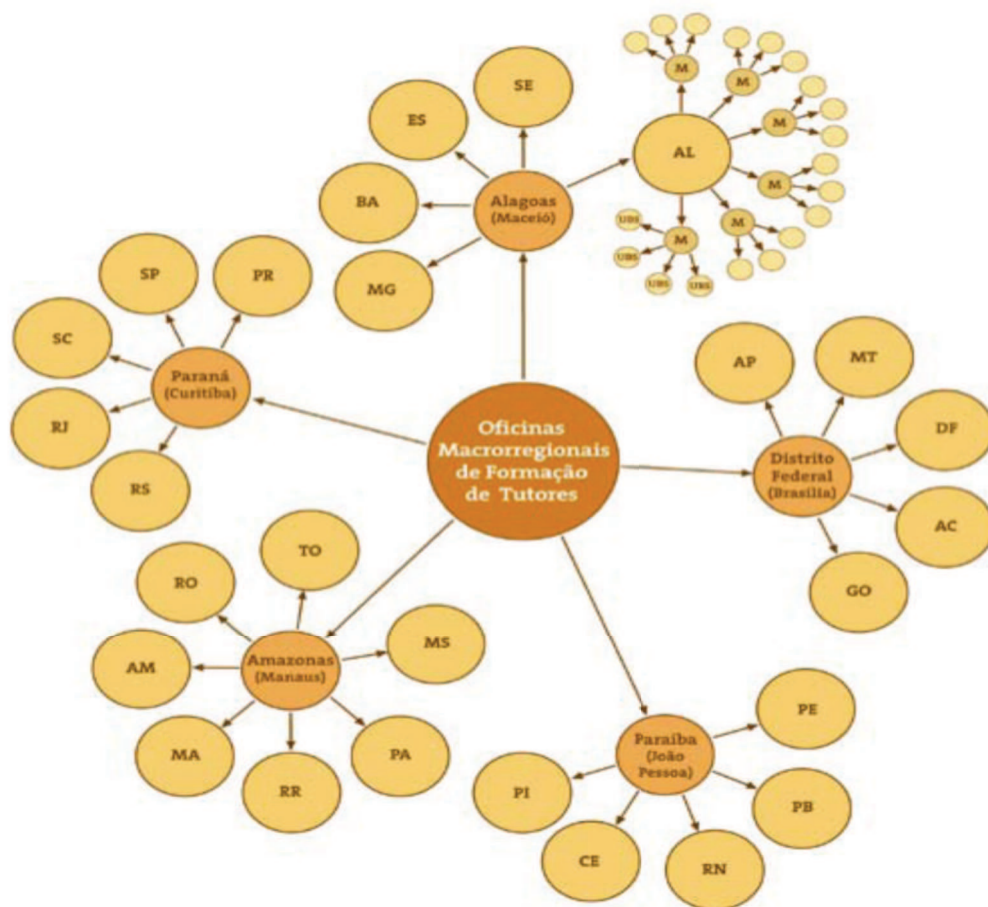
3.3.2 Rede Amamenta Brasil

No Brasil há muitas iniciativas de promoção e apoio ao aleitamento materno, entre elas está a Rede Amamenta Brasil, que é uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Primária à Saúde, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais. Tem como objetivo geral contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país.

A relevância dessa rede está na forma como ela se estrutura nas várias esferas que se interconectam. Está articulada com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. A fim de alcançar seus objetivos - Promoção do Aleitamento Materno - ela realiza a capacitação de profissionais de saúde para que estes utilizem referenciais da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do aleitamento materno, dando-lhes subsídios para auxiliar na formação de novos tutores.

Cada Unidade de Saúde tem a sua disposição um tutor para apoiar as necessidades desta área. Os Textos referentes à Rede Amamenta Brasil, está em sua biblioteca virtual.

Figura 3 - Fluxograma da Difusão da Rede Amamenta Brasil.



Legenda:

UBS = Unidades Básicas de Saúde

M = Municípios

Fonte: Caderno do Tutor da Rede Amamenta Brasil/MS, 2009.

As demais iniciativas para o aleitamento materno compreendem o Hospital Amigo da Criança -IHAC; a Assistência Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso- Método Mãe Canguru; os Bancos de Leite Humano - BLH; a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância; Bicos, Chupetas e Mamadeiras; os Bancos de Leite Humano - BLH e a Semana Mundial de Aleitamento Materno - SMAM.

A Semana Mundial de Aleitamento Materno - SMAM - é uma proposta de Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA), concebida em 1992, com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Trata-se de uma rede mundial que reúne pessoas, instituições e outras redes que trabalham em prol da amamentação. Funciona como um “guarda-chuva” que abriga todos os que atuam nas mais diversas áreas: grupos de apoio às mães, grupos de mães, profissionais de saúde, defensores do Código Internacional para Comercialização de Alimentos para Lactentes, entre outros.

a) Comitê Municipal de Estímulo ao Aleitamento Materno

O Comitê é um colegiado interinstitucional e interdisciplinar que se constitui em importante espaço para a articulação da redução da morbimortalidade infantil e sugere estratégias para uma nova política de saúde que começa com a humanização do pré-natal, do parto ao pós-parto.

O foco dos trabalhos com as gestantes centra-se nas práticas da amamentação e no estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, perpassando ainda pela organização de grupo de apoio às nutrizes, pós-parto, alta hospitalar, referência e contrarreferência de serviços, educação em saúde e sensibilização da população, com propósito de construir uma nova cultura para as ações de promoção da saúde da criança e desmistificar práticas que interferem diretamente no sentir, pensar e agir das populações.

Veja como está a situação de crianças com aleitamento exclusivo em seu município. Acesse o endereço e analise este indicador. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMS.def>

Precisa melhorar? Se for o caso, trabalhe com sua equipe as ações para promover o aleitamento materno.

3.4 Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição

As práticas alimentares e nutricionais no primeiro ano de vida da criança constituem referência importante para a promoção, proteção da saúde e formação dos hábitos alimentares saudáveis. Segundo a política de incentivo ao aleitamento materno, esse período pode ser dividido em duas fases: antes dos seis meses e após os seis meses. Nos primeiros seis meses de vida, recomenda-se que a criança seja amamentada exclusivamente. A partir de seis meses, a criança deve receber outros alimentos complementares além do leite materno.

Na infância, o conhecimento sobre a importância da alimentação adequada e a responsabilização dos pais, cuidadores e demais familiares possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil com qualidade de vida e cidadania. Deste modo, promover saúde durante o ciclo de vida na infância passa, obrigatoriamente, pela monitoração da nutrição, eliminação da fome e dos agravos relacionados ao excesso de peso.

Os estudos sobre essa temática demonstram que há muito a ser realizado ainda para que a população incorpore efetivamente hábitos saudáveis de alimentação. Com relação à alimentação da criança nos dois primeiros anos de vida, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS (BRASIL, 2008a) apontou que a prática alimentar inadequada neste período, particularmente nas populações excluídas - aqui se podem acrescentar as crianças afro-descendentes e as indígenas -, está associada ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes, tais como ferro, zinco e vitamina A.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como eixo estratégico a promoção da alimentação saudável, a ser

executada em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. A Estratégia Nacional tem como propósito incentivar o aleitamento materno e fortalecer as ações de promoção à alimentação complementar saudável, a partir dos trabalhos das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), como atividade de rotina nos serviços de saúde.

Para a materialização dessa estratégia de educação alimentar, deve-se investir na sensibilização das famílias, comunidade e trabalhadores da área de educação, na comunicação e na capacitação de profissionais da saúde, especialmente dos inseridos na atenção primária, enfatizando as orientações nutricionais nos primeiros anos de vida, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar e de qualidade em tempo oportuno, respeitando a identidade cultural e alimentar das regiões onde se trabalha.

Acesse o endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMS.def>

Verifique se em seu município há diagnóstico de desnutrição infantil, em crianças menores de 1 ano. Estas ações precisam ser realizadas com periodicidade, avalie a qualidade da atenção que sua equipe vem desenvolvendo.

3.4.1 Prevenção dos Agravos Relacionados à Alimentação e à Nutrição

As ações de saúde deverão focar com prioridade máxima a prevenção e o controle dos desvios alimentares e nutricionais, por constituírem as condutas mais eficazes para interromper a evolução do sobrepeso, obesidade, diabetes mellitus, anemia por carência de ferro, doenças cardiovasculares e afecções neoplásicas, entre outras.

3.4.2 Redução da anemia por carência de ferro

A anemia por carência de ferro merece destaque. A fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, a orientação nutricional e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (Saúde de Ferro), lançado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 730, de 13 de maio de 2005, constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle e redução da anemia por deficiência de ferro.

O Programa consiste na suplementação medicamentosa preventiva de ferro para crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto ou pós-aborto. Os suplementos (sulfato ferroso xarope, sulfato ferroso comprimido) devem ser distribuídos às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do programa.

3.4.3-Combate à deficiência de iodo

O combate à deficiência do iodo também faz parte da estratégia da promoção da alimentação, no sentido de garantir que todo sal para consumo humano e animal seja enriquecido com iodato de potássio, para o qual serão sistematizadas e implementadas, por regulamentação da Portaria nº. 2.362, de 01 de dezembro de 2005, medidas contínuas de controle da adição, através de parcerias com a Vigilância Sanitária e orientações à população sobre o armazenamento correto do sal para a conservação do teor de iodo adicionado a ele.

Concluindo, na abordagem da alimentação, não se podem ignorar os aspectos culturais e a falta de informação da população sobre esse tema, quesito fundamental para se ter saúde com qualidade e conquistar a cidadania. As práticas e opções das mães e familiares, na escolha dos alimentos dos bebês, estão

cerceadas por crenças, tabus, mitos, aspectos religiosos, entre outros fatores. Desse modo, as opções alimentares das populações sinalizam que estão muito mais vinculadas aos fatores culturais, às exigências tradicionais das suas famílias do que às próprias necessidades de saúde. Esse fato se configura em um dos grandes desafios para o SUS.

3.5 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento/ACD

O crescimento e o desenvolvimento infantil são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico, social e cultural. Representa uma das estratégias eficientes adotadas pelo Ministério da Saúde, a partir de 1984, visando fortalecer os serviços de saúde na atenção à criança. O **ACD** compõe as cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia (promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas).

Esse conjunto de ações constitui o centro da atenção a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde. Elas são executadas a partir de normas técnicas, protocolos, instrumentos operacionais e da capacitação de recursos humanos. O Ministério da Saúde lançou no ano de 2010 uma caderneta editada, contemplando os gêneros (Caderneta da Menina e Caderneta do Menino). A **Caderneta da Criança** é uma ferramenta de trabalho da equipe de saúde e instrumento de avaliação da Saúde da Criança. As informações e gráficos por ela fornecidos representam uma base importante para os serviços para monitorar a saúde da criança, além das orientações destinadas à família. São elas:

Identificação do recém-nascido - se tiver Posto de Registro Civil na maternidade, preencher a Declaração de Nascidos Vivos;

anotar dados sobre gravidez, parto e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, intercorrências clínicas e tratamentos efetuados; orientar quanto à alimentação saudável, suplementação profilática de ferro e vitamina A e direitos da criança; fazer gráfico de peso x idade, de altura x idade e de perímetro cefálico.



VAMOS SABER MAIS!

Acessar: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos: www.saude.gov.br/alimentação

O acompanhamento da criança pela equipe da Atenção Primária, fazendo uso da Caderneta da Criança, conforme preconiza o Ministério da Saúde, permite o desenvolvimento de ações que podem prevenir uma série de problemas e agravos à saúde infantil, bem como proporcionar supervisão e reorganização das ações de promoção, prevenção e educação em saúde para mães e comunidade. Toda a equipe de saúde deve estar apta a realizar esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo visita domiciliar e busca ativa de crianças faltosas ao calendário de **ACD**, a fim de detectar e abordar adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

3.6 Ação de Imunização

A imunização é uma das ações responsáveis por grandes avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis nas últimas décadas, tais como: a erradicação da febre amarela urbana, da varíola, da poliomielite e eliminação da circulação

autóctone do vírus do sarampo. É visível que muito ainda está por ser feito para se atingir a meta de vacinação homogênea em todos os municípios do Brasil e com cobertura de no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano, garantindo, assim, a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis.

Para reduzir as taxas de morbimortalidade e das doenças imunopreveníveis, as estratégias mais eficazes são a vacinação e a vigilância epidemiológica. Para isto, todos os casos suspeitos de doença imunoprevenível ou não imunoprevenível, mas de notificação compulsória, devem ser notificados imediatamente pela equipe de saúde e ou pela comunidade, para que sejam traçadas e executadas as medidas de prevenção e controle.

A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para viabilizar a vacinação de toda a população e manter a vigilância sensível, com capacidade de detectar oportunamente os casos suspeitos de doenças de notificação.

O objetivo central da vigilância à saúde é que, para além da notificação dos casos de doenças identificados, o serviço procure compreender quais foram os fatores que contribuíram para a ocorrência desses eventos e, dessa forma, desencadear as ações locais necessárias para a prevenção de novas ocorrências. É recomendada a vigilância especial na ocorrência do tétano neonatal, da sífilis, da rubéola congênita e da transmissão vertical do HIV, doenças para as quais já estão implantadas as ações de controle, incluindo a disponibilização de exames e medicamentos, conforme orientações protocolares do Ministério da Saúde (Programa de Humanização do Parto e Nascimento e Projeto Nascer).



VAMOS REFLETIR!

Lembre-se! A equipe de saúde não deve perder de vista aquelas pessoas com maior necessidade de atenção. Entre elas estão: o recém-nascido; o recém-nascido de alto risco; criança menor de 5 anos; criança com patologias que demandam acompanhamento e cuidados especiais; criança em risco nutricional ou desnutrida; criança asmática; criança com outras patologias; gestantes e puérperas, entre outras.

Neste cenário, as equipes de saúde devem se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão. Verificar o calendário de vacinas por segmentos no portal da saúde: www.saude.gov.br/vacinacao

Veja o anexo 1- orientações para a Imunização da Criança.



VAMOS REFLETIR!

Quais são as principais demandas das crianças na sua USF? Como você encaminha as ações integradas para dar respostas oportunas a essa demanda?

3.7 Atenção às Doenças Prevalentes na Infância

Quando se fala das principais demandas dos serviços de atenção à saúde da criança, logo vêm à cabeça as doenças diarreicas e as respiratórias. Essa história é antiga, embora no Brasil os avanços relativos à saúde infantil possam ser

verificados com a redução da mortalidade infantil, declínio do número de mortes por diarreias, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis, erradicação da poliomielite e decréscimo da desnutrição nesses últimos 20 anos. Entretanto, elas ainda persistem como graves problemas para a criança, quando associadas à qualidade de vida e ao acesso a políticas sociais.

3.7.1 Doenças Diarreicas Agudas

As diarreias, disenteria e gastroenterites representam grave problema de saúde pública por serem uma das causas de morbimortalidade infantil significativa e prevenível, principalmente em crianças menores de 5 anos, e têm relação direta com a qualidade de vida, falta de saneamento básico e desnutrição crônica, entres outros fatores que interferem na condição de vida e saúde da população.

No âmbito da Atenção Primária, o controle, a notificação e intervenção terapêutica, para proporcionar atenção a crianças com doenças diarreicas, têm suas rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde, destacando-se, entre as ações, a Terapia de Reidratação Oral - TRO e as ações educativas sobre higiene pessoal e domiciliar, como saneamento básico, água tratada e cuidados no manuseio, preparo e conservação de alimentos, entre outros.

O acompanhamento e monitoramento dos casos de diarreia no município são de extrema importância e devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica, sendo uma atividade integrante da Programação Pactuada Integrada da Área da Vigilância em Saúde - PPI-SVS.

3.7.2 Infecções Respiratórias Agudas

A relevância do problema das Infecções Respiratórias Agudas (IRA's) como agravo à saúde da população pode ser mensurada pela elevada mortalidade que esse conjunto de doenças proporciona em crianças com menos de 05 anos e, especialmente, entre menores de 01 ano. Quem está na ponta dos serviços sabe que as doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência e que muitos dos casos se complicam e evoluem para pneumonia.

Desse modo, tais infecções exigem não somente assistência qualificada, como também o trabalho com a família e o acompanhamento contínuo até a resolução completa dos problemas, evitando-se internação hospitalar desnecessária e contribuindo com a redução da taxa de óbitos decorrentes dessa causa. Vale lembrar que a prevenção de doenças respiratórias agudas é fundamental para minimizar a incidência de novos quadros de infecções da mesma natureza.

3.8 Prevenção da Violência e Cultura da Paz

Caro(a) especializando(a), atualmente é corrente a discussão e preocupação com o tema saúde e cultura da paz. O que é a cultura da paz? O que é violência?

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu a cultura da paz, em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida, na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais e na prática da não-violência, por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social.

A paz é definida como um fenômeno complexo que envolve a construção de uma estrutura de relações sociais que exige

justiça, igualdade, respeito, liberdade e ausência de todo tipo de violência. Está relacionada ao desenvolvimento, aos direitos humanos, à diversidade e à cooperação de pessoas, grupos ou nações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde/OMS (2002), a violência é definida como o uso intencional de força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade e que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação física, psicológica, moral, sexual, negligência/abandono, maus-tratos, trabalho infantil e outros.

3.8.1 Violência

A violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo crianças, adolescentes, homens, mulheres durante diferentes períodos de vida ou por toda a vida dessas pessoas. No mundo inteiro, a violência é responsável por adoecimento, perdas e mortes e se manifesta através de ações realizadas por indivíduos, grupos, classes sociais e nações. Ela provoca danos físicos, emocionais e/ou espirituais a si próprio e aos outros.

No Módulo de Vigilância em Saúde, você já teve a oportunidade de discutir os tipos de violência, volte àquele Módulo caso sinta necessidade de rever os conceitos.

Vamos discutir as ações que as equipes de saúde da família têm que desenvolver para prevenir a violência, coibi-la e dar suporte às famílias que são alvo desta situação de risco.

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (ECA, Lei nº 8.069/90/ artigo 5º)

Prezado(a) especializando(a), cabem aqui algumas perguntas: Você sabe quais são os principais locais onde as crianças estão sofrendo violência? Quem são os principais agressores das crianças? Qual é a responsabilidade da saúde com a questão da violência?

No Brasil, em 2006, as causas externas (acidentes e violências) apresentam-se como as primeiras causas de morte entre os adolescentes e crianças a partir de um ano de idade. Entre os indicadores que se configuram como as principais causas de óbito infantil - crianças de zero a nove anos - destacam-se os acidentes de transporte (31,5%), os afogamentos (22,7%) e as agressões/violências, que aparecem como a quarta causa de morte. (Ministério da Saúde, 2010).

Os dados coletados a partir dos serviços de atenção às crianças vítimas de violências e os estudos que abordam essa temática apontam que as crianças estão sendo violentadas no seu próprio domicílio e por pessoas da família e/ou cuidadores, sendo a violência sexual a de maior ocorrência e as meninas as principais vítimas. http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianca_adolescente.pdf

3.8.2-Promoção da Saúde e Prevenção de Violências

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, traz a preocupação com a construção da atenção à saúde da criança e de sua família, priorizando a qualidade de vida por meio da prevenção de violências e estímulo à cultura de paz. Tem como pilar central a atuação sobre os determinantes das doenças e agravos, com investimentos em políticas indutoras de modos de vida, em promotores de saúde e em ambientes saudáveis (BRASIL, 2006a).

A Atenção Integral à criança vítima de maus-tratos e violência deve constar das rotinas dos serviços de saúde, com a promoção de crescimento e desenvolvimento saudável, pela

prevenção de agravos, detecção e abordagem do problema de forma interdisciplinar e articulada em rede socioassistencial, em que a equipe de saúde tem um papel fundamental no cuidado e nos encaminhamentos necessários.

Cabe à equipe de saúde comunicar e referenciar todos os casos suspeitos ou confirmados, de acordo com a realidade local, assegurando o acolhimento, assistência, tratamento, e as articulações efetivas com o Conselho Tutelar, Juizado de Menores, Hospitais, Unidades de Saúde de Referência, Delegacia, Serviço Social, Conselho de Defesa e Direito das Crianças e Adolescentes, Pastoral da Criança, SOS Criança ou outros.

A Notificação de Maus-Tratos contra Criança e Adolescente está regulamentada (PT/GM/MS 1968/2001) e se configura em instrumento importante e obrigatório a ser seguido pelos gestores estaduais e municipais para a implementação do cuidado à criança vítima de violência.

3.8.3 Promoção da cultura de paz

Todos os seres humanos naturalmente têm potencial para amar, para ser agressivo ou para odiar. É preciso abrir o coração e ter sensibilidade para nutrir a capacidade de amar e de ser solidário e compreender os processos de mascaramento dos sentimentos, tais como tristeza, mágoa, insegurança, frustrações que, muitas vezes, expressam-se por condutas agressivas e de canalização da impulsividade. Esse processo interno depende de um trabalho persistente durante toda a vida. Ou seja, significa que é preciso aprender a ter equilíbrio, saber dosar e tomar conta da impulsividade, da raiva, em vez de deixar a raiva tomar conta de si.

É importante ter claro que as pessoas diferem em personalidades, preferências, valores, desejos, necessidades e percepções e, por isso, em alguns momentos, entram em choque.

As diferenças e discordâncias nem sempre são sinônimos de incompatibilidade e o conflito nem sempre é ruim. O que define o conflito como destrutivo ou construtivo é a maneira de lidar com ele. Depende diretamente da eficácia da comunicação e do respeito ao pensar e ao sentir do outro (Ministério da saúde, 2010).

Em se tratando de Crianças e Adolescentes, sabe-se que eles podem ser incentivados e orientados - dentro das famílias, nas escolas, nos serviços de saúde e em outras instituições da sociedade - a se desenvolverem como “construtores da paz”. Pela própria característica dos indivíduos desse grupo, em muitas situações, sentem prazer em atuar com responsabilidade como agentes transformadores da realidade em que vivem.

É fato que trabalhadores sociais da educação, da segurança, da saúde, entre outros, encontram muitas dificuldades no desenvolvimento de seu trabalho e ficam perplexos diante de situações extremamente desafiadoras. As inseguranças dos trabalhadores, muitas vezes, estão relacionadas com a abordagem metodológica, as prioridades, as possibilidades e com a especificidade que cada caso exige.

Porém, quase sempre os caminhos podem estar nos recursos da própria família, da comunidade e dos projetos sociais, ou seja, todos os equipamentos da localidade, sejam eles afetivos, técnicos e/ou materiais, devem estar à disposição para atender às exigências do cuidado às crianças e aos adolescentes. Lembre-se de que, nesse contexto, todas as pessoas têm as mesmas responsabilidades como cuidadoras e provedoras dos recursos contra a violência de que é alvo esse segmento infanto-juvenil.

A violência estrutural ou social diz respeito às diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as diversas formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras (MINAYO, 2009). Aparece naturalizada na sociedade, mas se constitui como solo fértil para as principais formas de relações violentas.

O setor de saúde assumiu, a partir do ECA, o compromisso e responsabilidade para atuar na prevenção, no diagnóstico e notificação de casos de violência. Criou-se, assim, um espaço privilegiado para a equipe de saúde na identificação, acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência e de orientação às famílias das vítimas.

3.8.4 Sinais e Sintomas de Violências Contra Crianças.

Pode-se dizer que o problema da violência, em suas diferentes formas de expressão, de uma maneira geral, tem como alvo a mulher, a criança e o adolescente, e que atualmente deriva, em primeiro lugar, da pobreza e, em segundo, da violação de direitos pela própria família. Esse fato fez com que, nos últimos anos, a sociedade e os gestores públicos centrassem maior atenção a esse tema na formulação das políticas sociais para o segmento da população mais vulnerável à violência (Ministério da Saúde, 2010).

É importante que o trabalhador esteja alerta, pois a violência doméstica é processo de vitimização que pode se prolongar por meses, anos e até mesmo por toda a existência da pessoa. Geralmente exige a cumplicidade do responsável não-agressor e da vítima e, como acontece no espaço privado da família, reveste-se da característica do sigilo, não sendo permitido às crianças e aos adolescentes, sob ameaças, sequer expressar a sua dor e o seu temor. Vários estudos sobre esse fenômeno apontam que crianças e adolescentes maltratados podem facilmente transformar-se em adultos agressores.

Muitas vezes, quando crianças e adolescentes procuram os centros de saúde ou hospitais em decorrência de violência, possivelmente já sofreram maus-tratos menos severos, tidos

como normais dentro das regras familiares e sem que a comunidade soubesse - ou mesmo se tivesse conhecimento, nada fez para coibir. Talvez ainda até tenham frequentado a escola, com visíveis sinais de maus-tratos, sem que ninguém percebesse. A violência contra a criança e o adolescente, quando não reconhecida nem tratada, deixa marcas profundas e irreversíveis por toda a vida.

Quadro 4- Alguns Indicadores da Violência Doméstica Contra Criança

Tipo de violência	Indicativos	Sinais de alerta
Abuso sexual	Queixa de desconforto genital e anal, sucessivas infecções urinárias etc.	Estupro, exploração sexual, incesto, assédio entre outros.
Violência física	Relato de agressões, espancamentos etc.	Queimaduras, cicatrizes, fraturas, hematomas etc.
Violência psicológica	Agressão verbal, terrorismo, castigos, humilhação, indiferença, intimidação, entre outros.	Isolamento, insegurança excessiva, baixa de tônus vital, hostilidade, comportamento muito agressivo ou muito apático etc.
Negligência	Descuido com a higiene pessoal, uso de roupas inadequadas, desnutrição, insônia etc.	Abandono, sucessivos episódios de doenças, falta de vontade de ficar em casa entre os familiares, má nutrição etc.



VAMOS REFLETIR!

Atenção! A identificação de casos de violência contra as crianças não é nada fácil, requer habilidade, sensibilidade e conhecimento para se conquistar o respeito, a segurança e a confiança da criança e/ou da família. Você irá enfrentar uma situação velada, encoberta pelo medo, pelas ameaças, pois os episódios de violência contra as crianças são realizados, principalmente, pelas pessoas que deveriam protegê-las, como: os pais, mães, irmãos, amigos, conhecidos, vizinhos, cuidadores, policiais e outras pessoas que exercem algum poder sobre a criança e na comunidade.

Para os cuidados às crianças vítimas de violência e apoio à família, existe o serviço de referência realizado no Centro de Assistência Psicossocial Infantil (CAPSi), serviço de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referência no tratamento das crianças que apresentam transtornos mentais (psicoses, neuroses e demais quadros), que oferece atendimento à população referenciada e realiza acompanhamento clínico e a reinserção social.

Portanto, as demandas de saúde mental e social relacionadas com a violência contra crianças e adolescentes, como ansiedade, transtornos depressivos, alucinações, baixo desempenho escolar, alterações de memória, comportamento agressivo e violento e tentativa de suicídio, devem ser encaminhadas para o CAPSi.

Por fim, a violência pode gerar problemas sociais, psicológicos, cognitivos durante toda a existência da pessoa, acarretando atitudes e comportamentos prejudiciais à saúde. O grande desafio para enfrentar a violência está além dos segredos e do silêncio da vítima e da família, esbarra-se também

nos aspectos morais, éticos, políticos, culturais e no acesso aos serviços de saúde resolutivos, entre muitos outros.



VAMOS SABER MAIS!

Conheça os textos de Violencia e Linhas de cuidados dirigidas às crianças. Os textos estão em sua biblioteca virtual.

3.9 Triagem Auditiva Neonatal

A deficiência auditiva é considerada por vários estudos como problema sério de saúde pública, que afeta de 1 a 6 dentre 1000 recém-nascidos vivos normais, e de 1 a 4 dentre 100 recém-nascidos atendidos em UTI neonatal. Se forem consideradas as perdas neurossensoriais parciais, a incidência em nascidos vivos normais chega a ser de 6 a 8 dentre 1000. Como se pode observar, a detecção da deficiência auditiva deve ser precoce, realizada no máximo até os 6 meses de vida, de preferência na Rede da Atenção Primária de Saúde, possibilitando a intervenção imediata. Com o objetivo de diagnosticar precocemente as perdas auditivas, foram criados mecanismos definidos pelo MS, descritos a seguir.

O Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria GM n° 2.073/04, de 28 de setembro de 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Para organização, implantação e operacionalização das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva e da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, a Secretaria de Atenção à Saúde publicou duas Portarias, sendo elas: Portaria SAS/MS n° 587, de 07 de outubro de 2004, que normatiza a organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, e Portaria SAS n° 589, de 08 de outubro, que visa à operacionalização dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva.

Segundo o Art.2º da Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004, cabe às Secretarias de Saúde dos Estados adotarem as providências necessárias para a organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva em seus estados. As Secretarias de Estado e do Distrito Federal, para definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde que integrarão as Redes de Atenção à Saúde Auditiva, devem observar o parâmetro de 01 Serviço de Saúde Auditiva a cada 1.500.000 habitantes e o respectivo Plano Diretor de Regionalização, bem como os Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Essa iniciativa do Ministério da Saúde surge em resposta aos problemas auditivos relevantes entre as crianças no Brasil. A audição desempenha um papel preponderante e decisivo na aquisição e no desenvolvimento da linguagem oral. A detecção precoce da deficiência auditiva é essencial para prevenir ou diminuir os possíveis riscos e desvios que possam interferir no desenvolvimento global da criança (Oliveira et. al. 1998).

O desenvolvimento infantil depende fundamentalmente de fatores, como: características não somente da criança, como também das condições orgânicas e afetivas do contexto socioeconômico, cultural, familiar, e oportunidades de aprendizagem. O desenvolvimento global - cognitivo, linguístico e emocional - será determinado pelo processo de interação desses fatores. No caso da pessoa surda, há grande dificuldade de se comunicar e essa dificuldade tem repercussão em todos os aspectos da sua vida.

O exame de Triagem Auditiva é destinado a todos os recém-nascidos e o ideal é que seja realizado até o 30º dia de vida para a detecção precoce de perda auditiva que, quanto mais cedo for identificada, maior a possibilidade de fazer tratamento eficaz e reduzir o impacto no desenvolvimento da linguagem e da comunicação e, assim, contribuir para a inserção social da criança.

A equipe de saúde tem um papel importante na prevenção e na sensibilização das gestantes para a realização do exame assim que o bebê nascer, no sentido de orientá-las sobre como o exame é realizado, informando-lhes que se trata de um procedimento simples, indolor, realizado por otorrinolaringologista e/ou por fonoaudiólogo e que se justifica por ser importante e eficiente para fazer esse rastreamento no recém-nascido, pois o diagnóstico da deficiência auditiva é geralmente tardio.

Os estudos sobre esse tema confirmam que a família só vai perceber que a criança tem problemas de audição por volta dos 3 anos de idade, isso nas populações sem programa de detecção precoce. Nos Estados Unidos, o *Joint Committe on Infant Hearing* (2000), recomenda que o exame seja realizado, se possível, ainda na maternidade, antes da alta hospitalar. É importante monitorar periodicamente as crianças que apresentarem anomalias auditivas.

Nos recém-nascidos e lactentes que se enquadrarem no grupo de risco auditivo, é obrigatório o acompanhamento audiológico, a cada seis meses, até completarem três 3 anos de idade. Esse monitoramento é realizado a partir dos indicadores de risco auditivo, a saber:

Indicadores de Risco Auditivo para Recém-nascidos e Lactentes

- Suspeita de atraso no desenvolvimento de linguagem, fala ou audição.
- História familiar de perda auditiva permanente na infância.
- Sinais faciais sugestivos de síndromes com associação à perda auditiva neurossensorial, condutiva ou disfunção da tuba auditiva.
- Infecções pós-natais associadas com perda auditiva neurossensorial, inclusive meningite bacteriana.
- Infecções intraútero por citomegalovírus, herpes simples, toxoplasmose, sífilis ou rubéola.
- Período neonatal - hiperbilirrubinemia intensa (nível da bilirrubina indireta > 18,0 mg/dl), hipertensão pulmonar persistente associada à ventilação mecânica.
- Síndromes associadas à perda auditiva - neurofibromatose, osteopetrose, S. de Usher.
- Desordens neurodegenerativas, neuropatias sensoriomotoras, como ataxia de Friedreich e síndrome de Charcot-Marie.
- Trauma crânio encefálico.
- Otite média persistente ou recorrente com efusão por pelo menos 3 meses.
- Medicamentos Ototóxicos, incluindo aminoglicosídeos por mais de 5 dias.

Fonte: Joint Committee on Infant Hearing. Year, p.24, 2000.

O ideal é que toda criança seja submetida a uma avaliação audiológica no período neonatal. Contudo, a garantia desse serviço significa um grande desafio para o sistema de proteção à saúde da criança, especialmente para a equipe de saúde.

3.10 Atenção à Criança com Deficiência

O Brasil tornou-se reconhecido mundialmente nas últimas décadas pela mudança de paradigma nas questões relativas às pessoas com deficiência, a partir do marco legal introduzido com a Constituição Federal de 1988 e das leis dela derivadas, as quais ensejaram a ascensão da promoção e garantia dos direitos individuais e coletivos para efetivação da sua inclusão social, no âmbito maior dos direitos humanos. Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.”

Para além das mudanças legislativas, o Estado brasileiro passou a desenvolver ações que permitem transformar o modelo assistencialista, cada vez mais, em condições que permitem às pessoas com deficiência exercerem a posição de protagonistas de sua emancipação e cidadania, contribuindo, assim, para o desenvolvimento do país. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é resultado da luta desse segmento, do processo de sensibilização e mobilização nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais.

A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência estabelece os seguintes princípios:

- O respeito pela dignidade inerente à independência da pessoa, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e autonomia individual.
- O reconhecimento da dignidade da pessoa com deficiência é fundamental, por opor-se à ideia de que a deficiência rebaixa esse ser a uma condição sub-humana ou a uma anomalia que *danifica* a sua condição de pertencer à humanidade.

Toda pessoa é digna de respeito, quer seja ou não independente ou autônoma. Na área da atenção às pessoas com deficiência, convencionou-se usar o termo *autonomia* à possibilidade de as pessoas realizarem suas ações sem o auxílio de terceiros, porém ainda sujeitas à criação e condições pelo meio ambiente e contexto social. Já independência designa a capacidade de a pessoa realizar escolhas sem pedir autorização de alguém ou de alguma instituição.

É importante ressaltar que o processo de construção da independência e da autonomia inicia-se desde a infância, quando a mãe respeita as primeiras manifestações da vontade do bebê e reconhece o seu filho como sujeito de direito.



VAMOS REFLETIR!

Prezado(a) especializando(a), como seu município responde às demandas das pessoas com deficiência?

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, tem como propósitos: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano; contribuir para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa intenção é materializada a partir da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde o diagnóstico até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses (cadeira de rodas, aparelho auditivo, óculos e outros) e meios auxiliares de locomoção quando se fizerem necessários. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cat09.pdf>

Você deve notar o nível de compromisso assumido pelo SUS face às pessoas com deficiência. Estão claramente expressas em

suas diretrizes, a serem implantadas e/ou implementadas nas três esferas de gestão, incluindo as parcerias interinstitucionais, a seguir apresentaremos as ações discriminadas na diretriz.

(a) Promoção da Qualidade de Vida - deve ser compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. As cidades, os ambientes públicos e coletivos, os meios de transporte, as formas de comunicação devem-se adequar para facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os cidadãos.

(b) Prevenção de Deficiências - atuação intersetorial, devendo a Saúde unir esforços junto a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, dentre outras.

(c) Atenção Integral à Saúde - responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade, aos procedimentos de reabilitação e ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

(d) Melhoria dos Mecanismos de Informação - deve ser desenvolvida e executada em vários pontos. Entre eles a melhoria dos registros de dados em sua área de atuação sobre as pessoas com deficiência, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação do SUS e a construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, como estímulo às pesquisas em saúde e deficiência.

(e) Capacitação de Recursos Humanos - é fato que

profissionais capacitados, tanto na rede básica (incluindo não só as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde, mas também os gestores e os participantes dos Conselhos de Saúde) quanto nos serviços de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), estarão mais sensibilizados para os cuidados às pessoas com deficiência.

(f) Organização e Funcionamento dos Serviços - os serviços de saúde devem se organizar como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.



VAMOS REFLETIR!

Note bem! A prevenção relativa a crianças com deficiência inicia-se preferencialmente no período pré-concepcional, com enfoque no acompanhamento de gestantes, em especial as consideradas de risco, nas ações de vacinação e exames para os recém-nascidos, no crescimento e desenvolvimento infantil, na prevenção de acidentes domésticos - no trânsito e no trabalho - e da violência e uso de drogas.

Portanto, é preciso ter em mente que as transformações sociais necessárias para a inclusão das pessoas com deficiência não dependem apenas de ações pontuais, específicas e momentâneas. Necessitam de políticas públicas consequentes, intersetoriais e articuladas de forma a contemplar todas as dimensões da vida dessas pessoas. Mais do que uma questão de educação, saúde, trabalho, cultura, transporte, lazer, dentre outros fatores, configura-se como uma questão de cidadania.

Seção 4 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Nesta seção será apresentada a Política Nacional de Saúde Bucal, abordaremos seus objetivos nesta faixa etária, e aspectos referentes aos cuidados para manter uma dentição saudável.

Pretende-se que ao final desta seção, você tenha adquirido competências para:

Orientar sua população para manter e recuperar a saúde bucal.

Introdução

Historicamente, a atenção à saúde bucal, no serviço público, era caracterizada por ações curativas e mutiladoras, com acesso restrito. Os municípios brasileiros ofertavam assistência somente a crianças de 6 a 12 anos, gestantes, adultos e idosos, que se serviam dos serviços de urgência. O serviço público de Saúde Bucal funcionava dessa forma, com sérias dificuldades ao acesso dos pacientes. Em 2003, foi concluído pelo MS levantamento nacional de Saúde Bucal, sendo verificada as informações abaixo discriminadas:

- 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista;
- 20% da população brasileira já haviam perdido todos os dentes;
- 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escovas de dente.

A partir desse panorama, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, para reorganizar a atenção à saúde bucal da população brasileira, ampliando o acesso ao serviço e propondo a realização de ações na intenção de se fazer cumprir a integralidade, universalidade e equidade.

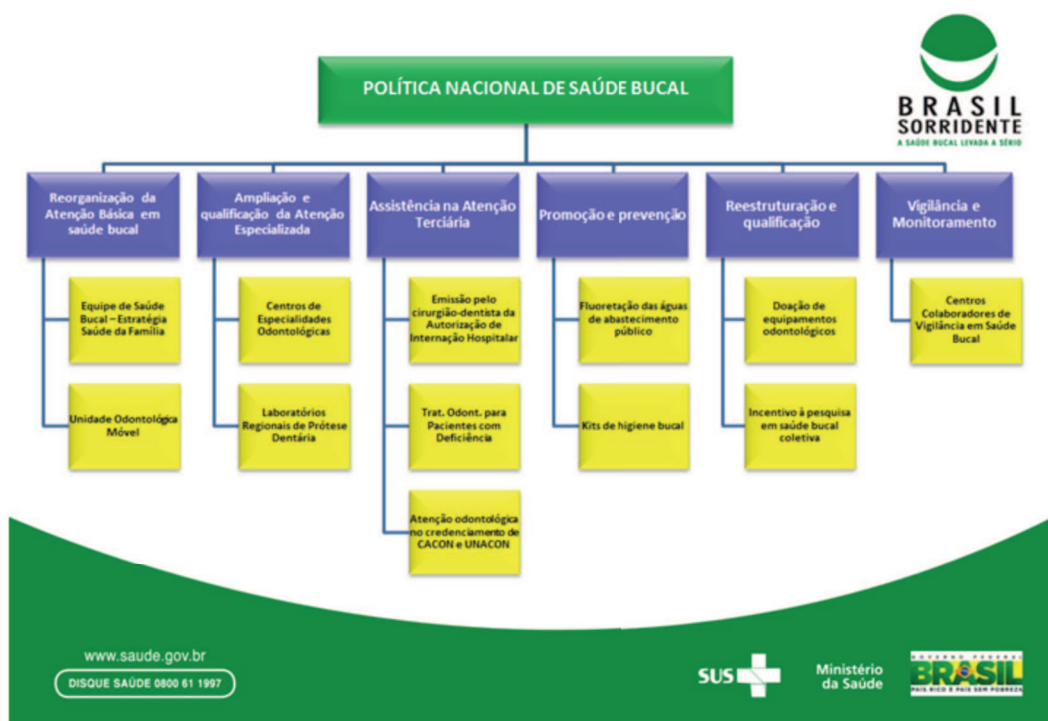
(a) Linhas de ação:

- Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal

(principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família);

- Ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias);
- Viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (MS, 2004).

Ações e Programas > Brasil Sorridente
> POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL



Fonte: MS, 2004.

Em 2010 foi realizada nova pesquisa nacional com os seguintes objetivos:

1. Diagnosticar as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010;
2. Comparar com a pesquisa anterior, de 2003;

3. Avaliar impacto do Programa Brasil Sorridente;
4. Planejar ações de saúde bucal.

A pesquisa foi realizada em 177 municípios, tendo sido entrevistadas e examinadas 38 mil pessoas, distribuídas segundo as faixas etárias a seguir:

- Crianças aos 5 anos
- Crianças aos 12 anos
- Adolescentes de 15 a 19 anos
- Adultos de 35 a 44 anos
- Idosos de 65 a 74 anos

Obtiveram-se os seguintes dados:

- A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresce de 31% para 44%. Isso significa que cerca de 1,6 milhão de dentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças dessa faixa etária entre 2003 e 2010. Hoje, em 1,4 milhão de crianças não houve nenhuma incidência de cárie, dado que ratifica um aumento de 30% em relação a 2003.

Para este ano está prevista uma campanha nacional para prevenção de cáries em menores de 5 anos.

4.1 Organização da Atenção à Saúde Bucal da Criança.

Cuidar da saúde bucal da criança é um ato ainda pouco divulgado em nosso meio. O cuidado deve ser iniciado ainda no período da gestação, através de consultas com a gestante, quando serão realizadas as ações necessárias a cada gestante, além de ações de informação sobre a importância do cuidado precoce à saúde bucal da criança.

Um dos princípios da Atenção Primária é o princípio da Longitudinalidade, que está ligado à necessidade de que os

profissionais da equipe de saúde sejam capazes de fornecer a atenção a todos os usuários de sua área de abrangência ao longo de suas vidas. Isso significa possuir o entendimento do processo saúde-doença, das variações de abordagens em relação a todas as faixas etárias e da importância de se desenvolver um trabalho multiprofissional que enfoque o usuário como um todo. Como a equipe de saúde bucal pode ser a porta de entrada no sistema, é interessante que ela esteja atenta a sinais e sintomas nas diferentes faixas etárias que demandem encaminhamento à equipe de saúde para diagnóstico.

As ações da equipe de saúde bucal podem ser organizadas por meio do ciclo de vida do indivíduo.

Vamos agora abordar a atenção à saúde bucal da criança. Espera-se que, ao final desta parte, você tenha adquirido competências para:

- Conhecer a cronologia de erupção, hábitos e funções relacionados ao crescimento, desenvolvimento facial e respiração;
- Saber orientar sobre a alimentação e higiene;
- Conhecer a prevalência das doenças bucais na infância.

4.1.1 Bebês (0 A 24 meses)

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar que se criem programas de saúde bucal específicos para este grupo etário e que estes ocorram de forma vertical e isolada da área médica e da enfermagem. O trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança.

Para tanto, é fundamental que os profissionais da equipe de saúde disseminem as informações que seguem:

No período da erupção dos dentes, é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos, tais como salivação abundante, diarreia,

aumento da temperatura e sono agitado; estes, no entanto, podem não ser decorrentes desse processo. O tratamento deve ser, pois, sintomático e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos.

Nesta fase, a ingestão excessiva de dentifício fluoretado pode causar fluorose dentária. O uso de produtos fluoretados e de água de abastecimento público com concentração ideal de flúor determinou, nos últimos anos, uma redução da doença cárie, entretanto, esses fatores de prevenção têm sido associados ao aumento da prevalência da fluorose dentária.

A fluorose constitui-se em uma alteração que afeta o esmalte dentário e provoca alterações tanto no nível estético, quanto no estrutural. Quando se manifesta em sua forma mais leve, o esmalte apresenta em sua superfície pontos brancos e opacos e, nos casos em que a fluorose é moderada ou severa, observa-se uma alteração na cor do esmalte que varia do amarelo escuro para o marrom. Neste sentido é recomendado o uso de creme dental com baixa concentração de flúor e um pH mais ácido o qual, além de ajudar na prevenção de cáries, evita a ocorrência de fluorose em crianças.

A equipe de saúde também deve estar atenta aos cuidados com a alimentação do bebê, sobretudo no sentido de estimular o aleitamento materno. Excetuando-se situações especiais, ele deve ser feito com exclusividade até os 06 meses de idade. Veja as contra-indicações do aleitamento materno no anexo 3.

A partir dessa idade, deve-se incentivar o uso progressivo de alimentos em colheres e copos, hábitos importantes como fatores de prevenção da má-oclusão dentária.

Em situações adversas, nas quais o aleitamento requer o uso de mamadeira, convém não aumentar o furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção e aprender a deglutir. E ainda, quando a necessidade de sucção não for satisfeita com o aleitamento materno, a chupeta deve ser usada racionalmente, não sendo oferecida a qualquer sinal

de desconforto. Utilizar exclusivamente como complementar à sucção na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta.

(a) Promoção da Alimentação Saudável

O primeiro passo para ter uma vida mais saudável é conscientizar-se de que a amamentação seja assegurada para todas as crianças. É um cuidado para a vida toda e importante tanto para a mãe como para a criança.

As crianças devem ser amamentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses e, após essa idade, deverá receber alimentação complementar apropriada, continuando a amamentação até a idade de dois anos ou mais.

O aleitamento materno protege contra doenças infecciosas nos primeiros anos de vida e reduz o risco de os bebês morrerem antes de um ano. Além do aleitamento materno, as famílias devem ser orientadas sobre quais são os alimentos mais adequados e como e quando introduzi-los na a alimentação da criança.

No caso de uso de mamadeira, deve-se evitar a adição de açúcar, mel, achocolatados e carboidratos ao leite, para que as crianças possam se acostumar com o sabor natural deste; também não se deve fazer uso de açúcar, mel ou outro produto que contenha açúcar na chupeta. Convém, ainda, evitar mamadas noturnas.

Como, a partir dos seis primeiros meses de vida, existe a necessidade de outros nutrientes que não são encontrados no leite materno, a alimentação do bebê começa a passar de líquida para sólida, aumentando-se o leque de sabores.

Esse período coincide com o amadurecimento do estômago e intestino, já prontos para receber outro tipo de alimentação,

sem o risco de qualquer tipo de distúrbios alimentares e/ou reações alérgicas. Sendo assim, nesta idade o bebê, que já coordena os músculos necessários para mastigar e engolir um alimento de consistência diferente à do leite materno, é capaz de reconhecer os quatro sabores básicos: doce, amargo, salgado e ácido.

1. Para mais informações, consulte o material técnico: Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses que Não Podem ser Amamentadas (BRASIL, 2006).

Esse material está disponível no site www.saude.gov.br/nutricao

2. Para mais informações, procure na sua unidade de saúde a publicação “10 Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos” (BRASIL, 2002).

Esse material está disponível no site: www.saude.gov.br/nutricao

(b) Higiene bucal

Os cuidados com a higiene bucal devem começar a partir do nascimento do bebê. No recém-nascido, a limpeza deve ser feita com uma gaze ou fralda umedecida em água limpa para remover os resíduos de leite. Com o nascimento dos primeiros dentes (por volta dos 6 meses), a fralda deve ser substituída por uma dedeira. Aos 18 meses, com o nascimento dos primeiros molares decíduos, a higiene deverá ser realizada com uma escova dental infantil, sem creme dental ou com um creme dental sem flúor. O creme dental fluoretado só deverá ser utilizado a partir dos 2 ou 3 anos de idade, quando a criança souber cuspir completamente o seu excesso.

4.1.2-Crianças (02 a 09 anos)

Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área adscrita, por ocasião do trabalho com grupos de mães, Centros de Educação Infantil - CEINFS, visitas domiciliares entre outros. O enfoque familiar é importante, uma vez que o aprendizado se dá também por meio da observação do comportamento dos pais.

No trabalho multiprofissional, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, durante os exames, podem fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico.

A cavidade bucal, uma das partes que compõe o trato gastrointestinal, desenvolve funções essenciais para a manutenção da sobrevivência humana. Os tecidos bucais estão em continuidade física com os outros tecidos do corpo e estes estão relacionados entre si pelas vias sanguínea, linfática e nervosa (SOUZA *et al.*, 2002).

Em torno dos 05 anos, os incisivos e molares permanentes iniciam sua erupção. Nesta fase, deve-se reforçar a importância da higiene nos dentes permanentes recém-erupcionados.

Deve-se evitar a extração precoce dos dentes decíduos, pois este procedimento pode alterar o tempo de erupção do dente permanente, podendo provocar má oclusão.

Alguns fatores, denominados hábitos deletérios, predispõem à má oclusão e que devem ser trabalhados no processo educativo:

- Sucção de chupeta - é recomendado que este hábito

seja retirado gradualmente, até os três anos. Após esta idade, o hábito de sucção anormal pode trazer problemas de oclusão.

- Sucção digital - a má oclusão oriunda deste hábito depende da forma, frequência, duração e intensidade do mesmo.
- Deglutição atípica - projeção da língua entre os dentes anteriores, tanto durante o repouso quanto no ato da deglutição.
- Hábito de roer unha.

O uso de medidas não traumáticas para a remoção desses hábitos é fundamental, uma vez que envolve questões emocionais. Portanto, a melhor forma e o melhor momento para descontinuar o hábito devem ser avaliados. O trabalho conjunto com psicólogo pode ser necessário para que sejam evitados problemas desta natureza.

Reforçar sempre, junto aos pais, responsáveis, professores, cuidadores de CEINFS e membros das equipes de saúde, a importância da escovação como um hábito fundamental na rotina de higiene do corpo. Quanto aos hábitos alimentares, cabe ressaltar que tudo aquilo que os pais e responsáveis fazem (frequência, tipo de alimentos) geralmente tende a ser referência para os filhos.

(a) Promoção da Alimentação Saudável

De acordo com a cultura e os hábitos alimentares em cada local, incentivar a introdução de alimentos saudáveis, que favoreçam a mastigação e a limpeza dos dentes. Alertar também para o fato de que o consumo exagerado e frequente do açúcar pode constituir fator de risco para ocorrência da cárie dentária e outras doenças. Deve-se, pois, incentivar o consumo de alimentos que contenham açúcar natural (frutas e leite), por serem menos significativos na etiologia da cárie.

A partir dos dois anos de idade, a alimentação da criança torna-se mais parecida com a da família. Dessa idade em diante, a alimentação deve ser segura, variada, culturalmente aceita e adequada em qualidade. A quantidade de energia e dos diferentes nutrientes é que varia de acordo com as necessidades nutricionais das pessoas, em cada fase do curso da vida.

Na fase pré-escolar (2 a 6 anos de idade), é importante que a introdução e a oferta de alimentos variados, iniciadas aos seis meses de idade, tenham continuidade. Nessa fase a criança ainda está formando seus hábitos alimentares e deve ser estimulada a participar do ato de alimentar-se. O período pré-escolar é um excelente período para introduzir hábitos alimentares saudáveis e ajudar a criança a entender que isso faz parte de um modo de vida saudável.

Nessa fase da vida, é comum os pais relatarem problemas com a alimentação das crianças. Associada à redução da velocidade do crescimento, ocorre uma diminuição do apetite e a criança passa a dar mais importância e atenção ao mundo que está a sua volta, o que a faz perder o interesse pela alimentação. A família deve ser orientada sobre esses acontecimentos, que são comuns da idade.

Em relação às crianças em fase escolar (7 a 10 anos), a alimentação saudável deve continuar a promover o crescimento e o desenvolvimento físico e intelectual. Como a criança está em fase de socialização mais intensa e se torna mais independente dos pais e da família, é importante assegurar e reforçar a sua responsabilidade na seleção e consumo de alimentos saudáveis.

(b) Higiene bucal

A escovação continua sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis, mas, à medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha. Neste

período é importante que a criança escove seus dentes e os pais/responsáveis complementem a escovação, já que o desenvolvimento da motricidade se dá ao longo do tempo. Convém ainda reforçar a importância de se usar o mínimo possível de dentifrício, pois a ingestão ainda ocorre nessa idade.

Na medida do possível, crianças com menos de 06 anos devem fazer uso de dentifrício fluoretado sob supervisão de um adulto ciente dos riscos da ingestão. O dentifrício deve ser colocado sempre em local inacessível às crianças. O uso de fio dental deve ser introduzido com ajuda de um adulto.



VAMOS SABER MAIS!

Fonte: <http://www.acesa.com/infantil/arquivo/dicas/2006/12/11-dentes/>

4.3 Hora de escovar os dentes

Veja as dicas para escovar bem os dentes e deixá-los branquinhos e saudáveis

Se você quer ser uma criança alegre e saudável, não pode se esquecer de...escovar os dentes! Mas por quê? Sempre depois que você come alguma coisa ficam restos de alimento na sua boca. Daí, sem escovar os dentes, você vai contribuindo para a formação de uma camada de sujeira, chamada de placa bacteriana. Para dar um exemplo de “mentirinha”, essa placa seria um bichinho com capacidade de comer partes do seu dente.

Segundo a cirurgiã-dentista Marcela Goldner, todas as crianças e adultos devem escovar seus dentes sempre após as refeições. Isso significa que, se você comeu uma fruta, tomou

um suco ou chupou uma bala, tem que pegar o creme dental com a escovinha e limpar toda a sua boca. Ah, é importante também escovar os dentes antes de dormir.

Para uma higiene bucal bem feita, a dentista aconselha que se compre uma escova do tamanho adequado à boca da criança. Em geral, nas embalagens há uma indicação da idade aconselhada. Ainda assim, é preciso saber como movimentar a escova, para não deixar nenhuma sujeira acumulada e evitar problemas posteriores com cáries, gengivite, tártaro, manchas e sensibilidade.

O tempo de escovação também é um fator importante. Não adianta só passar o creme dental, sem insistir em alguns pontos importantes da boca. Escovar bem, dedicando um minuto a mais para a sua boca não faz mal algum. Os especialistas aconselham dois minutos de escovação.

Mas, se ao contrário de uma meninada preguiçosa que não gosta de escovar os dentes, você é da turma que adora um creme dental, cuidado! A dentista alerta que o excesso de flúor provoca fluorose, podendo ocasionar manchas brancas no seu dente.

Os pais também não podem se esquecer de cuidar da saúde bucal dos bebês. Nesses casos, é indicado passar uma gaze com água oxigenada em toda a gengiva. Quando a criança completa um ano de idade, também pode ganhar uma escova para ir criando o hábito.

Além dessas dicas, é importante lembrar que a família é um grande exemplo para seus filhos. “Se a criança vê os pais escovando os dentes, vai reproduzir esse hábito”, observa a dentista Marcela Goldner.

Vamos, então, aprender a escovar os dentes:

1º Passo: Passe a escova nos dentes da frente, fazendo um movimento que vai da gengiva para a ponta.



2º Passo: Passe a escova nas laterais externas com o mesmo movimento: da gengiva para o centro da boca.



3º Passo: Passe a escova nas laterais internas com o mesmo movimento: da gengiva para o centro da boca.



4º Passo: Com a escova na vertical, passe no lado interno dos dentes da frente.



5º Passo: Escove a língua com movimentos suaves e circulares. Pronto! É só bochechar e sorrir!



Seção 5 - O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta seção serão apresentadas as ações que a equipe precisa fazer para assistir este segmento da população.

Agora que os Programas voltados por as ações a este ciclo de vida foram apresentados, é necessário que você facilite o acesso da população aos mesmos. Como fazer isto? Procure informar a população sobre os programas disponibilizados na unidade. Faça reuniões frequentes com seus agentes comunitários de saúde, pois estes têm condições de dar informação à população. Procure conversar com os representantes do Conselho Local de Saúde, participe de reuniões de grupos informais da comunidade sempre com a intenção de dar informação. Cabe ao profissional de saúde da família organizar sua agenda de trabalho para prestar atenção integral a esse segmento da população. Como você organiza sua agenda? Qual o seu papel?

Partindo das atribuições constantes na portaria 648, cada profissional precisa oportunizar o contato com os membros da família para informá-los sobre ações voltadas a esta faixa etária e procurar captar a criança para avaliações periódicas na unidade de saúde.

Vamos considerar que uma criança tenha sido imunizada. Além dessa imunização, é oportuno informar a mãe da importância das rotinas de consultas de puericultura e, caso esta não esteja cumprindo esse seguimento, procurar agendar a consulta com o médico ou enfermeira para avaliação.

Se, em outra circunstância, a mãe procura o serviço odontológico, procure conscientizá-la da necessidade de trazer a criança para consulta com o enfermeiro ou com o médico. Pergunte a essa mãe se a carteira vacinal do filho está em ordem, se a criança tem feito as consultas de puericultura, como está a alimentação, como faz a escovação dos dentes.

Todo profissional da equipe, independente do seu núcleo de competência, precisa estabelecer um vínculo com o sujeito

que está sendo atendido, procurando conhecer os integrantes de sua família e o seu estado de saúde.

Dê atenção àquelas famílias que não procuram a unidade de saúde; para isso, faça uma visita domiciliar, estabeleça o vínculo com os familiares, conheça suas necessidades e informe-os das potencialidades da unidade de saúde. Fique principalmente atento aos determinantes sociais do processo saúde e doença na família visitada.

Procure construir, com sua equipe, um fluxograma de atenção à saúde da criança em seu município, definindo os papéis de cada profissional de saúde. Ao elaborar esse fluxograma, preste atenção aos indicadores pactuados pelo seu município e à sua demanda. Implante o fluxograma e analise os resultados.

Conhecer sua população é indispensável para você planejar as ações de saúde. Você e sua equipe necessitam atualizar os dados referentes a essa população e analisar os resultados obtidos pelas ações praticadas. Pare seus estudos e verifique quais ações você e sua equipe têm desenvolvido para assistir e promover a saúde de nossas crianças. É possível resgatar esses dados? Quais resultados vocês têm verificado? Quanto se avançou? O que falta? As crianças com maior vulnerabilidade têm sido acompanhadas? Verifique no anexo 2, os Princípios Norteadores da Atenção à Criança.



VAMOS REFLETIR!

Vamos recordar alguns pontos que você precisa verificar de forma regular:

1. Atualizar os dados de sua população.
2. Identificar os indivíduos de maior vulnerabilidade.
3. Definir a taxa de aleitamento materno exclusivo.
4. Avaliar o acesso das crianças aos serviços disponibilizados na unidade de saúde.

5. Acompanhar o número de crianças que estão sendo atendidas na unidade e quem são as crianças.
 6. Verificar a imunização dessas crianças.
 7. Analisar os dados de morbidade desta faixa etária.
 8. Definir a taxa de mortalidade infantil em sua área.
 9. Verificar e analisar a taxa de internação por pneumonias, diarreia, desnutrição, violência doméstica e acidentes no domicílio.
 10. Verificar e avaliar as ações de promoção à saúde das crianças.
 11. Fazer sistematicamente avaliação de suas próprias ações.
- Construir estratégias para a busca de soluções para os indicadores desfavoráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, ao longo desse caminho pela linha de cuidados para atingir a atenção integral à saúde da criança, o percurso requer participação e responsabilidade dos gestores, dos trabalhadores das diferentes áreas, da família e da comunidade. Todos eles estão envolvidos na previsão e execução das ações integrais de promoção à saúde da infância, em articulação com as diferentes políticas sociais, colegiados de defesa dos direitos da criança e do adolescente e com vínculo forte com as redes sociais

Crianças precisam de cuidados especiais, de tempo, espaço e condições favoráveis para realizar sua transição nas várias etapas da vida, na adolescência e, posteriormente, na fase adulta. Os impulsos internos e os estímulos externos são ingredientes necessários para as mudanças corporais e para a consolidação da personalidade e dos progressos emocionais e sociais. Essas transformações podem ser influenciadas de maneira positiva e saudável, ou negativa, quando distorcidas por situações de risco. (SILVA, 1998).

Um dos grandes desafios colocados para o SUS é o **Saber Sobre Saúde**, o que inclui processos metodológicos, representações sociais e culturais dos grupos populacionais, dos trabalhadores da saúde e das demais políticas sociais, envolvendo educação em saúde e vigilância à saúde, sem desconsiderar as relações entre o saber científico e o saber popular, as concepções e práticas populares de saúde existentes entre os grupos e sua utilização na resolução dos problemas de saúde das crianças, como: (automedicação, garrafadas, benção, busca dos centros espíritas, grupos de autoajuda das igrejas e sessão de curas, dentre outros).

Portanto, neste contexto, a meta não é lutar contra os hábitos e costumes, não é criticar ou emitir um juízo de valor,

e sim trabalhar em parceria, abrir espaços e o coração para a participação efetiva dos segmentos dos usuários na produção de informações, formação de hábitos e enraizamento de valores para se viver com qualidade, ter saúde e saber como lidar com ela, com garantia de acesso, especialmente entre as crianças e adolescentes, a todos os direitos de cidadania. Enfim, é construir de fato e de direito, atitude que a saúde, historicamente, não vem adotando de forma adequada.

Por fim, lançando mão dos dizeres do grande poeta:

Ontem um menino que brincava me falou: Ele é a semente do amanhã, para não ter medo, que este tempo vai passar. Não se desespere nem pare de sonhar, nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs, deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar. Fé na vida, fé no homem, fé no que virá. Nós podemos tudo, nós podemos mais. Vamos lá, fazer o que será (Gonzaguinha, compositor brasileiro).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: Um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

BRASIL. Senado Federal. Artigo 227. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Editora do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1968/GM/Ministério da Saúde, de 25 out. 2001 - Dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas unidades de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**, de 26 de outubro de 2001, Seção I, p. 86.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/manual-dos-comitesde->

prevencaodo-obito-infantil-e-fetal-pdf-a63816.html>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008: Institui, no âmbito do SUS, a Rede Amamenta Brasil. **Diário Oficial [da] União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 2008, Seção 1, p. 124.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar - IBFAN BRASIL. **Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do Tutor**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e 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, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na saúde das Crianças e dos Adolescentes**. Prevenção da Violência e

Promoção da Cultura da Paz. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de saúde Bucal, 2010. Disponível em: www.saude.gov.br- acessado às 15h 05 de abril de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF. 2004.

BOEIRA HILÚ, M. R. P. **O conhecimento e a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva.** 2006. 76 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbio da Comunicação) - Universidade Tuiuti do Paraná - UTP, Curitiba, 2006.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação Bases Científicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul. **Lei nº 2576, de 19 de dezembro de 2002** - Institui a Política Estadual de Aleitamento Materno para o Estado de Mato Grosso do Sul.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul. **Resolução nº 337/SES/MS de 07 de março de 2001** - Reestrutura o Comitê Estadual de Estímulo ao Aleitamento Materno de Mato Grosso do Sul.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS/UNAIDS. **Alcançando os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio - Porque a resposta à AIDS é importante.** 8 jeitos de Mudar o Mundo. Documento para subsidiar o debate. Brasília, DF: ONU, 2008.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente Hoje. 2ª edição.** Ed. Artes Médicas.

Porto Alegre, RS, 1991.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Protocolo de Atenção à Saúde da Criança: A criança vítima de violência doméstica.** Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese dos Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, nº 27. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.idhalcactuarsobreelfuturo.org/site/informe.php>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; ALCINDO, Antônio Ferla. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Familiar e Comunitária. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA. Secretaria Municipal

de Saúde. Coordenação de Programas e Projetos. **Linha de Cuidado Protocolos de acompanhamentos:** Recém-Nascido de “baixo risco” ou RN em situação de risco, a criança em situação de risco. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal de Volta Redonda, 2008.

Anexos

Anexo 1- Nomenclatura do Programa Nacional de Imunização/ ANVISA, 2008.

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Orientações importantes para a vacinação da criança:

(1) vacina BCG: Administrar o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas, administrar a vacina após completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 Kg. Administrar uma dose em crianças menores de cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 (um) ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 (um) ano de idade, sem cicatriz - administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose - administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina. Contatos com duas doses- não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal no exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Para criança HIV positiva, a vacina deve ser administrada no nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços, ainda não vacinadas, a vacina está contraindicada na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência e não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV

(positivo) a vacina está contraindicada em qualquer situação.

(2) vacina hepatite B (recombinante): Administrar preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento, ou na primeira visita ao serviço de saúde. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou em recém-nascidos a termo de baixo peso (menor de 2 Kg), seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. Administrar a vacina e a HBIG em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

(3) vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis* e *Haemophilus influenzae* b (conjugada): Administrar aos 2, 4 e 6 meses de idade com Intervalo entre as doses de 60 dias e mínimo de 30 dias. Para a vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* - DTP são indicados dois reforços. Administrar o primeiro reforço aos 15 meses de idade e o segundo, aos 4 (quatro) anos. Importante: a idade máxima para administrar essa vacina é aos 6 anos 11 meses e 29 dias. Diante de um caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados menores de 1 ano, iniciar esquema com DTP+ Hib; não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, iniciar esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 ano, com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com DTP + Hib; crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, completar esquema com DTP; crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos ou mais, devem antecipar o reforço com

dT.

(4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada): Administrar três doses (2, 4 e 6 meses). Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e mínimo de 30 dias. Administrar o reforço aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose.

(5) vacina oral rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada): Administrar duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária: primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias. Segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias.

O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose.

(6) vacina pneumocócica 10 (conjugada): No primeiro semestre de vida, administrar 3 (três) doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias e mínimo de 30 dias. Fazer um reforço, preferencialmente, entre 12 e 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses após a 3ª dose. Para crianças de 7-11 meses de idade, o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre elas. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses.

(7) vacina meningocócica C (conjugada): Administrar duas doses, aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo entre as doses de 60 dias e mínimo de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.

(8) vacina febre amarela (atenuada): Administrar aos 9 (nove) meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 (seis)

meses. Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios desses estados, buscar as Unidades de Saúde dos mesmos. No momento da vacinação, considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar reforço a cada dez anos após a data da última dose.

(9) vacina sarampo, caxumba e rubéola: Administrar duas doses. A primeira dose aos 12 meses de idade e a segunda dose deve ser administrada aos 4 (quatro) anos de idade. Em situação de circulação viral, antecipar a administração de vacina para os 6 (seis) meses de idade, porém deve ser mantido o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Anexo 2- Princípios Norteadores do Cuidado na Saúde da Criança

Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais: definir as prioridades para a saúde da criança e estabelecer as interfaces e articulação com as diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade existentes no município/na área ESF, para tornar mais efetivas as intervenções para as demandas da população e contemplar a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola etc.). **Intersetorialidade: definições de**

objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades na produção de novas ações. Esse conceito embasa a organização das redes sociais locais que se constituem, a partir do território, na defesa dos direitos da criança e de sua família.

Acolhimento: receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas. Deve-se fazer um atendimento sem burocracia, rápido e resolutivo. A consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança, toda a equipe deve participar da assistência e resolução dos problemas.

Responsabilização: definir a população sob a responsabilidade da equipe, estabelecer vínculo entre profissional de saúde e usuário, garantir a continuidade da assistência, a responsabilização dos profissionais e da unidade de saúde sobre a saúde integral da criança e sobre os problemas colocados, até a sua completa resolução (referência e contrarreferência).

Assistência integral: fazer abordagem integral da criança, contemplando todas as ações de saúde requeridas no momento, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração da atenção primária à atenção especializada (apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela rede).

Equidade: definir as prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.

Atuação em equipe: articular os diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, efetivando-se o trabalho solidário e compartilhado e produzindo-se resposta qualificada às necessidades em saúde da criança.

Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde: promover a estruturação de ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, com abordagem das ações de promoção de saúde, por meio de metodologias participativas, identificando as interferências; manter o respeito necessário ao ambiente e hábitos de vida e buscar construir coletivamente uma qualidade de vida saudável.

Participação da família/controle social na gestão local: incentivar a participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados de saúde e os direitos da criança.

Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada: monitorar e rever as ações a serem permanentemente desenvolvidas pela unidade de saúde ou pela equipe de saúde da família, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados e enfrentados com resultados satisfatórios.

Sistemas de Informação: recorrer a instrumentos que poderão ser utilizados: *SIAB*/ Sistema de Informação da Atenção Básica - fornece o número e percentual de: crianças cadastradas no serviço; crianças menores de cinco anos com vacinação em dia; crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo; crianças menores de dois anos com desnutrição; crianças menores de dois anos internadas com desidratação; crianças menores de dois anos internadas com pneumonia;

número médio de visitas domiciliares realizadas por família/mês. **SINASC/Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos** - disponibiliza o número e percentual de: nascidos vivos; nascidos vivos de baixo peso (< 2.500 g); nascidos vivos prematuros; mães de RN, por faixa etária; mães de RN, por escolaridade. **SIM/ Sistema de Informação sobre a Mortalidade** - disponibiliza: óbitos de crianças menores de um ano e de um a quatro anos; causa básica do óbito; mães de crianças falecidas por faixa etária; mães de crianças falecidas por escolaridade. **API/ Subsistema de Avaliação do Programa de Imunização** - disponibiliza: cobertura vacinal em rotina e em campanhas; taxa de abandono. **SINAN/ Sistema de Informações de Agravos de Notificação** - disponibiliza: faixa etária; taxa de morbidade; taxa de mortalidade proporcional; boletim de acompanhamento de casos de TBC; resultado do tratamento de TBC; categoria e exposição dos casos de AIDS. **AIH/ Autorização para Internamento Hospitalar** - disponibiliza: o número de procedimentos realizados; o tempo de permanência; o valor médio do procedimento. O cruzamento de dados - permite analisar: a mortalidade hospitalar; a taxa de infecção hospitalar; o perfil dos hospitais; a morbidade hospitalar; a internação por condição sensível de atenção ambulatorial.

Anexo 3 - Contraindicações ao aleitamento materno

A decisão de evitar ou interromper o aleitamento materno deve ser considerada individualmente, caso a caso, levando em conta, por um lado, os riscos para o bebê e para a mãe, e por outro, os benefícios claros que existem para ambos. As vantagens do aleitamento materno são tão numerosas e importantes, que são raras as situações em que os riscos são maiores e por tal se deve evitar a amamentação.

Não é aconselhável amamentar com:

- **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana**

(HIV);

- Tuberculose ativa, não tratada (até uma semana após o início do tratamento, o que de qualquer forma obriga durante este tempo a separação de mãe e filho). Pode-se, no entanto, extrair o leite para ser ingerido por copo ou outra forma;
- Fazer uso de medicamentos raros: medicamentos usados em doenças malignas (antineoplásicos), isótopos radioativos para tratamento ou diagnóstico;
- Fazer uso de drogas ilícitas, como cocaína, heroína, marijuana, anfetaminas (ecstasy);
- Ocorrência de raras doenças metabólicas inatas, do bebê, como a galactosemia;
- Infecção por vírus citomegálico, mas apenas em bebês prematuros;
- Recusa da mãe em amamentar.

Situações que precisam ser consideradas:

- Algumas doenças maternas, como doenças malignas;
- Doenças psiquiátricas maternas;
- Medicamentos. São poucos os contraindicados e, se o forem, podem frequentemente ser substituídos por outros com efeitos idênticos.

Não se desaconselha o aleitamento materno nestas circunstâncias, envolvendo:

Mãe:

- Infecções agudas comuns como constipações, gripes, diarreias;
- Outras infecções: malária, toxoplasmose;
- Hepatite A. Não se transmite através do leite materno, e se a mãe teve infecção é administrada ao bebê a vacina e a imunoglobulina inespecífica;
- Hepatite B. Em caso de infecção da mãe,

atualmente são administrados, nas primeiras 24 horas de vida, imunoglobulina anti-hepatite B e a 1ª dose de vacina, o que torna praticamente nulo o risco de infecção;

- Hepatite C;
- Diabetes Mellitus;
- Mastite;
- Mamilo raso ou invertido;
- Menstruação, gravidez;
- Implante mamário de silicone;
- Tratamento com metadona, seja qual for a quantidade, porque esta passa pouco para o leite materno - e está provado que os bebês se beneficiam com o aleitamento materno;
- Tabaco, álcool.

UNIDADE 4

ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR À SAÚDE

MÓDULO 2

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

AUTORES

Maria Aparecida da Silva

Eduardo Ferreira da Motta

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Vera Lucia Silva Ramos



Sobre os Autores:

Maria Aparecida da Silva

Graduada em Serviço Social, FUCMT, 1984. Especialização: Educação na Área de Saúde, UFRJ, 1985. Mestrado: Saúde Coletiva, UFMS, 1998. Consultora: Organização Mundial da Saúde/OMS, 2001 a 2008. Sanitarista: Secretaria de Saúde/MS, 1979 a 2011. Professora: UNIDERP/ ANHANGUERA, 2009 A 2010.

Eduardo Ferreira da Motta

Cirurgião dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, especialista em Odontopediatria, pela Faculdade de Odontologia de Baurú da Universidade de São Paulo - USP, Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, mestre em Dentística, pela Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas - SP, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN, responsável técnico do Setor de Odontologia Hospitalar do Hospital São Julião - Campo Grande, tutor especialista do Curso de pós graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/ Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/ Fiocruz Cerrado Pantanal

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Médica, pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), especialista em Saúde da Família, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). Coordenação Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. FIOCRUZ Cerrado Pantanal/UFMS. Especialista em Medicina do Trabalho, pela Universidade de São Paulo.

Vera Lucia Silva Ramos

Graduada em Pedagogia pela UFMS em 1992; Fez Especialização em Metodologia de Ensino no CESUP em 1990; Fez Especialização em Comunicação Aplicada a Educação na UFMS em 1992 e se especializou em Gestão de Programa de DST/AIDS/UFMA em 1996; Foi Gerente de Saúde do Adolescente - SES/MS.

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Prezado(a) especializando(a), o que você sabe sobre a adolescência? O que é adolescência para você? Como você lida com esse grupo?

Não dá para abordar esse tema sem dedicar um olhar especial às marcantes transformações fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem durante a fase da adolescência. Esse processo considerado natural interfere de forma significativa no relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com as pessoas próximas e com o mundo em geral, impactando na formação da identidade corporal, mental, moral, espiritual e valores socioculturais.

Esse segmento populacional representa um grande desafio para a saúde pública, considerando-se a fase de difícil transição por que adolescentes e jovens passam, pelas dificuldades relativas ao seu crescimento físico, amadurecimento psicológico, sexualidade, confronto familiar, crise de identidade, envolvimento em situações de violência, uso e/ou abuso de drogas, inserção no mercado de trabalho, formação de hábitos e estilos de vida, vulnerabilidade às desigualdades de gênero, discriminação em relação aos aspectos de raça/etnia, além dos elevados indicadores epidemiológicos de morbimortalidade na área de violência, entre outros aspectos que expressam a necessidade de uma atenção cuidadosa e especializada a esse grupo.

É importante ressaltar que, dentre os principais avanços nas referências legais que fundamentam a atenção ao adolescente, destaca-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, regulamentando o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o qual incorpora os princípios adotados pela Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989. Esse aparato normativo estabelece pilares e mudanças de paradigma para a proteção da infância e da adolescência, reconhecendo os adolescentes como sujeitos de direito.

Os adolescentes e jovens (10-24 anos) representam 29% da população mundial, e destes, 80% vivem em países em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). No Brasil, a população adolescente e jovem corresponde a 30,33% da população nacional, segundo o último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007). Assim, trata-se de um grupo com grande expressividade populacional, com 57.426.021 adolescentes e jovens, dos quais 50,4% são homens e 49,5%, mulheres. Grande parte dessa população vive nos grandes centros urbanos e quase a metade é negra; a outra se define como branca. Na composição etária brasileira, observam-se transformações relativas ao aumento do número de adolescentes de 15 a 19 anos e redução de jovens entre 20 e 24 anos (IBGE, 2007).

No Mato Grosso do Sul, cerca de 20,1% da população é composta por adolescentes (10-19 anos), confirmando a importância de políticas públicas específicas voltadas a este grupo populacional. Veja a distribuição da população desta faixa etária no material intitulado MS- MATO GROSSO DO SUL-GERAL, em sua biblioteca.

A partir dessa base sólida para o desenvolvimento de políticas públicas para o adolescente e jovem, em 1989, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 980/GM, criou o PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente, que se fundamentou numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação, tendo como referências as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988.

O PROSAD foi substituído pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - ASAJ/SAS, ligada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência

foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), 2009.

Caro(a) especializando(a), você, que está no dia-a-dia dos serviços, sabe que, para dar cobertura a todas essas questões, são necessários grandes esforços e diversidade de ações, estabelecimento de parcerias institucionais e cuidado extremo no tratamento das questões mais complexas, além de promover o fortalecimento de redes sociais para a realização de ações integradas e efetivas nesta área.

Diante das considerações acima e de suas responsabilidades como profissional de saúde, espera-se que, ao final deste estudo, você seja capaz de responder aos objetivos:

- Conhecer e compreender os pilares do programa de atenção integral ao adolescente, os dispositivos legais e norteadores das ações e serviços.
- Contribuir para a redução da morbimortalidade do adolescente e jovem no município e no estado, especialmente por causas evitáveis, sem discriminação de qualquer espécie e respeitando os aspectos socioeconômicos e culturais.
- Estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes e jovens, incentivando a participação e o protagonismo dos mesmos no desenvolvimento de projetos de vida, visando a mudanças de hábitos e permitindo a aquisição de comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde.
- Conhecer os mecanismos para coibir e prevenir a violência contra os adolescentes e jovens.
- Reconhecer a dimensão do trabalho e do atendimento intersetorial e interdisciplinar ao adolescente e jovem.

SEÇÃO 1 - CONTEXTUALIZANDO: DO ADOLESCER AO ADOLESCENTE

Nesta seção serão apresentados conceito de adolescência, discutiremos a promoção à saúde dirigida a este segmento da população, os principais agravos que acometem os adolescentes.

Ao final desta seção espera-se que você tenha desenvolvido competências para:

- Entender o processo de adollescer;
- Desenvolver ações voltadas aos agravos mais frequentes em adolescentes.

Afinal, o que é ser Adolescente?

“muito Adolescente é um cara cheio de dúvidas, insegurança, com amor prá dá e receber, com um tesão danado, namorador, às vezes, tímido, assanhado, sabidão e rebelde. Com muitos sonhos, desejos, cabeça no mundo da lua, com desinformação da saúde, desprezado por garotos e gatas, não gosta de estudar e trabalhar, mas tem que fazer tudo isso...”.

(Trabalhadores Mirins, participantes em oficinas de saúde e trânsito. C. Grande/MS, 1998)

À medida que a ciência e a tecnologia ampliam os horizontes do conhecimento humano, proporcionando comodidades e realizações edificantes favoráveis ao desenvolvimento da vida, vêm surgindo diferentes paradigmas e diferentes conceitos comportamentais que pretendem dar novos sentidos à existência humana. Contudo, nessa trajetória, são observados grandes deslizos e abusos que vêm depondo contra o desenvolvimento moral e ético das sociedades.

Para Urt (1991, p.78),

“a introdução de cortes no fluxo temporal (categorias de idades, épocas e períodos) foi criada pelo homem para tornar possível a

estabilização, conservação da sua própria história e a conseqüente transmissão às gerações que se sucedem”.

A autora afirma ainda que a aplicação da noção de idade aos diferentes momentos da vida do homem está ligada ao domínio da “educação”, das técnicas e da cultura social às novas gerações. É importante dizer que essas necessidades chamadas “educativas”, que determinam a divisão da vida em etapas diversas, têm suas origens no contexto das classes dominantes, representadas, por sua vez, pelos dirigentes da sociedade, a quem a educação era reservada na antiguidade.

Em se tratando do período da adolescência, se já é difícil a conceituação, mais ainda é a fixação de seus limites, uma vez que quaisquer parâmetros que se queiram estabelecer como marco são passíveis de mudanças. Vitiello (1988) diz que a tentativa de fixar limites cronológicos apresenta falhas evidentes, na dependência de fatores socioculturais, familiares e pessoais. Assim, é possível encontrar jovens com características físicas e psíquicas de adultos e vice-versa.

Essa percepção de Vitiello é confrontada quando se olha para a realidade brasileira em busca da expressão desses conceitos na prática, já que no país há milhares de crianças e adolescentes “biológicos” que, dadas as circunstâncias de sua existência, transformam-se em adultos “sociais”.

Alguns autores consideram, em termos cronológicos, que a adolescência inicia-se aos 11 e termina por volta dos 25 anos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), a adolescência compreende a fase da vida que vai dos 10 anos aos 19 anos, subdividindo-se em dois subperíodos: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos; o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) estabelece a faixa etária de 12 a 18 anos. Já para o Ministério da Saúde, a adolescência situa-se entre os 10 e 19 anos.

Fica evidente que não há um esquema fixo que satisfaça completamente essa questão, embora existam correntes que enfoquem mais os aspectos biológicos e/ou psicológicos na definição da adolescência. Há autores, como Aberastury, 1991, Knobel, 1991, Osório, 1991, Takiuti, 1994 e Ribeiro, 1997, que afirmam que a adolescência é considerada uma das etapas evolutivas e peculiares do ser humano, momento em que culmina todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Por isso, não se pode estudar e compreender adolescência separadamente dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Esse conjunto de características é que confere unidade ao fenômeno adolecer.

Caro(a) especializando(a), quando o tema em pauta é a adolescência, as pessoas logo imaginam um indivíduo problemático, agressivo, rebelde. Estes adjetivos usados para defini-lo são carregados de preconceitos e estereótipos, através dos quais a sociedade estigmatiza o adolescente. Para Knobel (1991), esse desequilíbrio, que é a instabilidade pessoal e interpessoal pela qual passa o adolescente, configura uma entidade chamada por ele de “síndrome normal da adolescência”.

Segundo Aberastury (1991), esse comportamento conflituoso na adolescência não se traduz apenas através de inquietudes, problemas, mas também através de aspectos positivos, como a busca de um caminho para a sua expressão vital, para sua realização enquanto ser humano.

Atenção! A autora atribui esses conflitos a três lutos fundamentais para o adolescente:

a) luto pelo corpo infantil perdido, base biológica da adolescência, que se impõe ao indivíduo e este, por vezes, tem que sentir suas mudanças como algo externo, vivenciando o processo como um espectador impotente diante do que ocorre no seu próprio corpo, sem compreender. Não pode controlar o corpo, mas pode controlar a mente, as ideias e, ao deslocar sua

atenção para estas, nega temporariamente a perda do corpo infantil;

b) luto pela identidade e papel infantil, pois durante a infância a criança estabelece com os pais uma relação natural de dependência. Na adolescência, esta dependência vai se rompendo e dando lugar às responsabilidades, que muitas vezes desconhece, e não há como assumir uma independência adulta;

c) luto pelos pais da infância, os quais representam refúgio e proteção para a criança, por isso ela os vê como fortes, heróis, pessoas sem defeito. Na adolescência, o jovem começa a perder a imagem idealizada dos pais e passa a percebê-los tais como são na realidade, com defeitos e qualidades.

A relação entre os adolescentes e os pais torna-se cheia de críticas e ambivalência. Neste processo, os pais também terão que se desprender do filho-criança para aceitar não apenas o filho-adulto, mas uma nova relação, de igual para igual. Do conflito vivido em conjunto, surge o encontro de pais e filho. Claro que a elaboração desses lutos se dá a partir de um processo lento e doloroso, contudo fundamental para o estabelecimento de uma identidade pessoal, com capacidade de integrar-se, modificando o meio e encontrando brechas e possibilidades de chegar a uma vida adulta positiva e criativa.

Outro aspecto importante é a puberdade, responsável pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e aceleração do crescimento linear, entre outros. Nem sempre esse período representa o início da adolescência, tanto pode precedê-la como sucedê-la. Na puberdade, as evidências físico-biológicas são bem definidas, o mesmo não ocorre com a adolescência.

O fenômeno da puberdade é universal e seu início cronológico, em condições de normalidade física, coincide em todos os povos e latitudes (com raríssimas exceções). A adolescência, embora seja um fenômeno igualmente universal, tem características bastante peculiares, conforme o ambiente

sociocultural do indivíduo.

Para Osório (1991) e Silber (1992), em cada grupo cultural a transição adquire seu próprio formato, desempenha suas características peculiares e nem sempre os fatores biológicos ditam o momento da transferência social da condição de criança para o status de adulto. Esse fato deixa bem claro que a puberdade é um conceito biológico e a adolescência, um conceito sociológico.

É importante salientar que a adolescência passou a ser objeto de interesse de médicos e de educadores a partir de 1884. A primeira referência à organização do atendimento clínico a adolescentes foi o acompanhamento de alunos em internatos na Inglaterra. Em 1904, surgiram as publicações especializadas sobre a temática e o primeiro livro referido no *Index Medicus* abordando o tema adolescência, a obra de G. Stanley Hall, intitulada *Adolescência: sua psicologia e relação com fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação* (Heald, 1992).

Nas últimas décadas, contudo, a adolescência vem sendo alvo de grande preocupação e de vários estudos. Apontada como o momento crucial do desenvolvimento humano, ela marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva, como também a estruturação da personalidade.

Em se tratando da adolescência e saúde, para SILBER (1992), na segunda metade do século passado, ocorreram algumas mudanças que representaram um estímulo e contribuíram para se pensar em organizar a área de atuação à saúde do adolescente, dentre elas, as mudanças demográficas e as mudanças do conceito de saúde, de educação em saúde, de atenção à saúde, bem como as grandes descobertas científicas na área da biologia acerca da puberdade e do desenvolvimento psicossocial durante a adolescência, definindo e deslocando o foco de atenção à saúde

1.1 Promoção de Saúde do Adolescente: Responsabilidade de Quem?

Note bem! Se você olhar para as várias experiências mundiais na área de saúde do adolescente e jovem, nos países em via de desenvolvimento e até mesmo nos desenvolvidos, vai verificar semelhanças entre os principais aspectos de saúde, assim como entre as preocupações para melhor direcionar as ações de promoção do referido grupo, mesmo considerando as diferenças nos enfoques, nos métodos, nos aspectos geográficos, socioculturais e econômicos (Promotion & Education, 1994/4). Das semelhanças entre os problemas destacam-se:

- **Doenças e Agravos à Saúde** - Existe uma situação de transição que associa os problemas antigos (especialmente as doenças infecto-parasitárias) e os novos problemas, relacionados ao estilo de vida (alcoolismo, tabagismo, doenças sexuais, gravidez precoce, uso de drogas lícitas e não-lícitas, falta de exercícios físicos, alimentação inadequada, pobreza e desamparo, trabalho, violência, acidentes, dentre outras)
- **Participação do Adolescente e Jovem** - Há um consenso de que não dá para pensar em promoção de saúde para o adolescente sem envolvê-lo no processo. Essa participação tem que ser como a pensada por Sposati (1993), segundo o qual participar com alteridade significa ser protagonista do processo, colocar sua criatividade, espontaneidade e sua força de trabalho a serviço da sua saúde e da comunidade.
- **Integração dos Referenciais Teórico-Methodológicos** - Embora seja dominante a prática dos programas verticais, justificados pelas suas especialidades, essa ação já não tem mais eco no espaço atual da promoção da saúde da população, em especial do adolescente e

jovem. Há que se trabalhar a saúde do ponto de vista da integralidade, considerar, além dos fatores psicológicos, sociais, culturais, educacionais e ambientais da interdisciplinaridade e da Intersetorialidade, a necessidade do envolvimento da família, dos movimentos sociais e dos adolescentes e jovens como atores sociais, cientes de sua responsabilidade com o desenvolvimento da comunidade e, sobretudo, a responsabilidade dos governos em todas as esferas.

Por fim, o que se constata é que tantos os países desenvolvidos quanto os em via de desenvolvimento encontram dificuldades para organizar os serviços de saúde, com vista a atender as reais demandas dos adolescentes e ter o impacto esperado. Aqui no Brasil os serviços de saúde, apesar dos avanços na forma de abordagem, ainda não utilizam de maneira eficiente uma das características positivas dos adolescentes e jovens, fundamental para as ações de prevenção e promoção da saúde, que é a capacidade criativa e espontânea de se agrupar, uma vez que, com algumas exceções, eles não vivem isolados.

1.2 Fatores de Risco e Agravos à Saúde do Adolescente e Jovem: um Olhar Atento

A sociedade brasileira vem passando por várias mudanças nas últimas décadas, inclusive com grande modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, aos movimentos migratórios e de urbanização, apresentando uma desaceleração do ritmo de crescimento da população. Todavia, no grupo de adolescentes e jovens há expectativa de que esse segmento continue crescendo, se bem que em ritmo decrescente.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do Brasil. E são eles os que estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. Essa vulnerabilidade atinge proporções mais significativas do que no restante da população. A mortalidade proporcional por causas definidas e ciclos de vida no Brasil, em 2006, ressalta a alta taxa de mortalidade por causas externas na adolescência, entre 10 e 19 anos, com 70,7%, (BRASIL, 2008). Observe a seguir as causas de mortalidade por ciclo de vida.

Tabela 1 - Ranking de Mortalidade por todas as causas e ciclos de vida. Brasil, 2006

Ciclos de Vida				
Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Total
1. Afecções perinatais	Causas externas	Causas externas	Aparelho cardíaco	Aparelho cardíaco
2. Anomalia congênita	Neoplasia	Neoplasia	Aparelho respiratório	Neoplasia
3. Aparelho respiratório	Aparelho cardíaco	Aparelho respiratório	Neoplasia	Causas externas
4. Infeciosas e parasitárias	Sistema nervoso	Infeciosas e parasitárias	Endócrina	Aparelho respiratório
5. Causas externas	Aparelho respiratório	Aparelho respiratório	Aparelho digestivo	Endócrina
6. Sistema Nervoso	Infeciosas e parasitárias	Endócrina	Infeciosas e parasitárias	Aparelho digestivo
7. Endócrina	Aparelho digestivo	Transtornos mentais	Causas externas	Infeciosas e parasitárias
8. Neoplasia	Anomalia congênita	Sistema nervoso	Aparelho urinário	Afecções perinatais
9. Aparelho cardíaco	Endócrina	Aparelho urinário	Sistema nervoso	Aparelho urinário
10. Aparelho digestivo	Gravidez, parto e puerpério	Sangue e órgãos hematopoiéticos	Transtornos mentais	Sistema

Fonte: MS, 2010.

Quando se fala da Violência Intrafamiliar e Violência Sexual, observa-se que as mulheres, em todas as faixas etárias, são as principais vítimas de violência doméstica, sexual e outras, ocupando 74% dos atendimentos, e as adolescentes de 10 a 19 anos de idade, 77,9%, sendo a violência sexual a principal causa (56%), seguida das agressões psicológicas (50%), físicas (48%) e negligências e abandono (13%). (BRASIL, 2008). Segundo o Ministério da Saúde (2010), 50% das violências contra adolescentes ocorreram no domicílio, 38% foram atos repetidos e 12% infligidos pelo pai.

Tabela 2 - Caracterização das violências contra adolescentes (10 a 19 anos) registrados pelo VIVA/SVS/MS. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (2.370)	%
Tipo de Violência		
Sexual	1.335	56
Psicológica-Moral	1.183	50
Física	1.144	48
Negligência-Abandono	298	13
Financeira-patrimonial	3	1

Fonte: Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e recuperação à Saúde. MS, 2010.

Tabela 3 - Casos de violência sexual, por faixa etária e sexo, registrados pelo VIVA/SVS/MS. Brasil, 2006-2007

Faixa Etária (anos)	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
0-9	234	70	606	24
10-14	75	23	778	38
15-19	13	4	458	18
20-29	5	2	415	16
30-59	3	1	108	4
60 e mais	1	1	22	1

Fonte: MS, 2010.

É importante notar que os indicadores das causas externas, como homicídios, acidentes de transportes, suicídios e agressões coincidem com as realidades internacionais, ou seja, no Brasil não é diferente, os dados são semelhantes, resguardando-se as diferenças regionais. Alguns estudos internacionais e nacionais, realizados por autores, como Lallo (1990), Blum (1991), Freitas (1991) e Massako Lyda (1996) revelam que a mortalidade na adolescência atinge com maior intensidade a faixa etária de 15 a 19 anos, em detrimento da faixa etária de 10 a 14 anos, e, principalmente, o sexo masculino em ambas as faixas etárias. Apontam também que, entre 1996 e 2006, a taxa de homicídios cresceu em 30,1% nesta faixa etária, enquanto na população geral o crescimento foi de 20% (MS, 2010).

Gráfico 1 - Número de Homicídios Juvenis. Brasil, 1996-2006

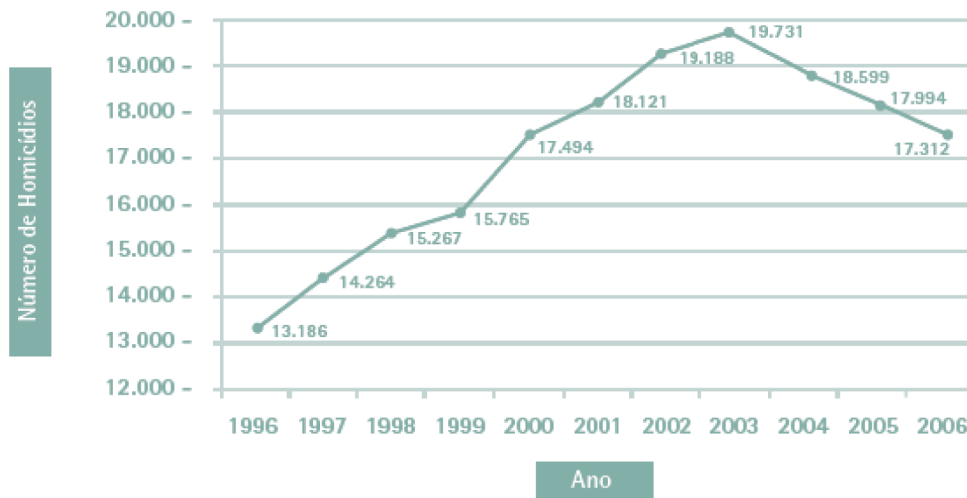


Tabela 4- Óbitos de Adolescentes por violência. Período: Jan/2011

Município			Total
Campo Grande	1	0	1
Laguna Carapã	0	1	1
Nova Andradina	0	3	3
Total	1	4	5

Fonte: SIAB/MS.

Outro dado importante refere-se aos suicídios, que aparecem também no mesmo grupo, sendo três vezes maior do que no grupo de 10 a 14 anos. A relação de suicídio com adolescência se dá a partir do estado emocional crítico que pode ocorrer neste período. O adolescente e o jovem podem apresentar estado de dependência, culpa, depressão, sentimento de abandono etc. A depressão pode ser revelada através de alterações no comportamento, isolamento social, distúrbio do sono, agressividade e fobia escolar, dentre outros.

Vale ressaltar que o suicídio é uma violência autoinfligida que, embora não tenha taxas de mortalidade tão significativas quando comparadas às de agressões, é preocupante pelas taxas elevadas em algumas cidades brasileiras e pelo aumento de sua incidência na população jovem masculina, provocando impacto na saúde pública. A proporção de óbitos por suicídios em 2006 foi de 79% no sexo masculino e de 21%, no sexo feminino, segundo o SIM/SVS/MS (Brasil, 2010).

Para Lippi e colaboradores (1990), devem-se levar em conta também os conflitos familiares, separações ou perdas de ambos os pais e problemas de relação interpessoal como fatores favorecedores do comportamento suicida. É importante salientar, ainda, que grande parte dos suicídios em adolescentes e jovens ocorrem através da ingestão de medicamentos, em especial no grupo feminino.

Caro(a) especializando(a), é do seu conhecimento que a questão da saúde de adolescentes e jovens, relacionada à DST e AIDS, é também uma preocupação constante nos serviços de saúde. Especialmente no grupo etário de 13 a 24 anos.

As informações epidemiológicas sobre a AIDS apontam uma incidência de 80% entre os casos notificados entre 2000 a 2006 no grupo de 13 a 24 anos de idade. Ainda neste grupo etário, no período de 1982 a 2006, evidencia-se nos homens jovens um aumento proporcional de casos por exposição à via de transmissão sexual, com um aumento discreto nas subcategorias homo/bissexuais. Por outro lado, diminuiu a proporção de casos por uso de drogas injetáveis. Nas jovens mulheres, a transmissão por via heterossexual, em todo o período, é predominante. Os jovens mantêm-se como a faixa etária que mais faz uso de preservativos nas relações sexuais. Os homens utilizam mais esse método contraceptivo quando comparados às mulheres (Brasil, 2010).

Gráfico 2 - Numero de casos e óbitos por AIDS em indivíduos de 13 a 19 anos, por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS e MS/SVS/DASIS/SIM

Obesidade e mudança do estilo de vida - A Unidade de Saúde poderá acompanhar os casos de obesidade e aqueles que tenham agravos deverão ser referenciados para o endocrinologista.

Na adolescência, devido ao crescimento corporal acelerado, ocorre maior demanda de diversos nutrientes, entre eles o ferro, necessário para o aumento da massa muscular e expansão do volume sanguíneo em perdas menstruais (no sexo feminino). A deficiência desse mineral leva ao desenvolvimento da anemia ferropriva, diminuição anormal na concentração de hemoglobina no sangue, considerada a carência nutricional.

A desnutrição - Além de ser um distúrbio clínico, advindo de graus variados de deficiências múltiplas de minerais, de vitaminas, de proteínas e de energia, possui também determinantes sociais que parecem explicar sua etiologia. A nutrição está diretamente condicionada a hábitos saudáveis de alimentação, a fatores como disponibilidade de alimentos,

cuidados alimentares, acesso à saúde e saneamento, sendo todos eles, por sua vez, condicionados pelas condições socioeconômicas da família e pela educação.

Os transtornos alimentares - São distúrbios graves caracterizados por hábitos e comportamentos alimentares inadequados, em que são comuns a restrição alimentar e a má aceitação das mudanças corporais, principalmente no que diz respeito ao peso. Acometem todos os grupos etários, sendo mais frequentes entre adolescentes do sexo feminino. Surgem, na maioria dos casos, associados a fatores psicológicos individuais e familiares e ao contexto sociocultural, caracterizado pela extrema valorização do corpo magro.

Os adolescentes portadores de transtornos alimentares apresentam baixa autoestima, senso de impotência, dificuldades na busca de autonomia e inabilidade em identificar e expressar os sentimentos. Dentre os transtornos alimentares, destacam-se a bulimia e a anorexia nervosa, que constituem os transtornos mais comuns entre os jovens e são condições psiquiátricas sérias com riscos potencialmente fatais. Os serviços de saúde devem manter a vigilância ativa para essas questões e tomar as providências necessárias ao acompanhamento e tratamento dos casos.

Trabalho e saúde - O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no art. 60, determina a proibição de qualquer trabalho a adolescentes menores de 16 anos de idade, salvo na condição de aprendizes a partir de 14 anos. Preconiza ainda, no art. 61, a proteção ao trabalho de adolescentes, focada no respeito à sua condição de pessoas em desenvolvimento e na capacitação profissional adequada ao mercado de trabalho. No caso de adolescentes com deficiência, assegura o direito ao trabalho protegido.

Para garantir os direitos de adolescentes, o Brasil introduziu nas agendas das políticas nacionais o programa de erradicação do trabalho infantil, o que reduziu o número

absoluto de crianças e adolescentes explorados no trabalho formal. No tocante à vigilância à saúde do trabalhador, há que se manter alerta para as condições do ambiente de trabalho e para as condições e regras trabalhistas.

O trabalho infantil constitui uma forma de violência, podendo acarretar agravos à saúde, como danos físicos e psicológicos, pois transforma as crianças e os adolescentes em adultos precoces, submetendo-os, muitas vezes, a situações extremas que afetam seu processo de crescimento e desenvolvimento e expondo-os à aquisição de doenças, atrasos na formação escolar e, até mesmo, a sequelas que acabam sendo irreversíveis na vida adulta (MINAYO-GOMEZ; MEIRELLES, 1997).



VAMOS SABER MAIS!

Manual Trabalho Infantil- Diretrizes para a Atenção integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos. Leia o documento, que se encontra na biblioteca do módulo.

Para finalizar, convém destacar que o Ministério da Saúde reconhece que, muitas vezes, essa forma de olhar e abordar os adolescentes e jovens, considerados pessoas saudáveis, não apresentando necessidades especiais para a atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva, interferiu negativamente na promoção da saúde desse grupo. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse segmento tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e à crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas.



VAMOS SABER MAIS!

Você pode verificar em detalhes os dados no manual de Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010). Conheça esse manual, que pode ser encontrado na biblioteca do módulo.



VAMOS REFLETIR!

Qual é realmente a importância do trabalho em rede para dar cobertura às demandas dos adolescentes e jovens no cumprimento da linha de atenção à saúde?

Lembre-se! Em rede, as ações coletivas aumentam a eficácia e a eficiência da atenção aos adolescentes e jovens, difundem informações, possibilitam troca de experiências e saberes e a percepção das distorções e acertos do processo e apoiam a definição de rotinas, instrumentais e seu monitoramento. O sentimento de fazer parte de um grupo, por exemplo, só é desenvolvido quando existem espaços concretos de construção e participação coletiva; apesar de vivenciar situações semelhantes, as necessidades, capacidades e potencialidades são diferentes em cada família e comunidade. No trabalho com famílias, a prevalência de estratégias grupais favorece a troca, a partilha e incentiva a participação de outras famílias. Apesar disso, deve-se considerar a importância de conhecer a dinâmica das relações de cada família acompanhada e as relações com os adolescentes e jovens.

(LIÇÕES APRENDIDAS: capitalização da experiência da Rede Amiga da Criança (2003-2005))

Seção 2 - LINHA DE CUIDADOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM

Esta seção traz o conceito de Linhas de Cuidados que devem ser desenvolvidas na atenção deste segmento populacional. Prioriza as ações que representam maior risco à saúde do adolescente. Ao final desta seção pretende-se que os profissionais da Atenção Primária à Saúde estejam aptos a:

- Promover ações de Educação à Saúde do Adolescente.
- Estabelecer ações que mantenham e recuperem a saúde dos adolescentes.

Diante dessas considerações apresentadas, fica evidente a emergência de se fortalecerem as ações de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, através de diretrizes coerentes e estratégias sólidas. Necessário também é considerar as dimensões sociais, multiculturais e a diversidade dos contextos de vida de adolescentes e jovens como ferramentas e condição para a compreensão das reais necessidades desse segmento e possibilidade de acertos na prestação de serviços.

A linha de cuidado da saúde do adolescente e jovem tem como eixo estruturante o seu pleno crescimento e desenvolvimento, contemplando aspectos de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. Para acompanhamento da saúde, o instrumento utilizado é a Caderneta de Saúde do Adolescente, que está à disposição nos serviços desde 2009. Veja a caderneta do adolescente na biblioteca do módulo.

Um dos destaques no atendimento à saúde do adolescente e jovem está no acolhimento, com vistas a estabelecer vínculo de confiança entre a equipe de saúde, o (a) adolescente e sua família, com aplicação das referências e princípios do SUS e, assim, garantir a atenção integral e prestação de atendimento

humanizado com prioridade. Para tanto, deve-se estabelecer agendamento, espaço próprio, horário definido para realizar o atendimento com empatia e respeito, disponibilidade para ouvir, postura profissional, observação da confidencialidade, linguagem adequada e paciência. Essa postura deve ser garantida por todos os integrantes da equipe de saúde.

Quando o Ministério da Saúde propõe a organização da assistência de saúde em linhas de cuidado como uma estratégia, pretende superar a desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantir a continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contrarreferência responsável, até a recuperação completa do indivíduo.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), os princípios fundamentais que orientam a linha de atenção ao adolescente e jovem devem seguir estes pilares:

- **Ética** - a relação profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias.
- **Privacidade** - adolescentes e jovens podem ser atendidos de forma individualizada se for uma necessidade expressa por eles.
- **Confidencialidade e sigilo** - é um direito dos adolescentes e jovens a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita, devendo, entretanto, ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, caso haja risco de morte ou outros riscos

relevantes, tanto para o usuário quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

2.1 Linhas de Cuidado à Saúde - Os Eixos Norteadores: Ações de Vigilância e Cuidado à Saúde

- **Acolhimento:** atendimento humanizado de forma individual e/ou coletiva reconhecendo os usuários como sujeitos de direitos, garantindo assistência integral e respeitando as suas peculiaridades; o acesso do adolescente e jovem à Unidade de Saúde deve ser facilitado e ampliado, visando garantir o atendimento de suas necessidades de saúde, incluindo uma consulta anual de rotina, obtenção de preservativos - masculino/ feminino - para a prevenção da DST/AIDS e exercício da sexualidade segura e desburocratizada.
- **Crescimento e Desenvolvimento:** crescimento físico, desenvolvimento pubertário, desenvolvimento psicossocial;
- **Imunizações:** identificação das vacinas já utilizadas, através da apresentação do cartão de vacinação (transferir as informações para a caderneta de saúde do adolescente) e das situações de uso de imunobiológicos especiais em caso de doenças crônicas (cardíacas, pulmonares, diabetes, hemoglobinopatias), imunossupressão;
- **Saúde Sexual e Reprodutiva:** práticas sexuais seguras, anticoncepção, equidade de gênero;
- **Uso abusivo de álcool e outras drogas;**
- **Situações de risco:** violência doméstica, sexual, urbana, doenças crônicas etc.

2.2 Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Agravos

- **A atenção integral** - incorpora ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência primária, secundária e terciária, que devem ser realizadas em parceria entre organizações governamentais e não-governamentais, resgatando-se, assim, as diversas competências e responsabilidades, inclusive familiares, frente aos adolescentes, para se garantir a atenção integral.
- **Medidas de prevenção e promoção à Saúde**- as ações de prevenção e de promoção de saúde devem estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, incentivando a participação e o protagonismo juvenil, para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde. São bases para atuação no campo da identificação de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento e cuidados, sem prejuízo da assistência na readaptação e reabilitação.
- **Ações coordenadas e desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais** - envolvem participação do adolescente e do jovem nas decisões da família e da comunidade; atendimento às suas necessidades de educação, saúde, esporte, lazer e cultura; criação de condições materiais, sociais e psicológicas favoráveis ao seu desenvolvimento e capazes de gerar renda em suas famílias; inserção e participação do adolescente e jovem na escola, como forma de garantir a construção de um projeto de vida educacional e profissional, proporcionando alternativas de vida distintas em caso de uso e/ou abuso de substâncias e de maternidade e paternidade precoces; integração entre as escolas e entre os profissionais

de saúde e da educação para atuar em conjunto nas ações de educação em saúde, com abordagem de temas previstos nos Parâmetros Curriculares Nacionais, relacionados à sexualidade segura, à prevenção de gravidez precoce não planejada, à DST/AIDS, ao uso/abuso de substâncias, à prevenção da violência em todos os seus aspectos, tendo como fator decisivo na melhoria das relações pessoais e no rendimento escolar o estímulo à vinculação entre educador e educando.

2.3 Sexualidade e saúde reprodutiva

a) A sexualidade diz respeito a todas as expressões de prazer, de sentimento de felicidade, alegria e de bem estar. Tem um conceito extremamente abrangente, pois vai muito além dos aspectos da atração física e do desejo sexual entre os indivíduos. Para viver a sua sexualidade plena, o ser humano depende do conjunto de componentes e fatores que a constituem (fatores biológicos e físicos, psicológicos e afetivos, componentes intelectuais e socioculturais, como educação, gênero, orientação sexual, crenças e posicionamento ideológico) e a distinguem de qualquer outro tipo de manifestação sexual dentro do reino animal. Assim sendo, cada pessoa vive a sua sexualidade de forma absolutamente única; não é possível afirmar que exista uma sexualidade ou mesmo uma atividade sexual que possa ser considerada “normal”, ou “anormal”. Esse é realmente um fenômeno ímpar na existência humana.

Na visão de Marilena Chauí (1984), diante dessa estrutura de sociedade inteiramente pragmática e funcional, em que tudo o que existe só tem direito à existência se for definido por uma função útil, adequada e aceita pelas regras do capitalismo, a sexualidade terá, então, a função especializada em procriar e atuar em alguns órgãos do corpo. Deste ponto de vista, que é real, as diferenças anatômicas entre homens e mulheres

se transformaram em regras de condutas conservadoras. Assim, reprime-se a ambiguidade constitutiva do desejo e da sexualidade na sua plenitude, fazendo da diferença sexual um processo de culpa, pecado e castigo de Deus. Esse ciclo de repressão, porém, terá impacto se as pessoas considerarem normal, natural e desejável viver debaixo dessa ditadura.



VAMOS SABER MAIS!

EDUCAR PARA A DIVERSIDADE: Um Guia para Professores sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero.

Visite sua biblioteca.

b) Saúde reprodutiva e direitos sexuais - O direito reprodutivo diz respeito à possibilidade de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos e em que momento de suas vidas. Além disso, refere-se ao direito às informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, e ao direito de exercer a sexualidade e reprodução, livre de discriminação, imposição e violência.

Os adolescentes e os jovens têm direito de ter acesso a informações, educação em saúde sexual e reprodutiva, meios e métodos de se evitar uma gravidez não planejada e de se prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis (HIV/ AIDS), respeitando-se a sua liberdade de escolha.

Antes de iniciar a vida sexual, é muito importante que os adolescentes e jovens estejam informados sobre sexo seguro e sensibilizados e incentivados a usar a camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais. Os serviços de saúde devem garantir esse atendimento para ajudá-los a lidar com a sua sexualidade de forma positiva e responsável e estimular comportamentos de prevenção e de autocuidado. Adolescentes

e jovens têm direito a ter atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade e sigilo.

Outra questão que precisa ser trabalhada em nosso meio diz respeito à situação da gestação na adolescência. Segundo notícia publicada no Portal do Ministério da Saúde, houve um decréscimo do número de gestações na adolescência.



VAMOS SABER MAIS!

Leia a notícia na íntegra em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137.

Dados mais recentes do Ministério da Saúde mostram que a quantidade de partos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% de 2005 a 2009. Na primeira metade da década passada, a redução foi de 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano passado, quando foram realizados 444.056 partos em todo o país - 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6%.

c) **Anticoncepção na adolescência** - Os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. No entanto, alguns métodos são mais adequados que outros nessa fase da vida. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010b), recomendam-se aos adolescentes e jovens os métodos, abaixo relacionados.

A camisinha masculina ou feminina: deve ser usada em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, pois é o único método que oferece dupla proteção, ou seja, protege ao mesmo tempo das doenças

sexualmente transmissíveis e da gravidez não desejada.

Os métodos da tabela, do muco cervical e da temperatura basal: são pouco recomendados, porque exigem do adolescente disciplina e planejamento e, em geral, as relações sexuais, nesta fase, não são planejadas.

As pílulas combinadas e a injeção mensal: podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação.

A minipílula e a injeção trimestral: **não** devem ser usadas antes dos **16 anos**.

O DIU: pode ser usado pelas adolescentes, entretanto as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsá-lo. Não é indicado para as adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais; nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Anticoncepção de Emergência (AE) ou (Pílula do dia seguinte): recurso usado como método anticonceptivo capaz de prevenir a gravidez forçada, indesejada e/ou decorrente de violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez - após a primeira menstruação e antes da menopausa -, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado à AE.

A AE é também denominada de “pós-coito”. Na realidade, não é um método contraceptivo, mas sim um recurso que deve ser utilizado eventualmente após ter ocorrido uma relação sexual dentro do período fértil, sem proteção alguma. É particularmente útil em caso de relações sexuais não planejadas e desprotegidas, tão comuns na adolescência, e para os casos de violação sexual ou de presunção de falha de outro método contraceptivo, como, por exemplo, o rompimento da camisinha. Você deve pesquisar no manual *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, 3ª edição, páginas 38 a 42. Acesse a biblioteca do módulo.

ATENÇÃO: A ligadura das trompas e a vasectomia: **não são** indicadas para os (as) adolescentes.

d) Gravidez suspeita ou confirmada em menores de 15 anos - A equipe de saúde deve ter habilidade para atuar e acolher as adolescentes nessa situação. No acolhimento, é necessário atentar para a identificação de alguns aspectos importantes, como: fatores associados aos aspectos psicológicos, maus-tratos, abuso sexual, DST; buscar informações de escolaridade e relacionamento familiar; encaminhar para assistência pré-natal, enfatizando a importância da participação da família e do pai da criança em todas as fases desse processo; estimular o uso de preservativos e oferecer acesso aos métodos contraceptivos após o término da gravidez; incentivar a participação efetiva no pré-natal e o envolvimento da família; orientar quanto aos direitos da adolescente gestante, sua permanência na escola e acompanhamento na maternidade.



VAMOS SABER MAIS!

Você pode buscar suporte em *A Gravidez da Adolescente*, página 35 a 37, em sua biblioteca.

e) Situação de risco - A falta de perspectiva de vida, de oportunidade de estudo, trabalho e de incentivo para pensar e construir um projeto de vida e concretizá-lo pode colocar qualquer adolescente e jovem em situação de risco, independente de sua situação social. A responsabilidade da equipe de saúde, neste caso, é articular e mobilizar a rede de apoio para que as ações sejam dirigidas a todos os adolescentes e jovens, com foco no estímulo à elevação da autoestima, do autocuidado e do seu potencial criativo e resolutivo.

É necessário você conhecer as referências para o trabalho na situação de risco - Deverão ser identificados os adolescentes que já se encontram em situação de risco, utilizando as informações a seguir como critérios que se configuram como de **risco** para os adolescentes de 10 a 14 anos que:

- Tenham iniciado a atividade sexual precocemente, sem proteção para DST/AIDS e gravidez;
- Tenham irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes;
- Estejam faltando com frequência à escola, com evasão escolar e com problemas escolares;
- Residam em áreas de riscos à saúde e onde há aumento de violência;
- Estejam inseridos em famílias desestruturadas;
- Estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica;
- Tenham riscos nutricionais: anemia ferropriva, hipovitaminoses, obesidade e desnutrição;
- Apresentem doenças crônicas e/ou que necessitem de atenção especial.

Procure priorizar a Situação de alto risco na atenção à saúde do adolescente - Identificar situações que se configuram como de alto risco, devendo priorizar a atenção integral e intersetorial em caso de adolescentes:

- com doenças sexualmente transmissíveis ou AIDS;
- com gravidez precoce não planejada;
- com transtornos alimentares: bulimia e anorexia;
- que estejam fazendo uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool);
- vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual;
- com quadros de depressão;
- que apresentem transtornos mentais e/ou risco de suicídio;
- que fogem com frequência de casa ou estão em situação de rua. (adolescentes e jovens que utilizam o espaço público, seja para subsistência, ou trabalho ou moradia; ou ainda por todos estes motivos juntos).



VAMOS SABER MAIS!

Outros sinais de risco ou vulnerabilidades durante a gravidez na adolescência:

- Gravidez decorrente de violência sexual;
- Não aceitação da gravidez;
- Não reconhecimento da paternidade;
- Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho;
- Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê;
- Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal;
- Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostos;

- Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal e/ou com a família;
- Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros;
- Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação, seja para adoção.
- Tentativa de abortamento.

Fonte: (PFEIFFER, 2008), in Brasil, 2010.



VAMOS REFLETIR!

Atenção!

Em casos de gravidez, suspeita ou confirmada, deve-se considerar a demanda da adolescente, jovem e sua família, identificando se há desejo ou não de interromper a gravidez. Cabe aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre os direitos da mulher e da adolescente e apresentar alternativas em caso de não interrupção da gravidez, como a assistência pré-natal e entrega da criança para adoção.

A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento pela equipe de saúde em nenhuma consulta. Todos os esclarecimentos e riscos, no caso de um aborto legal, devem ser fornecidos à gestante. É indispensável comunicar, esclarecer e pactuar com a adolescente sobre:

- o momento e os procedimentos que serão realizados;
- a indicação de um procedimento invasivo, como no caso do aborto, quando se torna necessária a presença de um dos pais ou do responsável, excluindo-se as situações de urgência, quando há risco de morte iminente e em casos de violência sexual. Tal procedimento deve estar rigorosamente dentro das normas do Ministério da Saúde para a realização do aborto legal.

Situação de Alerta Máximo!

Em casos em que haja posicionamentos conflitantes, quando a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não, e caso não haja envolvimento dela em violência sexual, deve-se apelar para a via judicial, através do Conselho Tutelar e ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, que deverão, através do devido processo legal, resolver o impasse.

Para o atendimento às solicitantes do **aborto legal** devem ser seguidas as orientações da Portaria n° 1.508 de 2005, de Procedimento ao Aborto Legal. Consultar o **Manual-Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**, 3ª edição, páginas 68 a 74.

Acesso:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/prevenção_agravo_violencia_sexual_mulher_3ed.pdf

2.4 Imunização Do Adolescente

Atenção: a imunização deve ser uma das ações efetuadas pela Atenção Primária, oriente sua população da importância da imunização também nesta faixa etária. Capacite seus agentes comunitários de saúde a fim de orientar os adolescentes e suas famílias. Procure desenvolver ações nas escolas de sua área e imunize os adolescentes.

O calendário vacinal é definido pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde. Veja o calendário abaixo.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
11 a 19 anos	Hepatite B⁽¹⁾ Vacina Hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
	Hepatite B⁽¹⁾ Vacina Hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
	Hepatite B⁽¹⁾ Vacina Hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT)⁽²⁾ vacina adsorvida difteria e tétano - adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano
	Febre Amarela⁽³⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre Amarela
	Tríplice viral (SCR)⁽⁴⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses	Sarampo, Caxumba e Rubéola

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

2.5 Crescimento e Desenvolvimento dos adolescentes

O crescimento e desenvolvimento dos adolescentes também devem se monitorados pela esf. É importante lembrar que tanto o crescimento quanto o desenvolvimento dependem de fatores genéticos, socioeconômicos e psicossociais.

Este seguimento permite a equipe detectar problemas tanto no crescimento quanto no desenvolvimento de forma precoce e atuar para resolução do problema diagnosticado. O Ministério da Saúde lançou a caderneta do adolescente, você a conhece?

Na avaliação do crescimento e desenvolvimento é necessário avaliar o peso altura e a fase de maturação sexual. Na adolescência ocorre o estirão puberal, fase de crescimento rápido. Nesta fase pode ocorrer crescimento de 9,5cm por ano no menino e 8,3 cm por ano na menina. Sendo que no sexo

masculino esta fase rápida de crescimento ocorre na fase 3 e 4 de Tanner e no sexo feminino, na fase 2 e 3 de Tanner.

Importante:

1. Aferir as medidas de peso e altura e colocá-las na curva de crescimento.
2. Investigar os desvios de crescimento.
3. Fazer a avaliação semestralmente e se observados desvios de crescimento, fazer a avaliação a cada 3 meses.

Para avaliação da maturação sexual você deve usar a classificação de Tanner.

Os desvios da maturação devem ser investigados. Conheça a classificação de Tanner. Em sua biblioteca você encontrará um arquivo intitulado Avaliação da Maturação Sexual.

Seção 3 - A DIFÍCIL TRAVESSIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Nesta seção discutiremos aspectos da Linha de Cuidados para atenção do adolescente em situação de violência. Ao final desta, pretende-se que o profissional tenha competência para:

- Monitorar os adolescentes em situação de violência;
- Desenvolver ações para coibir a violência;
- Realizar ações para resgatar adolescentes expostos à violência.

Por preconceito de cor, morrem todo dia mil. Há fome, há violência, descaso e impaciência, há ódio a cada segundo, se afunda mais esse mundo, se acha superior, magoa a mãe, que é santa. Bate na cara que é minha, homem maltrata criança, pecado de pecador, é preconceito de cor.

Por preconceito de cor, se é pobre, já é ladrão, mas o doutor que roubou nunca vai para prisão. Policial matador tem preconceito de cor, por preconceito de cor se espalha a ignorância.

Não se oferece ajuda, outros perderam esperança, é tanto tempo perdido e um deus-pai esquecido... (Música de Margareth Menezes, cantora brasileira)

É fundamental que se diga que a violência sexual contra mulheres, crianças, adolescentes e jovens tem recebido tratamento específico em meio às diversas situações de violência que atingem esses segmentos, por sua incidência e implicações para as políticas públicas. No caso de crianças e adolescentes, pode configurar abuso que ocorre predominantemente nas relações intrafamiliares, ou exploração sexual, destacando-se nessa modalidade a pornografia, que vem sendo disseminada por meio da Internet, para expandir o acesso de pedófilos e turismo sexual. Além disso, a exploração sexual por intermédio do tráfico, envolvendo majoritariamente as mulheres, vem

apresentando elevado percentual de adolescentes negras e pobres (Conanda, 2010).

Ainda segundo o CONANDA, o *Mapeamento dos pontos vulneráveis à exploração sexual ao longo das rodovias brasileiras* (Polícia Rodoviária Nacional & OIT, 2010) identificou mais e 1.800 pontos de vulnerabilidade. Outra dimensão da violência contra crianças e adolescentes é a que ocorre em instituições de atenção a esse público, como unidades de saúde, assistência social, abrigos e unidades de internação, entre outras. No sistema socioeducativo, causa preocupação a ocorrência reiterada de agressões e até mesmo de sessões de torturas e óbitos por violência.

É notório que, nas últimas décadas, o Ministério da Saúde deu uma guinada de qualidade em relação a essa questão tão sensível que é a violência no país. No sentido de atender às novas demandas constitucionais e às reivindicações dos movimentos feministas, mulheres em geral, crianças, adolescentes e jovens vêm assumindo lugar de destaque no enfrentamento à violência, de modo intra e intersetorial, com ações articuladas a entidades de defesa dos direitos humanos, políticas sociais, movimentos da sociedade civil organizada e, particularmente, à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

O Ministério reconhece, assim, todas as formas de violência como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, com ênfase à violência praticada contra mulher, crianças e adolescentes. Para seu enfrentamento e prevenção de agravos, baseia-se em acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário - notadamente, a Conferência do Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994) - e na legislação nacional vigente - Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Código Penal, Lei Maria da Penha, entre outros (Brasil, 2010).

Esse compromisso coletivo, coordenado pelo Ministério

da Saúde e definido como um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da criança, adolescente, jovem e mulher, visa expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral a esses segmentos em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual. Pretende, dessa forma, auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência e garantir a cidadania na área da saúde. Esse compromisso é reafirmado a partir destas bases:

- Realinhamento dos eixos de ação relativos à promoção da saúde e atenção integral a pessoas em situação de violência no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/2006) e das Diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (Portaria nº 1.020/2009), pactuadas com as três esferas de gestão do SUS.
- Celebração do acordo de Cooperação Técnica entre os Ministérios da Saúde e Justiça, no ano de 2008, denominado: **Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência**. Esse acordo visa ao desenvolvimento de ações conjuntas e coordenadas da Estratégia Saúde da Família - ESF e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - **Pronasci**, na prevenção da violência e na promoção da segurança pública nas áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família.

Como funciona o programa Pronasci?

É um programa do Ministério da Justiça que articula ações de segurança com ações sociais e, ao mesmo tempo em que trabalha com políticas de repressão à criminalidade, trabalha também com ações educativas e preventivas. Tem o foco centrado no território e despense todos os esforços necessários à construção da cultura da paz.

O que é a Cultura da Paz?

Foi definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida, na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais e na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social.

Portanto, para a efetivação dessas políticas e ações, o Ministério da Saúde lançou a proposta expressa na 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 (Brasil, 2010). Conheça o material, que está na biblioteca do módulo.

3.1 Linha de cuidado à saúde do adolescente em situação de violência

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um norte para se alcançar a sonhada atenção integral ou a integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS. Busca articular a produção do 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, adolescentes e jovens. Estimula o desenvolvimento de ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura de paz. Chama a atenção para a necessidade do trabalho junto às famílias, reforça a importância dos fatores de proteção e alerta sobre as vulnerabilidades e os riscos da violência contra crianças, adolescentes e jovens, além de oferecer suporte aos trabalhadores para identificar sinais e sintomas de violência no grupo.

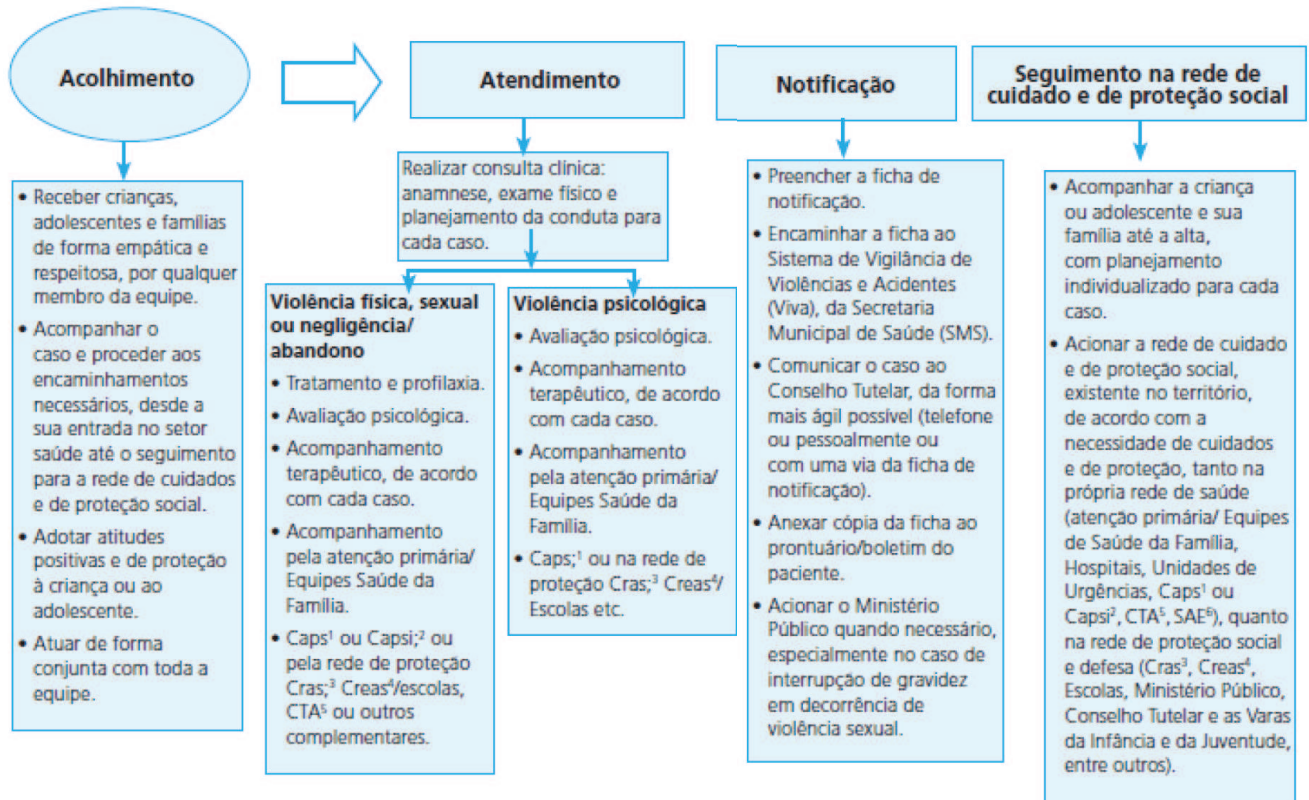
Deste ponto de vista, a Política Nacional de Humanização (PNH) coloca em evidência a dimensão do cuidado a partir da compreensão do acolhimento como uma forma de fazer com que o outro se sinta pertencido. Mais que uma atitude de solidariedade, é uma atitude de inclusão. A atenção integral à saúde de adolescentes, jovens e suas famílias em situações de violência realizada em linha de cuidado fortalece a responsabilização dos serviços e o envolvimento do profissional numa cadeia de produção do cuidado em saúde e de proteção social no território.



VAMOS SABER MAIS!

Atenção! Você pode visualizar no diagrama 1 a seguir, de forma sintética e didática, o passo a passo da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, que compreende as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social, propostas neste documento.

Diagrama 1 - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.



¹Caps: Centros de Atenção Psicossocial; ²Capsi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil; ³Cras: Centro de Referência de Assistência Social; ⁴Creas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; ⁵CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento; ⁶SAE: Serviço de Atenção Especializada.



VAMOS SABER MAIS!

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), a implantação da linha de cuidado na temática da violência permite:

- organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção;
- estabelecer o “percurso da atenção” a partir das situações de vulnerabilidade e dos riscos de violência, organizando o fluxo de acordo com as demandas;
- definir as funções, responsabilidades e competências de cada

serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social;

- d) estabelecer normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção;
- e) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social;
- f) desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência.

3.2 As ações da Atenção Primária à Saúde frente a situação de violência

O atendimento dos casos de violência requer ação integrada e articulada com a rede de cuidado e de proteção social. Não deve ser uma ação solitária do profissional, pois a complexidade do tema exige ações interdisciplinares, sensibilização e envolvimento de todos os profissionais do serviço de saúde. É muito importante a realização de atividades que fomentam a reflexão coletiva sobre o problema da violência e sobre as dificuldades dos adolescentes, jovens e suas famílias, especialmente no tocante ao acesso aos direitos assegurados legalmente.

Você sabe que a atenção primária à saúde é responsável por desenvolver os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população. É de sua responsabilidade prestar a atenção integral conforme protocolos e fluxos estabelecidos na linha de cuidado, nas dimensões do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social constituídos no território (Brasil, 2010).

A assistência aos casos de violência, nos serviços de saúde,

requer a observância de determinadas condições e providências para garantir as diferentes etapas do atendimento. No entanto, não há obrigatoriedade de um serviço específico para esse fim, a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais dos serviços. A única exigência é garantir um espaço físico com absoluta privacidade dessas pessoas durante a entrevista, acolhimento, consulta médica e os exames (Brasil, 2010).

As equipes da atenção primária/saúde da família devem realizar o acolhimento e as ações educativas e preventivas sobre a violência. Devem, também, participar ativamente de todo o processo do cuidado ao adolescente, jovem e a sua família, fazer o acompanhamento e a evolução de cada caso nas unidades de saúde, nos domicílios ou ainda mediante o encaminhamento para unidades de atenção especializada, além de viabilizar ações de promoção da cultura de paz junto à família, na escola, na comunidade e em outros espaços sociais.



VAMOS REFLETIR!

Lembre-se! É fundamental que os serviços de saúde, as autoridades policiais, os setores de emergência, as escolas e a sociedade civil organizada tenham conhecimento sobre quais serviços de saúde realizam esse tipo de atendimento. Todos devem ter uma lista com os endereços e responsáveis pela área de violência. Cabe, também, aos gestores e diretores dos serviços de saúde a implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação permanente das ações desenvolvidas.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao registro dos dados, contendo informações sobre comportamento e aspectos psicossociais de adolescentes, jovens e de suas

famílias. Esses dados devem ser registrados em detalhes, para que as autoridades que atuam na proteção e defesa dos referidos usuários tenham conhecimento da gravidade da situação à época do atendimento. Proteger a identidade do adolescente, do jovem e de sua família é um compromisso ético e profissional. As informações só deverão ser socializadas entre os profissionais da rede de cuidados e de proteção social diretamente e os envolvidos com o caso.



VAMOS REFLETIR!

Você sabe qual é a importância da notificação dos casos de violência? O seu município já implantou esse sistema? Você deve saber como está esse processo, vá à luta!

Atenção! A notificação deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e proteção social dos adolescentes e jovens, permitindo aos trabalhadores de saúde, educação, assistência social, judiciário e conselhos de defesa dos direitos adotarem medidas específicas e oportunas para interromper o ciclo da violência. A notificação é obrigatória para os profissionais da saúde e educação, que devem comunicá-las ao Conselho Tutelar. Porém, na realidade, muitos desconhecem essa obrigação e têm dificuldades de identificar a ocorrência de práticas de violência.

Para o Ministério da Saúde, a definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sociais e sanitários voltados para a proteção da criança, do adolescente e jovem, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa à interrupção das atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor. Essa notificação não é nem vale

como denúncia policial. Ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade (Brasil, 2002).

3.3 Atenção especializada, urgência e emergência

Quase sempre, os serviços de saúde de atenção especializada para atendimento ao adolescente e jovem em situação de violência estão vinculados aos serviços de saúde públicos ou conveniados com a rede SUS (Hospital, Maternidade, Unidade de Urgência e Emergência e os Centros de Aconselhamento e Testagem-CTA), podendo ainda ser prestados por Organização Não Governamental (ONG) (Brasil, 2010b).

Uma das grandes exigências a esses centros é a qualificação das equipes interdisciplinares, que têm composição variada de acordo com a capacidade instalada e o tipo de organização dos serviços. Em geral, são compostas por médicos (pediatras, ginecologistas, psiquiatras), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, mas pode haver também odontólogos, nutricionistas, pedagogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, advogados, dentre outras categorias profissionais.

O Ministério da Saúde recomenda que as equipes envolvidas diretamente na assistência devem receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxias das DST/HIV e hepatites) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se os direitos e atendendo às necessidades do adolescente e jovem, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez. Os médicos devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.



VAMOS SABER MAIS!

Note bem! Todas as recomendações e procedimentos técnicos de apoio ao diagnóstico, tratamento dos agravos, doenças, profilaxia, quimioprofilaxia e demais condutas, assim como os dispositivos legais encontram-se bem detalhados e atualizados no **Manual-Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 3ª edição**. É extremamente importante a leitura dessa referência técnica para suporte as suas ações profissionais. Como estas são muito específicas, não serão abordadas neste artigo. Acesse sua biblioteca e consulte o manual.

3.4 Ações de saúde mental e do serviço social

Como apoio e suporte no âmbito da saúde mental e do serviço social aos adolescentes, jovens e suas famílias em situação de violência e até mesmo ao agressor, representam um fator de cuidado e proteção, tanto no que diz respeito ao fortalecimento dos indivíduos e dos grupos familiares para o rompimento da cadeia da violência, quanto para o acompanhamento de possíveis sequelas psíquicas e emocionais resultantes das situações a que estão expostos.

A rede de atenção psicossocial é constituída por diversos dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial, segundo critérios populacionais e demandas locais dos municípios, entre outros. Para o atendimento de crianças, adolescentes e jovens e suas famílias em situação de violência, bem como do(s)/da(s) responsável(eis) pela agressão, destacam-se:

- a) **Centros de Atenção Psicossocial (Caps)** - são serviços extra-hospitalares de atenção diária, de base comunitária e que possuem equipe multiprofissional.

b) Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi) - é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

c) Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (Caps ad) - devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

d) Saúde Mental na Atenção Primária - oferece apoio de duas formas: na ESF por intermédio de uma equipe mínima de Saúde Mental ou pelo apoio dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Esse trabalho integrado entre as ESF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

e) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) - destina-se à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção básica às famílias e aos indivíduos, à articulação desses serviços no seu território de abrangência e à ação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social.

f) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) - oferece atenção especializada e continuada com foco na família em situação de vulnerabilidade; o propósito é garantir o acesso da família a direitos socioassistenciais, por meio da potencialização de recursos e capacidade de proteção. Em situação de violência, o Creas deve, ainda, buscar a construção de um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários e priorizando a reconstrução de suas relações.



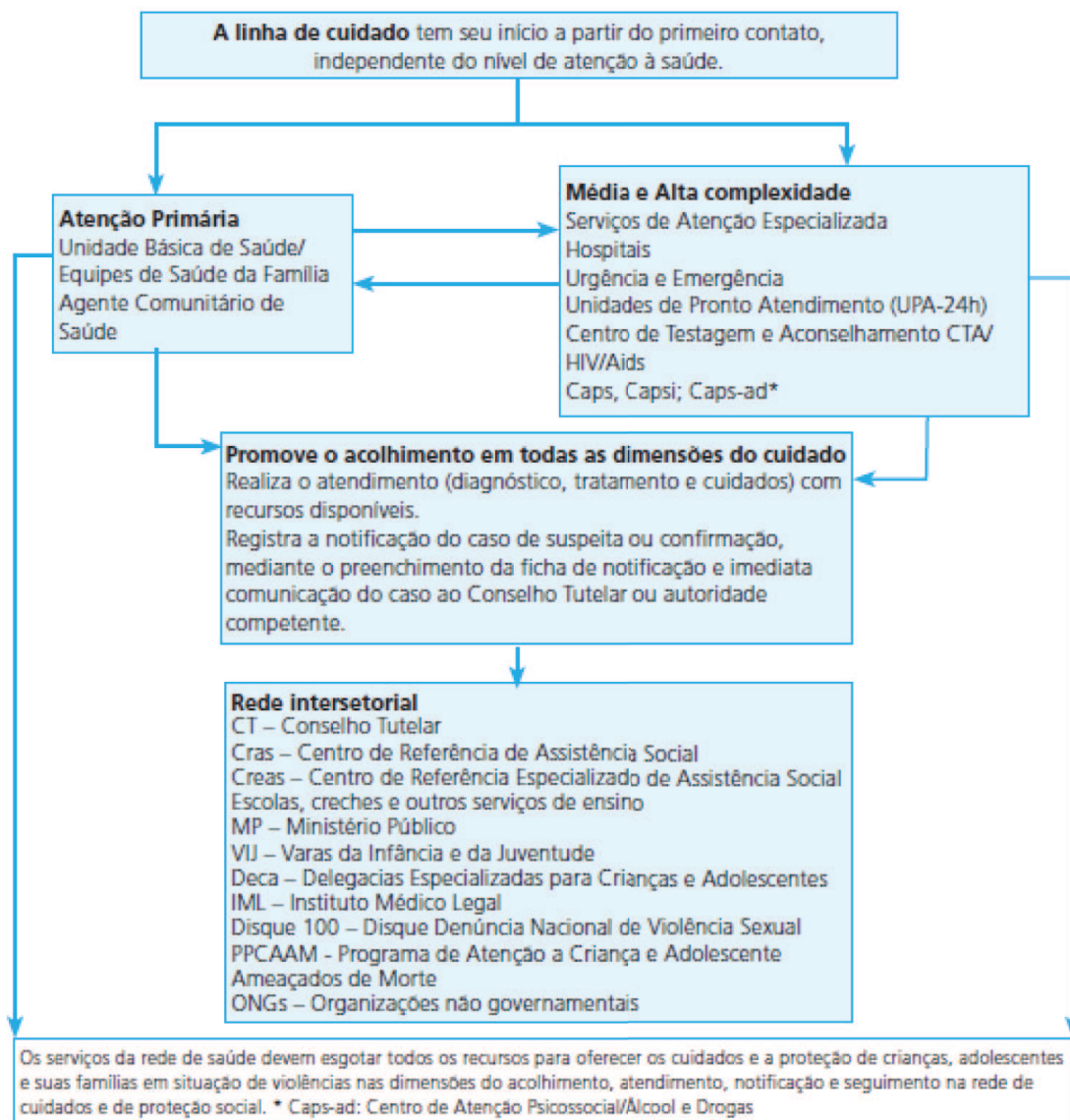
VAMOS REFLETIR!

Prezado(a) especializando(a), você pode ver que existem vários mecanismos e estruturas entre agências de políticas sociais, focados na atenção à prevenção e aos cuidados das questões sobre violência. Entretanto, há uma muralha muito grande a se escalar!

Para encerrar essa parte, você verá que, na área da gestão, existem os **Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde**, implantados nos serviços de Vigilância em Saúde/ Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais, Distrito Federal e em universidades federais e estaduais, pela Portaria nº 936, de 20 de maio de 2004. Um dos seus objetivos é implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), visando promover a qualidade da informação para o planejamento de ações de enfrentamento da violência junto às demais áreas do setor saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgência/emergências). As ações são realizadas em articulação com as entidades de direitos humanos e demais políticas sociais.

Em síntese, a linha de cuidado tem sua base a partir do primeiro contato com os adolescentes e jovens, independente do nível de atenção à saúde. No diagrama 2, está expresso o fluxograma da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, nos três níveis da atenção à saúde.

Diagrama 2 - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens e suas famílias em situação de violências, nos níveis da atenção à saúde



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010.

3.5 Abordagem ao Adolescente e Jovem em Situação de Risco ou Vítimados pela Violência

Prezado(a) especializando(a), até este ponto, foram expressas as bases, as recomendações e normas para organizar

a linha de atenção aos adolescentes e jovens, com ênfase na abordagem das questões da violência e sua complexidade. É oportuno fazer uma síntese dos sinais e pistas de maus-tratos, abuso sexual etc., considerando que, em geral, a violência contra o adolescente é praticada por pessoas que deveriam ampará-lo, como mães, pais ou outros adultos da relação familiar, podendo manifestar-se de várias formas e, entre elas, destacam-se violência física, sexual, psicológica e negligência/ abandono. Veja abaixo os indicadores que lhe servirão de apoio no seu trabalho.

Quadro 1 - Alguns Sinais de Alerta e Pistas para identificação de Maus-Tratos

Indicadores físicos e de comportamento de adolescentes e jovens	Características da Família
Presença de lesões físicas, queimaduras, fraturas mal explicadas.	Abuso de álcool, drogas, desemprego etc.
Dores, lesões, infecções (DST/HIV/AIDS) ou sangramentos na região genital ou anal.	Antecedentes familiares de maus-tratos e abuso sexual.
Tendências autodestrutivas, suicidas, humor depressivo.	Distúrbios psiquiátricos, abuso de álcool, drogas, maus-tratos e abuso sexual.
Isolamento e fugas constantes de casa.	Rejeição ao adolescente, negligência, humilhação etc.
Agressividade, medo ou apatia extrema, vergonha excessiva.	Apatia, passividade, baixa autoestima.
Problemas de aprendizagem, fadiga constante, falta de atenção e desinteresse pela escola.	Desleixo com a higiene e aparência pessoal, baixa autoestima.
Comportamento sexual inadequado	Possessividade; isolamento, difamação e privação de liberdade do adolescente etc.

Doenças psicossomáticas, padrão de crescimento deficiente.	Expectativas irreais com o adolescente, pressão psicológica, atitude severa etc.
Descuido da higiene, vestimentas e aparência pessoal, baixa autoestima.	Autoritarismo, abandono, desprezo, baixa autoestima.
Trabalho infantil; absenteísmo escolar	Disciplina severa e exploração do adolescente.

Fonte: Adaptado: Secretaria Municipal de Saúde/BH: Compromisso com a Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente, 2004.

A forma de olhar que as pessoas em geral têm sobre os adolescentes projeta uma imagem de um esteriótipo, segundo a qual ser adolescente ou jovem significa risco à saúde ou situação de constante perigo. E, no caso do adolescente do sexo masculino, a expectativa de risco iminente é ainda maior. Diante dessa percepção, é possível verificar que os adolescentes e jovens do sexo masculino estão mais sujeitos à violência física, ao passo que as do sexo feminino sofrem violência sexual. Isso reflete as características desse grupo que vive o grande desafio de testar limites, questionar normas, valores tradicionais e adaptar-se às pressões e responsabilidades deste ciclo da vida.

Caro(a) especializando(a), você está chegando ao final da jornada de leitura e reflexões sobre esse grupo interessante de abordar e, com certeza, em vários momentos você ficou saudosos(a) de sua própria adolescência, não muito distante vivida. Agora é hora de prática, ir à luta e fazer acontecer.

Por certo, você está ciente das suas responsabilidades nesse processo de consolidação da cidadania em saúde para os adolescentes e jovens. Também sabe que, para tanto, existe instrumental técnico, político e legal, entre eles as estratégias

do pacto pela saúde firmado para suporte e materialização das ações de atenção ao adolescente e jovem. Veja os indicadores estabelecidos no pacto pela vida, referentes á saúde desse grupo, utilizados para mediar o impacto dos trabalhos das equipes de saúde e o alcance dos objetivos propostos.

Seção 4 - A SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE

Nesta seção iremos apresentar alguns aspectos da saúde bucal do adolescente. Ao final desta, espera-se que você tenha adquirido competências para:

Orientar o adolescente para manter a saúde bucal;

Conhecer os principais agravos incidentes nesta faixa etária.

4.1. A Política Nacional de Saúde Bucal.

As diretrizes e objetivos da Política de Saúde Bucal são as mesmas apresentadas no módulo 1 desta unidade de ensino. Ela faz a orientação de que a atenção tem que ser voltada à situação epidemiológica do local onde está inserida a equipe, procurando identificar os grupos de maior vulnerabilidade para encaminhar para atenção individual curativa e promoção da saúde bucal, em todas as situações que o adolescente estiver em contato com a esf.

Na pesquisa nacional de saúde bucal, realizada em 2010, este segmento foi também avaliado. Foi observado que houve redução de 30% de dentes cariados, perdidos ou obturados, entre 2003 e 2010. Sendo que 18 milhões de dentes deixaram de ser acometidos pela cárie. Em 2003, 27% dos adolescentes haviam sofrido perda de pelo menos um elemento dentário, em 2010 este número caiu para 13% dos adolescentes. Segundo este inquérito nacional o país passa a figurar entre os países com baixa prevalência de cárie.

4.2 Agravos mais freqüentes

Em geral, o adolescente não procura a Unidade Básica de Saúde para resolver seus problemas, somente o faz, e com facilidade, quando se envolvem questões estéticas. Na adolescência, é comum a ocorrência de alguns problemas como a bulimia (distúrbio de alimentação que consiste em comer desenfreadamente e depois induzir o vômito para controle do peso), fato que pode concorrer para a erosão dentária (veja figuras) e cárie na face lingual dos dentes anteriores, bem como o uso de *piercing*, que pode causar complicações de ordem inflamatória e até infecciosa. Nestes casos, e ainda havendo suspeita/detecção de outros problemas, como a obesidade, gravidez, depressão e doenças respiratórias, entre outras, deve haver agendamento de consulta com o médico da equipe para avaliação.

4.2.1-Erosão dentária



Entre os 17 e 21 anos há, geralmente, erupção dos terceiros molares, na maioria das vezes em local de difícil acesso, o que exige cuidado especial na sua escovação. Nesta fase a maioria dos dentes permanentes de maior risco à cárie já estão erupcionados. Há necessidade, pois, de assegurar informações sobre os riscos com acidentes e traumatismos dentários e sobre a necessidade de proteção e de adoção de comportamentos seguros.

A equipe de saúde deve dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com as crianças e consolidar, nesta faixa etária, a ideia do autocuidado e da importância da saúde bucal. Essas orientações para os adolescentes devem ocorrer em uma linguagem que seja assimilada com facilidade.

Com a aproximação da idade adulta, apesar da tendência à redução de risco à cárie, cresce o risco às doenças periodontais decorrentes da alta incidência de gengivites, sobretudo a periodontite juvenil, doença de baixa prevalência, não exclusiva, mas própria desta faixa etária.

Os profissionais devem estar atentos para essa possibilidade. A visita periódica à unidade de saúde para diagnóstico precoce da doença se constitui na melhor forma de prevenção. Os resultados alcançados com o tratamento, em geral, são satisfatórios. A avaliação médica pode determinar ainda se há presença de doença sistêmica, principalmente nos casos em que não houver resposta para a terapêutica clássica.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais, pesquise nesta fonte:

<http://oralodontologia.blogspot.com/2010/11/periodontite-juvenil.html>

4.2.2 Periodontite Juvenil



A Periodontite Juvenil faz parte de um grupo de doenças periodontais severas que aparecem no início da puberdade,

localizada em adolescentes e adultos jovens, e caracterizada pela destruição do periodonto de sustentação.

Trata-se de uma doença crônica inflamatória, em que ocorre grande destruição óssea. Pode ser classificada de duas formas: localizada e generalizada. A localizada afeta os primeiros molares e/ou incisivos permanentes e a destruição das lesões normalmente é simétrica. Na manifestação generalizada, outros dentes são afetados, além dos molares e incisivos.

Este tipo de periodontite atinge crianças saudáveis na faixa etária entre onze e treze anos de idade, preferencialmente meninas, sendo quatro vezes mais prevalentes nelas. É também mais prevalente em melanodermas, embora não haja confirmação de prevalência em um grupo étnico.

O início se dá ao redor do período da puberdade, com lesões muito ativas, mas o diagnóstico pode ser realizado além da puberdade. A gengiva pode apresentar textura e cor normais, e pequena quantidade de placa em comparação ao grau de destruição óssea presente. As lesões tardias podem diminuir ou cessar espontaneamente.

O exame radiográfico apresenta rarefação na região dos primeiros molares permanentes superiores. Achados microbiológicos têm evidenciado o *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e alguns relatos de *Porphyromonas gingivalis*.

O tratamento é realizado por meio de terapia básica, com curetagem associada à antibioticoterapia.

São modalidades da doença periodontal:

Gengivite inicial:



Nesta situação ainda não ocorreram perdas nos tecidos de sustentação do dente - suporte ósseo e ligamento periodontal.

Periodontite avançada e evidente:



Este tipo de periodontite é de fácil diagnóstico clínico, porém requer um atendimento junto a um especialista (periodontista) devido ao grande grau de comprometimento das estruturas de sustentação e proteção dos dentes.

Periodontite não evidente:



Este tipo de periodontite é tão grave quanto a anterior, porque é de difícil diagnóstico clínico, devido ao fato de se ocultar sob uma gengiva aparentemente saudável.

Nota: Tome cuidado com a força aplicada. Tanto a escovação, quanto o uso de fio dental não deverão provocar sangramentos e, se isto ocorrer, você deverá procurar o seu periodontista.

Fonte: <http://www.isoral.com/halitose.html>

4.2.3 Halitose

É possível que eu tenha mau hálito e não saiba? Sim. As pessoas que têm mau hálito constante, por fadiga olfatória, não percebem o seu próprio hálito. Somente as pessoas que têm períodos de halitose e períodos de normalidade conseguem percebê-lo.

Por que acordamos com mau hálito? O hálito da manhã acontece devido à leve hipoglicemia, à redução do fluxo salivar para virtualmente zero durante o sono e ao aumento da flora bacteriana proteolítica. Quando estes micro-organismos atuam sobre restos epiteliais descamados da mucosa bucal e sobre proteínas da própria saliva, geram compostos de cheiro desagradável do tipo metilmercaptana, dimetilsulfeto e principalmente sulfidreto (que tem cheiro de ovo podre). São os compostos sulfurados voláteis (CSV). Após a higiene dos dentes (com fio dental e escova), da língua (com raspador lingual) e após a primeira refeição, a halitose matinal deve desaparecer. Se não desaparecer, o indivíduo tem mau hálito e este precisa ser investigado e tratado.

O que é saburra? Saburra é um material viscoso esbranquiçado ou amarelado, que se adere ao dorso da língua em maior proporção na região do terço posterior. A saburra equivale

a uma placa bacteriana lingual, em que os principais micro-organismos presentes são do tipo anaeróbios proteolíticos, os quais produzem componentes de cheiro desagradável no final do seu metabolismo.

O mau hálito é contagioso? Não. A saburra somente se forma em pessoas com predisposição à sua formação. Por isso, é muito comum observarmos casais em que apenas um dos parceiros apresenta hálito muito desagradável, a ponto de incomodar o outro.

O que predispõe à formação de saburra? A causa primária da formação de saburra é a leve redução do fluxo salivar, com a presença de uma saliva muito mais rica em mucina e que facilita a aderência de micro-organismos e de restos epiteliais e alimentares sobre o dorso da língua. Os graus de redução do fluxo salivar variam e, quando a redução é severa (de 0 a 0,3 ml/minuto, sob estímulo mecânico), já não encontramos saburra, mas outros tipos de desconforto. A medida do fluxo salivar (sialometria) deve ser feita por um profissional habilitado para isso. É importante a avaliação das causas da redução do fluxo salivar - uma causa bastante comum é o “*stress*” constante - para que se possa decidir sobre o tratamento.

O mau hálito pode vir do estômago? Esta é uma condição rara, embora a maioria das pessoas acredite ter halitose porque tem gastrite. É muito comum pacientes com gastrite terem mau hálito. Isto ocorre porque a redução do fluxo salivar propicia a formação de saburra, a qual permite que o *Helicobacter pylori* se instale no dorso lingual, prolifere e aumente em número, podendo chegar ao estômago e provocar a gastrite. A halitose de origem estomacal é comum apenas durante rápidos momentos de possíveis regurgitações e arrotos.

Faço dieta para emagrecer e agora tenho mau hálito. Por quê? O jejum prolongado leva à hipoglicemia e à queima de gordura, produzindo gases de odores fortes. O uso de fórmulas para emagrecer costuma provocar desidratação em função dos

laxantes ingeridos e, por este motivo, há diminuição do fluxo salivar e formação de saburra e mau hálito.

Há medicamentos para mau hálito? Em alguns casos, após a identificação da causa da halitose, na fase inicial do tratamento é necessário o uso de algum medicamento para aumentar o fluxo salivar. Também está indicado o uso de enxaguante bucal oxidante, que irá combater os compostos sulfurados voláteis (CSV).

Inflamação na garganta pode causar mau hálito? Sim. Pacientes com infecções das vias aéreas superiores (amigdalite, faringite, sinusite, adenoide e alteração das fossas nasais) costumam ter dificuldade de respirar pelo nariz e tornam-se respiradores bucais (durante o dia todo ou pelo menos à noite). Isto provoca aumento da descamação da mucosa (por ressecamento), aumento da viscosidade da saliva, com diminuição do fluxo salivar e formação de saburra lingual (origem do mau hálito). Inflamações frequentes na garganta podem ser causadas por diminuição do fluxo salivar. A falta de umectação destas estruturas predispõe-nas à infecção. Por isso nunca se devem extrair as amígdalas sem antes fazer o teste de sialometria (medida do fluxo salivar). Alguns pacientes extraem as amígdalas para resolver o problema de mau hálito, mas isto não ocorre, porque a causa do mau hálito não eram as amígdalas, mas a redução do fluxo salivar. A extração das amígdalas só é recomendada quando existem infecções recorrentes com pus e febre, ou em outra situação, quando pacientes com amigdalite e faringite, no período de febre, desenvolvem xerostomia e saburra lingual e, conseqüentemente, mau hálito.

Eu tenho nas amígdalas bolinhas amareladas que têm odor desagradável. O que é isto? São os cáseos amigdalianos. Os cáseos são semelhantes à saburra lingual e se formam pelo mesmo mecanismo. Ao se tratar a origem da formação da saburra lingual, trata-se também a origem da formação dos cáseos.

Já consultei vários profissionais sem ter solução para o meu problema. Halitose tem cura? Sim, tem cura. Às vezes, atingir a cura demora um pouco mais de tempo, mas sempre existe a possibilidade de controle. A maior parte das pessoas acredita que qualquer dentista ou médico está amplamente informado a respeito de mau hálito, o que nem sempre é verdade. O atendimento nesta área é diferente do atendimento odontológico de rotina. Desde que feito corretamente, o tratamento elimina realmente o problema de halitose.

São causas de mau hálito:

<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da quantidade de saliva (causada por diversos motivos: medicamentos, stress, ansiedade, doenças, etc.); • Saburra lingual; • Higiene bucal precária; • Cárie; • Problema periodontal; • Estomatite; • Sinusite; • Amigdalite; • Cáseos nas amígdalas; • Adenoide; • Rinite; • Corpo estranho nas fossas nasais; • Tabagismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoglicemia (causada por longos intervalos de jejum, dieta hipocalórica e exercícios físicos violentos); • Alimentos como alho, cebola, brócolis, repolho; • Alimentos que têm excesso de gordura animal ou proteína; Prisão de ventre; • Desidratação; • Diarreia; • Diabetes; • Alterações hepáticas, pulmonares, renais, intestinais; • Estados febris;
---	--

4.3 Fumo e Saúde Bucal.

Fumante é aquele indivíduo que tem disposição duradoura e repetição frequente do ato de fumar cigarro.

Sabe-se que não apenas os fatores ambientais, como também os de natureza socioeconômicas ou comportamentais (como o hábito de fumar), podem ter significativa relação com as doenças periodontais.

Diversos estudos demonstram que o tabagismo também pode influenciar a saúde periodontal; assim, suspeita-se que o fumante tenha um risco maior em desenvolver doença periodontal.

Neste sentido, tomando-se como referência estudos científicos realizados, conclui-se, com grande possibilidade de acerto, que a doença periodontal pode ter seu curso evolutivo agravado por questões relacionadas com o hábito de fumar, revelando, pois, uma possível associação entre a prevalência e a severidade da doença periodontal com o tabagismo.

Doença periodontal instalada em fumante



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais, acesse:

Artigo: A doença periodontal e o fumo

<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=135>

4.4 Álcool e Saúde Bucal

O alcoolismo é, nos dias atuais, um sério problema de saúde pública. No Brasil, estima-se que há na população uma

prevalência de 1 a 13% de indivíduos alcoólatras.

Ensaio epidemiológicos vêm ligando a doença periodontal ao consumo de bebidas. Em vários estudos transversais analisados sobre o tema, percebe-se uma ligação entre o abuso do álcool e uma piora nos indicadores de saúde periodontal.

Quando o assunto é alcoolismo, a faixa etária mais atingida está acima dos 18 anos. Já o uso do tabaco, de acordo com o Inquérito Domiciliar realizado em 2002 e 2003, entre pessoas com 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência varia de 12,9% a 25,2%.

O que nem todo mundo conhece é o tamanho do estrago que o vício, seja do fumo, seja do álcool, ou em ambos, causa na boca. Atualmente, cerca de 96% dos casos de câncer de boca são causados pelo fumo e, em 80% das vezes, o álcool ajuda a potencializar o aparecimento dos tumores.

Embora o câncer de boca seja o problema mais grave relacionado ao uso de álcool e/ou tabaco, existem outras patologias envolvidas no caminho. “O alcoolismo pode aumentar o risco de doenças periodontais, de halitose e de diminuição do tempo de duração de restaurações estéticas. Além de aumentar a dificuldade de cicatrização do paciente, pode gerar, em casos graves, hemorragias em procedimentos odontológicos”.



VAMOS SABER MAIS!

Mais informações podem ser encontradas no site:

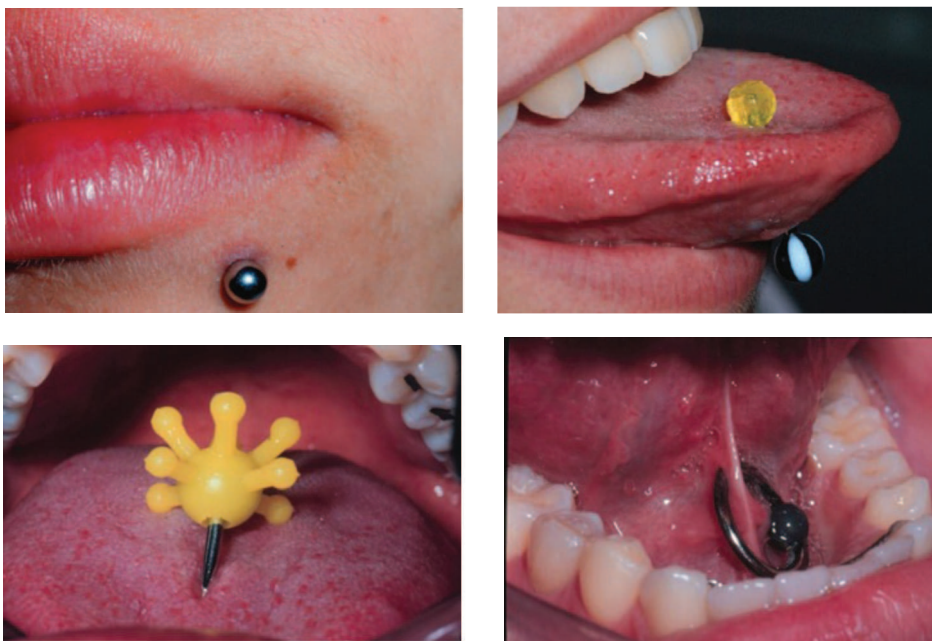
Artigo: Efeito da ingestão crônica de álcool na progressão de periodontite induzida em ratos da linhagem Fischer - 344

<http://www.inca.gov.br>

www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=3199&article=1242

4.5 Piercing e Saúde Bucal

A palavra *piercing* deriva do verbo inglês *to pierce*, que significa furar, perfurar, e é usada para definir um adorno de aço inoxidável, ouro, prata, teflon, acrílico ou titânio, fixado em diferentes partes do corpo, através de perfuração.



Ao adotar, por estética ou moda, o uso de *piercings* peri e intraorais, os indivíduos estão sujeitos a riscos que muitas vezes desconhecem. Cabe ao cirurgião-dentista conhecê-los para orientar seus pacientes.

Várias complicações decorrentes do uso do *piercing* têm sido relatadas na literatura. Os dentistas devem estar atentos a essa prática e aos problemas causados por ela.

Dor e edema são as complicações mais comuns. São decorrentes do procedimento, que é feito sem anestesia, pois os aplicadores não possuem licença para utilização de anestésico local nem para prescrição de medicação pós-operatória. Os profissionais devem estar atentos quanto a edemas, devemos ficar atentos, principalmente os relacionados ao *piercing*

lingual, pois em casos extremos poderão comprometer as vias aéreas superiores. Sangramento prolongado e / ou parestesia podem ocorrer se a perfuração na língua não coincidir com a linha média (paralelamente a esta passam os feixes linguais vículo-nervosos). Fratura dental e trauma à mucosa, gengiva e palato também são comuns se o usuário tiver o hábito de brincar com a joia; até mesmo o simples ato da mastigação pode causar dano aos tecidos adjacentes.

Também são relatadas pelos autores interferências na mastigação e deglutição, hiperssalivação e dificuldades na fala, porém os usuários afirmam não ter problemas desse tipo.

Além disso, os locais onde são feitas as perfurações nem sempre apresentam as condições mínimas de biossegurança, oportunizando a transmissão de doenças, como hepatite, HIV entre outras.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais acesse:

Artigo: Piercing oral: beleza, riscos e o papel da odontologia

<http://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/2448/8869>

4.6 Promoção da Alimentação Saudável

As transformações neste período do ciclo vital influenciam inclusive o comportamento alimentar. Promover alimentação adequada do adolescente é considerar suas características e sua individualidade, conciliando o prazer e a aceitação grupal com os princípios da alimentação saudável e a prática regular de atividade física.

A dieta rica em carboidrato, com grande frequência de ingestão e associada à escovação deficiente, é fator predisponente à cárie dentária. Assim, há necessidade de se orientar para uma dieta menos cariogênica e para o fato de que o consumo excessivo de refrigerantes pode ocasionar erosão dentária (desgaste dos dentes provocado por substâncias ácidas).

A alimentação saudável segue os mesmos princípios da alimentação para a família, incluindo todos os grupos de alimentos e fornecendo os nutrientes adequados ao crescimento e às modificações corporais que ocorrem nesse período, sem esquecer as diferenças marcantes entre os sexos, que afetam as necessidades de energia e nutrientes.

Alguns nutrientes merecem atenção especial. Em função do aumento da massa óssea, as necessidades de cálcio estão elevadas; já o rápido crescimento muscular e o aumento do volume sanguíneo necessitam de uma maior quantidade de ferro. Deve-se também dar atenção ao uso de anabolizantes e aos transtornos alimentares, como a bulimia e a anorexia nervosa, que podem ocorrer nessa fase e que precisam ser adequadamente tratados.

4.7 A importância da Higiene bucal

Ação imprescindível à higiene bucal é, com certeza, a escovação e o uso de fio dental, que devem ser orientados e estimulados. Entretanto, convém escutar sempre o adolescente/jovem antes de trabalhar os conceitos e a introdução de novos hábitos, conduzindo a conversa para temas de seu interesse.

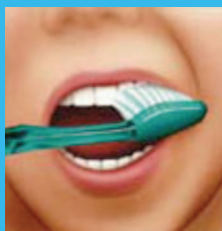
Comentários sobre como o cuidado da saúde bucal torna o sorriso mais bonito e o hálito mais agradável podem estimular o autocuidado. Pode-se tomar como exemplo o caso de sangramento nas gengivas, em que o adolescente evita a escovação da área afetada, sem ter conhecimento de que,

quanto mais escovar e passar fio dental nessa área, mais rápido as condições da região poderão melhorar.

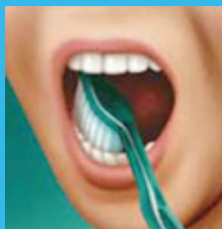
Como Escovar os Dentes

Qual a maneira certa de escovar?: Uma escovação adequada deve durar, no mínimo, dois minutos, isto é, 120 segundos! A maioria dos adultos não chega nem próximo a este tempo. Para ter uma ideia do tempo necessário para uma boa escovação, use um relógio na próxima vez que escovar os dentes. Escove-os com movimentos suaves e curtos, com especial atenção para a margem gengival, para os dentes posteriores, difíceis de alcançar, e para as áreas situadas ao redor de restaurações e coroas. Concentre-se na limpeza de cada setor da boca, da seguinte maneira:

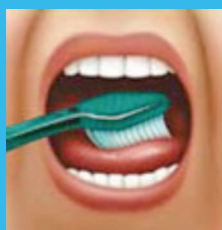
1. Escove as superfícies voltadas para a bochecha dos dentes superiores e, depois, dos inferiores.
2. Escove as superfícies internas dos dentes superiores e, depois, dos inferiores.
3. Em seguida, escove as superfícies de mastigação.
4. Para ter hálito puro, escove também a língua, local onde muitas bactérias ficam alojadas.



Segure a escova em um ângulo de 45 graus e escove com movimentos que vão da gengiva à ponta dos dentes.



Com movimentos circulares suaves, escove a face voltada para a bochecha e a face interna dos dentes, e a superfície usada para mastigar.



Com suaves movimentos, escove também a língua para remover bactérias e purificar o hálito.

Que tipo de escova dental usar? A maioria dos dentistas concorda que a escova dental de cerdas macias é a melhor para a remoção da placa bacteriana e dos resíduos de alimentos. As escovas com cabeças menores também são mais adequadas, porque alcançam melhor todas as regiões da boca, como, por exemplo, os dentes posteriores, mais difíceis de alcançar. Muitos escolhem a escova elétrica como a melhor alternativa, pois ela limpa com maior facilidade e é particularmente indicada para pessoas que têm dificuldade para higiene bucal ou têm menor destreza manual.

Qual a importância do creme dental na escovação? É importante que use o creme dental mais adequado para você. Atualmente existe uma grande variedade de produtos feitos especialmente para combater cáries, gengivite, tártaro, manchas e sensibilidade.

Quando devo trocar minha escova dental? Troque sua escova de dentes a cada três meses ou quando perceber que ela começa a ficar desgastada. Além disso, é muito importante trocar de escova depois de uma gripe ou resfriado para diminuir o risco de nova infecção por meio dos germes que aderem às cerdas.

Fonte: <http://www.colgate.com.br/app/Colgate/BR/OC/Information/OralHealthBasics/GoodOralHygiene/BrushingandFlossing/HowtoBrush.cvsp>

A adolescência é uma época de experimentação. É importante trabalhar com essa faixa etária os riscos que os hábitos a seguir representam para a saúde geral, além de

poderem causar mau hálito, câncer bucal, mancha nos dentes ou doença periodontal.

4.7.1 Higienização - Técnicas simples para uma boa higiene bucal

Escovação: A técnica é muito importante. Escove sem pressa, com escova macia, sempre que ingerir qualquer alimento, prestando bastante atenção no ato. Não se deve aplicar uma força muito grande, pois isto fere a gengiva e causa abrasão aos dentes, os mesmos motivos pelos quais devem-se evitar pastas dentais muito abrasivas. Peça ao seu dentista que lhe indique qual pasta usar.



A escovação deve ser feita com a escova inclinada em relação ao longo do eixo dos dentes, em um ângulo de aproximadamente 45°, de forma a higienizar também o sulco gengival.



O conhecido movimento circular permite a limpeza em todas as direções, abrangendo assim sulcos, cicatrículas e fissuras existentes nos dentes.

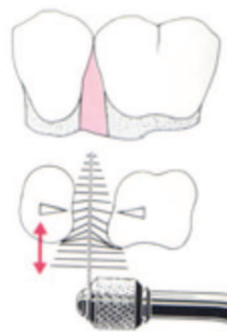


Nesta foto, você vê a escova sendo aplicada sobre o dente sem a inclinação indicada.



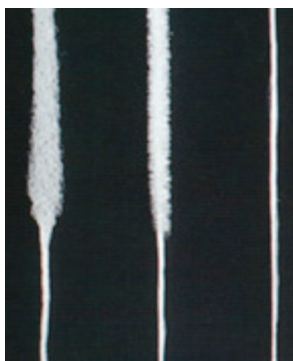


Nessas três últimas fotos, você acompanha o movimento no sentido gengivo-oclusal (da gengiva para a borda ativa dos dentes). Este movimento deve ser feito sempre, de preferência, ao final da escovação, pois ele auxilia na remoção dos resíduos que ficam dentro do sulco gengival.



Quando há espaços maiores entre os dentes, fica indicado o uso das escovas interdentais. Nesses espaços elas, juntamente com o fio dental, vão possibilitar a saúde gengival nessa região que está mais suscetível ao acúmulo de cálculo dentário (tártaro).

Fio dental: Passe em todos os dentes, abraçando todos os lados.



Existem vários tipos de fios dentais. Consulte o seu dentista sobre a vantagem ou necessidade de um ou outro tipo. O tipo mais à direita é o mais comum, e se aplica praticamente a todos.



O fio dental deve entrar suavemente entre as papilas gengivais e os dentes, para limpar profundamente. Após atingir essa posição, deve-se combinar um movimento de vai-e-vem com o de “subida” do fio (veja esquema). É importante lembrar-se novamente de inserir o fio dental entre esses dois dentes, mas desta vez para higienizar o outro dente.

Língua: Higienize a língua utilizando um limpador de língua, pois esse instrumento é muito mais eficiente do que a escova. Existe uma grande variedade deles no mercado, e você

ainda pode utilizar alternativas como uma colher de tamanho médio, com a concavidade voltada para baixo.



Tome cuidado com a força aplicada. A utilização desse instrumento não deverá irritar a língua e, se isso ocorrer, você deverá procurar o seu dentista para instruções.

Gengiva: Para a saúde gengival, você deverá escovar os dentes adequadamente, utilizando a escova em uma inclinação de 45° em relação aos dentes e fazer uso correto do fio dental, que deve limpar ambas as faces proximais entre os dentes, tanto dos “de trás” quanto dos “da frente”.

Raspador lingual



Existem hoje, no mercado, diversos tipos de raspadores de língua (metálicos ou de plástico, rígidos ou flexíveis e com diversos formatos: em “U”, em “V”, colher, espátula), tendo

sempre em comum uma ponta ativa semelhante a uma lâmina suave e adequada para a raspagem sem agressão da língua. A escolha do tipo adequado para uso pessoal vai depender da habilidade de uso e capacidade de limpeza que o paciente e o profissional podem definir de comum acordo.

Raspar a língua ajuda a prevenir a halitose, cárie, doença periodontal, e algumas doenças sistêmicas.

Enxaguante bucal

A maior parte dos produtos comercializados no mercado não elimina o mau hálito. Eles apenas o mascaram temporariamente (aproximadamente 10 minutos).

A maioria dos enxaguantes bucais contém álcool, que resseca os tecidos da mucosa bucal, causando descamação (as células descamadas servem de “alimento” para as bactérias que causam o mau hálito), o que posteriormente levará a uma piora do hálito. Além disso, tais enxaguantes bucais contendo álcool podem aumentar o risco de câncer bucal e faríngeo em 50%.

O enxaguante bucal ideal deve:

- Atingir especificamente as bactérias anaeróbias (responsáveis pelo mau odor e pela inflamação gengival), respeitando o equilíbrio da flora bacteriana bucal;
- Eliminar os compostos sulfurados voláteis (CSV);
- Ser eficaz e seguro;
- Ter efeitos de longa duração;
- Ter sabor agradável e refrescante;
- Não manchar os dentes;
- Não conter álcool;
- Não irritar a mucosa;

- Não conter agente carcinogênico;
- Não conter açúcar.

Hoje em dia, já existem produtos com estas características; logo, o uso de enxaguantes e de outros produtos de higiene bucal, sem orientação profissional, irá apenas camuflar ou mascarar a halitose, já que sua ação não elimina as causas da alteração do odor bucal.

Seção 5 - A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ADOLESCENTE

Esta seção apresenta os programas para atenção dos adolescentes e discute as ações que a esf deve realizar para assistir os adolescentes.

A Atenção à Saúde do Adolescente no estado segue as diretrizes nacionais do Ministério da Saúde. Desenvolve um conjunto de ações com o propósito de atender o adolescente numa visão biopsicossocial, enfatizando a promoção à saúde, prevenção dos agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, melhorando a qualidade de vida do adolescente e de sua família.

O atendimento ao adolescente deve ser realizado em toda a rede de saúde do Estado: centros e postos de saúde, unidades básicas da Estratégia Saúde da Família e hospitais.

5.1 Planos e Programas

PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS: Este projeto surgiu em 2003, através de uma ação conjunta entre os Ministérios da Educação e da Saúde com o apoio da UNESCO e UNICEF, despontando como uma inovadora e eficiente ação em busca de promoção de saúde de adolescentes e jovens. Como cernes iniciais deste trabalho, destacam-se: a saúde sexual e reprodutiva, questões referentes às doenças sexualmente transmissíveis (DST), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), gravidez na adolescência e assuntos relacionados às questões de etnia, gênero e violência, entre outros, sempre estimulando frutíferas discussões entre educadores, alunos, pais e profissionais de saúde.

A disponibilização de preservativos dentro das escolas, por exemplo, atitude arrojada contemplada neste projeto, oferece

à comunidade discente mais uma opção de acesso gratuito a esses insumos.

O SPE desponta ainda como uma eficaz ferramenta de integração entre setores governamentais de saúde e educação, interagindo-se com a sociedade civil organizada e comunidade escolar.

PLANO OPERATIVO DE MATO GROSSO DO SUL: Segundo a portaria nº 340 de 14 de julho de 2004, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde do MS elaborou, em parceria com a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, o Plano Operativo Estadual (POE), que fornece as diretrizes para a atenção integral aos adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória do MS. Este plano foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) e habilitado a receber incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde em abril de 2010.

5.2 Principais Programas para o atendimento a Adolescentes e Jovens

O PSE - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: instituído pelo Presidente da República através do Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, criado com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública básica de educação, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Em 04 de setembro de 2008, os Ministérios da Educação e da Saúde, através da Portaria 1.861, formalizaram uma parceria, visando à colaboração ativa entre as escolas e equipes da Estratégia Saúde da Família, como forma de estimular a adesão dos governos estaduais e municipais ao Programa Saúde na Escola - PSE, com a responsabilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

O Mato Grosso do Sul aderiu ao Programa em 04 de dezembro de 2008 e, segundo determinação da Portaria 1.861-GM/MS, foram credenciados 08 municípios em 2009; através da portaria 1.863 foram credenciados mais 08 municípios e, em 2010, pela portaria 1.664, foram contemplados mais 48 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, totalizando 66 municípios.

5.3 A Estratégia Saúde da Família, ações voltadas à saúde do adolescente

A Estratégia Saúde da Família tem como uma das prioridades a atenção a esta faixa etária. Deve prestar atenção continuada e promover a autonomia dos adolescentes. Suas ações devem partir do conhecimento a respeito de quem são seus adolescentes, como vivem, quais as situações de vulnerabilidade a que estão expostos e como se dá o acesso à unidade de saúde. É preciso desenvolver competências para captar este segmento, que não procura a unidade, através de ações programadas pela equipe.

Fortaleça as ações de diagnóstico e planejamento, busque o adolescente e conheça os indicadores pactuados para esta faixa etária.

Estabeleça o vínculo com a escola, com grupos organizados de sua comunidade e vá ao encontro deste segmento populacional, sempre de forma criativa, buscando formar grupos de adolescentes, atuando no sentido de promover ações voltadas ao autocuidado. Este grupo, por suas próprias características, já discutidas neste módulo, necessita de uma abordagem criativa.

Voce conhece os indicadores estaduais voltados à atenção à saúde dos adolescentes de nosso estado? Acesse o Pacto de Atenção à Saúde na página da SES de MS, nele estão pactuados os indicadores a serem monitorados. Avalie os indicadores que você e sua equipe conseguiram alcançar.

Em seção anterior você teve acesso a dados de mortalidade por AIDS, por violência e outros. É importante assinalar que os profissionais de Atenção Primária à Saúde, tem condições de reverter este quadro negativo que ora se apresenta. Depende da nossa capacidade de assistir esta população, de tecer parcerias com outras entidades, de trabalhar com a comunidade e da gestão do serviço municipal de saúde, adotando plenamente as diretrizes do Ministério da Saúde, além de assegurar condições adequadas para atuação das equipes de saúde no enfrentamento das situações adversas, que ocorrem neste segmento populacional.

Ações a serem monitoradas pelas equipes de saúde da família:

- Conhecer os adolescentes em situação de vulnerabilidade;
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento;
- Monitorar a imunização;
- Prevenção de DST/AIDS;
- Prevenção da gravidez; anticoncepção;
- Vigilância nutricional;
- Saúde bucal;
- Ações de promoção e proteção à saúde;
- Assistência à saúde.
- Verificar os dados de mortalidade.
- Fazer o planejamento e avaliação das ações.

Para executá-las, o essencial é a construção de vínculos com sua clientela, a elaboração de estratégias para a sua captação, a avaliação contínua das ações, a busca de parcerias, o trabalho em equipe, enfim, um fazer em saúde diferenciado, voltado ao indivíduo adolescente, um fazer com olhos na integralidade, buscando sempre a orientação para uma vida saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre a saúde do adolescente e jovem é muito interessante pelos desafios e pela complexidade que esse tema apresenta para as políticas sociais e para a prática dos trabalhadores sociais. Esse artigo sintético demonstra que, para atender as necessidades de saúde desse segmento, deve-se olhar para além dos indicadores de morbimortalidade, apesar da sua complexidade e magnitude, da gravidez precoce e da drogadição. Todas essas questões são extremamente difundidas no interior das políticas públicas voltadas ao segmento em questão.

Outro aspecto importante é saber que existem efetivos caminhos com possibilidades para a realização de práticas mais eficazes e eficientes, espaços legítimos para a participação do adolescente, jovem e sua família para efetuar o controle social e a gestão das ações destinadas a eles.

Está bem claro que, para sensibilizar e conseguir a adesão de adolescentes e jovens nos processos destinados a eles, a forma de abordar e as reflexões devem centrar o foco para além das questões específicas sobre saúde e autocuidado. Assim, é fundamental falar, também, sobre os projetos de vida, expectativas sobre o futuro e seus direitos de cidadania.

Contudo, para entender e atuar nas particularidades desse grupo populacional, a equipe deve ser qualificada e capaz de dar respostas às demandas, ter habilidade de encontrar brechas na relação interpessoal, apoiar o avanço do processo de forma adequada e de garantir a vigilância efetiva a todos os agravos.

O papel que cabe à promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem as iniquidades, mas, sobretudo, atuar como sujeito de mudanças radicais dos hábitos e comportamentos da população e das formas de gestão dos serviços de saúde. Os serviços precisam adotar uma postura democrática, abrangente, que perceba e respeite as

peculiaridades culturais, abrindo canais entre os setores sociais, políticos, econômicos, educacionais, os meios de comunicação e meio ambiente, com vista a uma parceria, como estratégia de gestão, acompanhamento das ações de saúde e controle social.

Portanto, é pautar as práticas de promover e educar e, como diz o estimado e inesquecível Professor Joaquim Cardoso de Mello:

Na realização do processo educativo tem que se escutar as vozes da razão e da paixão; e para que possam ser escutadas, é necessário recuperar, resgatar, ou melhor, reconhecer aquilo que está lá, embora não se tivesse olhos e ouvidos para ver e escutar... E o que sempre esteve lá é o sentimento, a afetividade, a compreensão, a intuição. A compreensão que pode levar, junto com o analítico, ao compromisso; com-promessa. E a promessa tem que ser fiada, confiada. E esta confiança é dada pela capacidade comunicativa, sem anular ou excluir o outro. Assim, recuperar a paixão como sentimento é poder erotizar as relações, no sentido amoroso de unir-se, sem apagar as diferenças [...] (Cardoso de Mello, 1993)

REFERÊNCIAS

Aberastury, A & Knobel, M. *Adolescência Normal*. 9ª edição, Porto Alegre, RS: Editora Artes Médicas, 1991.

Blum, R. W. *Global Trends in Adolescent Health*. *Jama*, 265: 2711-19.1991.

BUENO RE, Protocolo de atenção à saúde bucal por ciclos de vida. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 18-26. 2010.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Taquette, Stella et alii. Mulher adolescente/ jovem em situação de violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, p. 128, 2007. Taquette, Stella (org.) Disponível em: http://www.quebreociclo.com.br/wp-content/uploads/2010/11mul_jovens.pdf. Acesso em mar/2011.

BRASIL Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Um olhar sobre o jovem no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS nº 5. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.7 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violência. Brasília, DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília, DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde- Sistema Nacional de Vigilância em Saúde- Mato Grosso do Sul. Brasília, DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ DAB. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167).

Cardoso de Melo, J. A. *Educação: razão e paixão*. In: Educação: razão e paixão. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993.

GARBIN, C.A.S. et al. A saúde na percepção do adolescente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009.

Horta, N. C. & Sena, R. R. *Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 475-495, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a08v20n2.pdf>. Acesso em mar., 2011.

Lipi, J.R.S. et al. *Suicídio na Infância e Adolescência*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.39 (4): 167 - 174. Julho/Agosto, 1990.

MARQUEZAN M, SOUZA LT, TANAKA O. Piercing oral: beleza, riscos e o papel da odontologia. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre., Porto Alegre, v. 49, n. 1, p. 12-15, jan./abr., 2008.

MINAYO-GOMEZ, Carlos & MEIRELLES, Zilah Vieira. *Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva*. Cad. Saúde Pública. 1997, vol.13(2): 135-140.

ORLANDI, R.; TONELI, M.J.F. Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. Psicol. estud., v. 13, n. 2, p. 317-326, 2008.

Osório, L.C. *Adolescente Hoje*. 2ª edição, Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1991.

Raposo, C. *A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde*. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Revista em Pauta. Volume 6 - Número 23 - Julho de 2009. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewfile/450/548>. Acesso em: mar, 2011.

Ribeiro, M. *Sexo Sem Mistério*. 2ª edição, São Paulo: Editora Saraiva, 1996.

Silber TJ. *Medicina de la adolescência: su historia, crecimiento y evolución*. In: Maddaleno, M. et al. La salud del adolescente e del jovem. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.

Takiuti . A. *A Adolescente está Ligeiramente Grávida. E agora? Gravidez na Adolescência*. São Paulo: Iglá, 1991.

Urt, S.C. *Uma Análise Psicossocial do Significado do Trabalho*

para os Jovens. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Educação. Campinas, São Paulo, 1992.
Vitiello, N. et al. *Adolescência Hoje*. Comissão Nacional de Estudos sobre Adolescência. São Paulo: Roca 1988.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

ISBN 978-85-7613-325-4



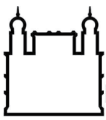
9 788576 133254

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



FIOCRUZ
UNIDADE GERRADO PANTANAL



ASMEFAC
Associação Sul-Mato-Grossense de
Médicos de Família e da Comunidade



SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública



UNASUS
Universidade Aberta do SUS