

Sandra e Sofia

Sumário

| | |
|--|----|
| Sandra e Sofia | 2 |
| Saúde da criança | 7 |
| Saúde Bucal na infância | 16 |
| Saúde Mental na Atenção Primária | 19 |

Sandra e Sofia



Sandra, com 43 anos, acaba de dar à luz Sofia. Já tem uma filha de sete anos, Amanda. Sofia e Amanda também são filhas de Oscar, seu marido.

Sandra trabalhou como Agente de Saúde por quatro anos, mas conseguiu há alguns anos um trabalho com melhor remuneração em uma lavanderia industrial. Parou de trabalhar na gravidez porque se sentia tonta. Depois do nascimento, tem trazido Sofia toda semana à UBS Pedra Azul devido a assaduras, alergias e nariz entupido. Sandra acha que Sofia sente dor.





A enfermeira Rita descobriu recentemente que está grávida de seu primeiro filho e, desde então, vem tendo sonhos em que não consegue amamentar e a criança não para de chorar. Sonha também que a criança tem enormes assaduras e que não consegue se apegar a ela. Chegou a tentar atender Sandra e Sofia, apoiá-las na amamentação, mas Sofia acabou largando o peito com dois meses.

Isso gera um enorme desconforto em Rita, que fica nervosa toda vez que Sandra vem para consultas de demanda espontânea. Ficou aliviada quando Sandra faltou à última consulta de puericultura. Mas resolveu pedir para o dentista Júlio avaliar Sofia, pois na última consulta Sandra disse que desconfiava que a menina tinha a língua presa e, por isso, não conseguia mamar.

Júlio, que só tinha “vaga” em duas semanas e percebendo uma situação difícil, negociou uma consulta de Sofia com o Dr. Felipe para o dia seguinte, no final da manhã.

Sandra vem com as duas filhas. Amanda tem tido dor de barriga, sempre à noite, mas algumas vezes na escola também e quando volta para casa. Não quer comer nas refeições, pede mamadeira. Queixa-se de dor de dente. Sandra anda impaciente com o choro e assustada com a saúde das filhas. Acha que elas têm o organismo fraco e pede vitaminas e exames. Seu marido anda



distante e indiferente, parece ter se afastado desde a gravidez. Segundo Sandra, ele não tem contribuído para resolver os problemas das crianças. Sandra também tem sentido muitas dores, não dorme bem, sente-se sem forças. Percebeu o aumento de uma mancha no rosto, que adquiriu quando era Agente de Saúde.

Primeiro encontro: Sofia e Amanda

[11h32]

– Bom dia, meninas. Como estão as três? – saúda Felipe.

– Doutor, Sofia só vive com nariz trancado, assada e chorando. Tem uma assadura no pescoço, já passei vários cremes, tomou até antibiótico, mas não cura. Acho que ela é mais fraca que a irmã porque largou o peito. Aliás, parece que ela tem a língua presa. As duas vivem chorando, tem horas que dá vontade de sumir. Trouxe a Amanda junto para o senhor pedir uns exames. Ela não come nada. Ela também está gripada há umas duas semanas e com dor de barriga de noite, há mais de um mês. Já dei remédio de vermes, não passa. Só quer tomar Nescau. Minha mãe fala que... – narra Sandra.

O médico escuta com atenção e interrompe após dois minutos:

– Espera um pouco, vamos ver se eu entendi pra poder ajudar. Sofia tem um problema de pele que não está melhorando. Amanda está com problemas para comer e dor de barriga. As duas parecem gripadas.

– Elas só vivem doentes, não sei o que está acontecendo. A Sofia, eu achava que era fome e dava mamadeira, ela acalmava um pouco, mas tinha cólicas... No final, meu leite secou. Agora acostumou com a mamadeira, mas, quando chora, eu não consigo acalmá-la. A enfermeira falou que ela cresceu pouco. E a outra, de uns tempos pra cá, deu pra não dormir de noite, não quer comer. Acho que gosta mais da chupeta. E tem essa dor de barriga... – lamenta Sandra.

– Você parece estar tendo muito trabalho com elas. O que tem sido mais difícil ou tem lhe preocupado mais? Quem tem ajudado a senhora? – questiona Felipe.

– Deus, doutor. O pai, que era tão bom com Amanda quando ela era pequena, agora só fica deitado, reclamando que está cansado. Desde a gravidez, ele anda assim, diferente. O senhor podia dar um remédio pra ele. Tem andado parecido com o pai dele, no que tem de pior... – reclama Sandra.

[11h37]

– E você, Sandra, como tem se sentido? Tem andado o tempo todo triste ou sem energia? Perdeu o interesse pelas coisas que gostava? – pergunta Felipe, tentando entender o caso.

– Irritada e triste, com dor no corpo todo, meio tonta, sem vontade de comer... Quando consigo dormir, acordo assustada. Tenho me achado horrível! Minha mãe acha que eu estou com depressão, mas só fala que eu tenho que ter paciência e força de vontade. Ela é outra, que em vez de ajudar, só me bota pra baixo... – lamenta Sandra.

– Vejo que está preocupada com isso... Fale mais sobre o que está pensando... – insiste Felipe.

– Penso que não sei mais cuidar de um bebê. – diz Sandra, já com lágrimas nos olhos. – Acho que elas não vão gostar de ter uma mãe velha. Minha mãe falou que eu não ia conseguir amamentar, acho que não estou fazendo nada direito. – conclui, com tristeza.

[11h40]

O médico lhe dá um lenço de papel e espera ela se acalmar. Propõe pesar e examinar as crianças. Sofia está com peso no P3, altura no P50, corada, hidratada, ativa e sorridente. Tem eritema e secreção amarelada no rosto e no pescoço, crostas na cabeça, uma assadura comum no períneo, obstrução nasal. O freio lingual parece curto. Amanda tem roncos e alguns sibilos na ausculta, sem taquipneia ou esforço respiratório, e está gordinha e corada. Com a congestão nasal, respira pela boca. Durante o exame, ela chora e faz cena, depois se agarra na mãe, puxando-a para baixo.

[11h47]

– Sofia está mesmo um pouco abaixo do peso, mas podemos recuperar. – começa Felipe. – Essa alergia deve melhorar em pouco tempo; vou te orientar uma loção e reavaliemos. Acho importante o Doutor Júlio, dentista, dar uma olhadinha na questão da língua presa. Ela vai participar do próximo grupo de pesagem, daí ele avalia. E a Amanda parece estar com uma bronquite, que pode durar um pouco mais que um resfriado, mas só precisa de nebulização. Vou pedir um raio X e falar com o pediatra recém-contratado do NASF para vermos a melhor forma de tratar a alergia dela. Ela está também um pouco manhosa... Quem sabe esta dor de dente não é algo mais sério? Vamos pedir pro dentista examinar?

– Tenho vivido só para elas, doutor. – responde a mãe. – Mas parece que não estou sabendo ser uma mãe boa. Tenho me sentido sem apoio, sem marido, sem tempo pra mim, não me arrumo mais, não lavo direito o cabelo... E ninguém nota, nem me ajuda, tenho me sentido muito sozinha. Se pelo menos minha mãe parasse de encher minha cabeça e ajudasse...

– Bem, Sandra, as meninas não estão tão doentes. – consola o médico. – Só alguns cuidados e elas já ficam bem. Mas você parece estar com problemas reais, como essa dificuldade de se entender com sua mãe e com seu marido. Muita coisa muda com a chegada de uma criança nova e, no seu caso, parece ter mexido com todas as suas relações. E

as coisas que você tem sentido no seu corpo, os pensamentos negativos, a sensação de não dar conta, tudo isso pode ter a ver com a situação em que está sua vida. Então, se pudermos ajudá-la a pensar em soluções para esses problemas, talvez você e as crianças se sintam melhor. O que acha disso? – propõe Felipe.

– Será que estou doente, doutor? – pergunta Sandra.

[11h52]

– Acho que você está sobrecarregada. – responde Felipe, tentando acalmá-la. – Vamos resolver hoje o problema das meninas, e vocês voltam em duas semanas. Aí combinamos um tratamento pra você.

Quando sozinho, o médico pensa: “Sandra está deprimida, com pouco apoio e tem problemas concretos. Seria boa candidata para o grupo de resolução de problemas. Mas vou precisar tranquilizá-la quanto às crianças, para ela perceber que precisa de ajuda. Preciso pensar em como oferecer esse apoio, orientá-la com Amanda, acompanhar Sofia, que já nem mama mais no peito... Vou ter que dividir com a equipe...”

Dois semanas depois

Sandra voltou em duas semanas, um pouco mais tranquila em relação às crianças. Sofia estava melhor da pele do pescoço com a loção de corticoide, mas começando algumas lesões em dobras que pareciam coçar mais. Sandra foi ao grupo de pesagem e Júlio a tranquilizou em relação à língua presa de Sofia. Ela continuava ganhando pouco peso, apesar das mamadas adequadas, mas sem nenhum sinal de doença.

Amanda tossia menos com as nebulizações, mas ainda dava trabalho para dormir. Não fez ainda o raio X, mas passou em consulta com o Dr. Daniel, pediatra do NASF, que orientou uma bombinha de nariz, já melhorando bastante o nariz entupido e o ronco noturno. Iniciou tratamento com Júlio, sendo diagnosticados alto índice de placa, atividade de cárie com presença de lesões de cárie de acometimento precoce da infância (ECC). Dentro da Estratégia Saúde da Família, foi proposta ação individual pela equipe odontológica, com atividades de prevenção e controle de cárie pela Auxiliar de Saúde Bucal Ana Cristina, orientando a importância da remoção de hábitos como o uso de chupeta e mamadeira.

Foram realizados procedimentos de Tratamento Restaurador Atraumático, fluoroterapia, educação e controle da dieta e higiene, valorizando a mudança dos hábitos.

Sandra sentia-se triste e sem motivação, mesmo com alguma melhora das filhas. O marido continuava chegando do trabalho cansado e dando pouca atenção para as três.





Felipe combinou com Sandra retornos das crianças com a enfermeira Rita e visitas mensais do Agente de Saúde. Não quis pedir outros exames, preferindo reforçar os cuidados com a pele de Sofia e orientar brincadeiras com Amanda à noite. Em um mês, teria nova consulta com elas.

Depois explicou mais uma vez para Sandra o tratamento de solução de problemas. Sandra concordou em participar do grupo. O médico prescreveu também um antidepressivo, pois Sandra tinha sintomas moderados e desejava melhorar logo. Percebeu também uma mancha no rosto de Sandra:

– Sandra, desde quando você tem esta mancha no rosto? – pergunta Felipe.

– Ah doutor, quando eu era agente surgiu esta feridinha que nunca sarou. – responde Sandra.

– Você usava protetor solar enquanto fazia as visitas? – continua o médico.

– O que a empresa dava era muito fedorento e eu nunca tive dinheiro para comprar um bom protetor. É grave, doutor? – indaga Sandra.

– Não sei, Sandra. Mas vou pedir avaliação do dermatologista, tá bom? – tranquiliza Felipe.

– Tá bom, doutor. Obrigada.

Dois meses depois

Com o tratamento no grupo, Sandra percebeu que seus problemas não eram assim tão diferentes, nem impossíveis de resolver, e começou a identificar soluções para eles. Conseguiu iniciar algumas conversas francas com seu marido, com bom resultado; percebeu que ele também se ressentia da distância delas. Aos poucos, eles voltaram a olhar um para o outro. Oscar continua trabalhando muito, mas toda noite fica um pouquinho com Amanda.

Sandra aprendeu a lavar o nariz de Sofia, e as crostas do pescoço e da cabeça melhoraram em algumas semanas, o que diminuiu as idas à USF de Pedra Azul. No último mês, ela apresentou novas lesões de pele, desta vez pápulas no rosto e eritema em dobras da perna. Sandra tem usado hidratantes na pele dela todos os dias, e as duas se divertem com a massagem. Amanda tem brincado de ajudante na cozinha com a mãe e está um pouco melhor para comer, apesar de ainda fazer manha na casa da avó.

Após algumas consultas, Sandra conseguiu trocar a mamadeira por canequinha, conforme orientação do dentista e da TSB, e estava tentando tirar a chupeta.

Amanda também apresentava mordida aberta decorrente do hábito de sucção não nutritiva, às vezes conseguia dormir sem a chupeta. Sua escovação está melhor, não falta nas consultas odontológicas. Gosta muito das histórias que o pai conta e tem se queixado menos à noite.

Sandra estava tentando remover a chupeta, e cuidando melhor da escovação e dos hábitos alimentares, como o uso de carboidratos fermentáveis.

Sandra não voltou a trabalhar nem deixou de cuidar sozinha das crianças a maior parte do tempo, mas sente-se bem melhor. Vai usar um antidepressivo por seis meses, pois teve ótima resposta. O grupo termina na próxima semana. Ela está contente, pois Sofia ganhou 500 g no último mês. Sandra foi ao dermatologista, que disse que a mancha em seu rosto era uma lesão que podia virar câncer. Ele tirou a lesão e mandou Sandra usar protetor solar todos os dias.



Infecções agudas de vias aéreas

Gilberto Petty da Silva



A maioria das infecções respiratórias agudas em crianças tem como agentes etiológicos os mais de 200 tipos de diferente vírus, entre eles os rinovírus, o vírus sincicial respiratório, o adenovírus, os vírus para influenza, o coronavírus e os enterovírus. São infecções benignas, autolimitadas e não necessitam de tratamento com antibióticos.

Esses quadros geralmente se iniciam com um resfriado comum e apresentam como sintomas coriza hialina, espirros, tosse seca, febre de intensidade variável, diminuição do apetite e, eventualmente, vômitos e fezes amolecidas. Demonstram boa evolução com medicação sintomática, como analgésicos, antitérmicos e limpeza nasal com soro fisiológico, com desaparecimento da febre em 48 a 72 horas e melhora progressiva dos demais sintomas ao redor de uma semana. Podem evoluir com complicações decorrentes da extensão do processo inflamatório infeccioso às estruturas adjacentes.

A utilização de antibióticos nos pacientes com infecções respiratórias virais agudas não impede as complicações bacterianas.

A amigdalite purulenta e a epiglotite aguda são infecções em cujo quadro clínico não há complicação de uma rino-faringite, e apresentam etiologia bacteriana.

No caso das amigdalites purulentas, o agente etiológico mais comum é o estreptococo beta hemolítico do grupo A, sendo necessária antibioticoterapia.

Nas amigdalites purulentas, o quadro clínico típico tem início com dor de garganta intensa acompanhada de febre alta, de 39/40°C, de início súbito, frequentemente junto com cefaleia e vômito. Ao exame as amígdalas encontram-se hiperemiadas e hipertrofiadas com presença de secreção purulenta, e petéquias no palato mole. Os gânglios da região cervical anterior encontram-se aumentados.

A penicilina benzatina na dose de 600 000 U para crianças até 30 kg, e de 1 200 000 U para maiores de 30 kg, em dose única e por via intramuscular, pode ser uma opção terapêutica. A amoxicilina na dose de 50 mg/kg/dia, dividida em duas tomadas por sete a dez dias, é uma boa opção de tratamento. Pacientes alérgicos a penicilina podem ser medicados com eritromicina ou claritromicina, ou, ainda, azitromicina.

Na epiglotite os pacientes apresentam um quadro súbito de febre, dispneia, disfagia e salivação abundante, voz abafada, retração inspiratória, cianose e estridor. Os agentes etiológicos responsáveis são o *H. influenza*, o *S. piogenes* e o *S. pneumoniae*.

A epiglotite é uma emergência respiratória, sendo necessário o tratamento com antibiótico em ambiente hospitalar.

Dentre as complicações que apresentam etiologia bacteriana e que devem ser tratadas com antibiótico, temos a otite média, a sinusite e a pneumonia.

Clinicamente, a otite se apresenta com persistência do quadro febril, na evolução de um quadro de rino-faringite, podendo ser referidas dor de ouvido nas crianças maiores e irritabilidade nas crianças menores. Em cerca de 1/3 dos

casos os pacientes não apresentam sintomas, e o diagnóstico baseia-se apenas nos achados da otoscopia. Na otoscopia podem ser observados diminuição da mobilidade da membrana timpânica, perda do brilho, diminuição dos reflexos dos ossículos auditivos, hiperemia, exsudato na membrana e vesículas. Os principais agentes são pneumococo, hemófilo ou moraxella.

A droga de escolha para se iniciar o tratamento é a amoxicilina na dose de 50 mg/kg/dia, dividida em duas vezes, a cada 12 horas, por um período de sete a dez dias, ampliando-se para 14 dias nas otites com efusão. Pacientes alérgicos a penicilina podem ser tratados com eritromicina, sulfametoxazol-timetropim ou azitromicina.

Quanto à sinusite, é importante ressaltar que os seios etmoidais são os únicos que estão desenvolvidos ao nascimento. Os seios maxilares se tornam visíveis aos raios X no sexto mês, e o seio frontal não é visível até os três a nove anos.

Observa-se persistência de rinorreia anterior ou posterior acompanhada de tosse intratável, diuturna, que persiste por mais de dez dias, na evolução de um quadro de rinofaringite. A febre geralmente de baixa intensidade e a dor com edema periorbital, ao acordar, são sintomas frequentemente presentes. Crianças maiores podem se queixar de dor de cabeça e dor nos seios da face envolvidos.

Etmoidite causa dor retro-orbital; sinusite maxilar, dor na região do arco zigomático ou na região acima dos molaes; e na sinusite frontal, a dor é referida na região das sobrancelhas.

Os patógenos que causam sinusite são usualmente o pneumococo, o hemófilo não tipável, a moraxella e o estreptococo beta hemolítico.

As sinusites etmoidais podem evoluir com complicações graves, como celulites pré-septal e pós-septal, abscesso subperiosteal ou orbital e trombose do seio cavernoso. Meningite e abscesso subdural, epidural ou cerebral são outras complicações possíveis.

Pacientes com sinais de envolvimento do sistema nervoso ou de doença invasiva devem ser hospitalizados.

Casos menos graves devem receber amoxicilina na dose de 50 mg/kg/dia, dividida em duas doses a cada 12 horas, por dez dias. Falha terapêutica após 48 horas de tratamento sugere resistência bacteriana ou complicação, sendo recomendada a troca do antibiótico conforme prescrito nos casos de otite média não responsiva ao tratamento.

Sendo a pneumonia a principal causa de óbito entre as infecções respiratórias, sua identificação e tratamento precoce são imprescindíveis na estratégia de controle. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem preconizando a valorização da queixa de tosse e taquipneia como indicativo de pneumonia em crianças menores de cinco anos, devendo estas serem identificadas e avaliadas de acordo com a faixa etária do paciente. O quadro clínico dos lactentes menores de dois meses é frequentemente inespecífico, com dificuldade de se alimentar, distensão abdominal, febre ou hipotermia. A tiragem deve ser subcostal e acentuada, e a frequência respiratória maior que 60 por minuto. Nas crianças de dois meses a cinco anos, o principal sinal clínico é a tiragem intercostal ou subcostal. Considera-se taquipneia quando a frequência respiratória for maior que 50 respirações por minuto nas crianças de dois a doze meses, e acima de 40 nas crianças de dois a cinco anos.

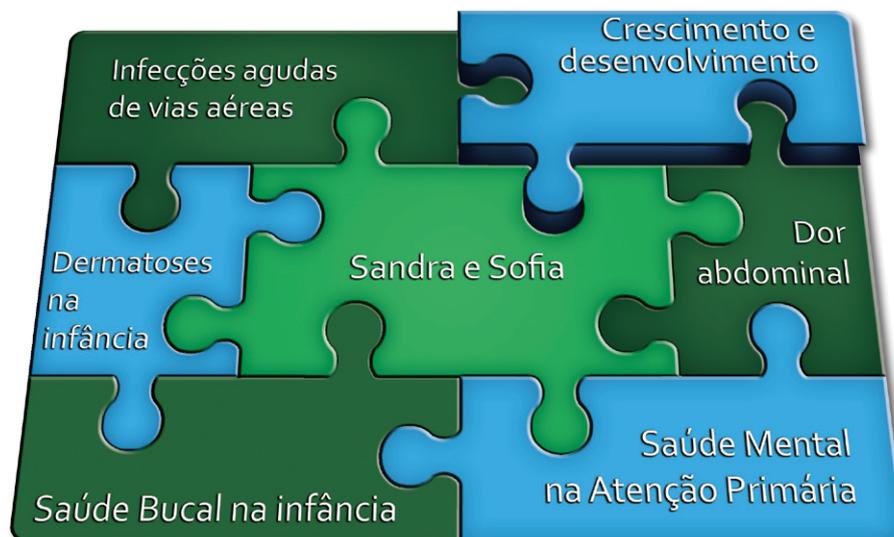
Tratamento ambulatorial: antibióticos de primeira escolha são a amoxicilina na dose de 50 mg/kg, dividida em duas tomadas a cada 12 horas por três a cinco dias após o desaparecimento dos sintomas clínicos. A resposta clínica com desaparecimento da febre e da dispneia deve ocorrer com 48 a 72 horas e, não ocorrendo, devem ser procurados motivos de falha, tais como escolha inadequada do antibiótico, dose errada ou complicações.

Em crianças maiores de cinco anos, devido à incidência do micoplasma e da clamídia, pode-se optar pela introdução de macrolídeos.

Pacientes com alergia a penicilina podem ser tratados com macrolídeos como a eritromicina ou a azitromicina, ou, ainda, com cefalosporinas.

Crescimento e desenvolvimento

Maria Wany Louzada



A avaliação do crescimento é uma importante ferramenta que pode ser utilizada para uma melhor compreensão e um melhor entendimento da criança de forma integral.

É fundamental conhecer o tipo e a qualidade da alimentação do lactente. Sandra não conseguiu manter o aleitamento materno exclusivo após o segundo mês, situação comum em casos em que não há incentivo, associado à insegurança na competência da função materna (inclusive da filha mais velha, Amanda) e da função social (afastamento do parceiro).

Diante do fato, Sofia está com quatro meses de idade e em uso de mamadeira – leite artificial. As informações sobre o tipo de leite, a diluição, a frequência das mamadas e a quantidade oferecida são sempre importantes, pois contribuem tanto para avaliar possíveis relações com ganho ponderal inadequado quanto para o entendimento da dinâmica familiar e de possíveis influências na qualidade/quantidade dos alimentos oferecidos à criança, além de facilitar as orientações alimentares mais adequadas e o esclarecimento objetivo de dúvidas por parte dos familiares.

Esse aspecto da alimentação destaca que, para qualquer atendimento, as características da rotina da criança e da família precisam ser compartilhadas, por exemplo, quanto ao número de habitantes da casa e suas relações, cuidador(es) da criança, rotina diária: horário para acordar, banho, alimentação e sono.

Por outro lado, a avaliação do peso no P3 merece também algumas considerações. A primeira se refere ao uso da antropometria – medida de peso, estatura, perímetro cefálico –, comparada a uma determinada curva de referência ou curva-padrão. No caso de Sofia, peso no P3 representa que somente 3% das crianças normais, ou de referência, apresentam peso menor do que a criança avaliada (Sofia). Portanto, estando com peso longe da média, maior a possibilidade de que o peso de Sofia não seja normal e mereça alguma intervenção. O uso desse instrumento – antropometria – é bastante simples, mas muito utilizado na prática clínica para auxiliar no diagnóstico nutricional da criança. É preciso estar atento para o fato de que existem diferentes curvas de peso e estatura para crianças e adolescentes. Lançada em 2006, a curva da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a recomendada pelo Ministério da Saúde desde 2007. Essa curva é considerada padrão, pois foi construída a partir de um estudo multicêntrico (seis países, inclusive o Brasil) e longitudinal de crianças nascidas a termo, gestação única e aleitamento materno predominante nos primeiros seis meses de vida. Apesar dessa orientação, a maioria das Unidades Básicas de Saúde no Brasil ainda não utiliza as curvas de crescimento da OMS. Muito frequentemente são utilizados gráficos de crescimento do Center Disease Child/National Center Health Statistics (CDC/NCHS), que apresentam algumas diferenças em relação à curva da OMS. É importante reconhecer qual curva está disponível no serviço de saúde e que existem diferenças entre as curvas, porém é fundamental o conhecimento de que a maioria dos gráficos se equivale principalmente no acompanhamento longitudinal de uma criança.

As curvas de crescimento de acordo com idade e sexo estão disponíveis no site da OMS: www.who/childgrowth/standards/en. No referencial teórico encontram-se mais detalhes da construção e da utilização de curvas de crescimento.

Como mencionado, as informações do caso indicam que o peso de Sofia está no Percentil 3 e que a estatura está no P50. O peso comprometido, mas com estatura dentro da média para idade e sexo (P50), pode indicar que esse comprometimento não ocorreu há muito tempo e que talvez não seja tão intenso. Isso porque o peso é o elemento que mais precocemente se altera quando há algum comprometimento nutricional, e o comprometimento da estatura demonstra alterações nutricionais mais prolongadas. Por outro lado, o peso também é o primeiro elemento a ser retomado na recuperação nutricional.

A condição nutricional de Sofia pode ser avaliada por fatores como alimentação e condição emocional familiar, sobretudo materna. Mas não podemos rotular uma criança com um diagnóstico nutricional a partir de uma única medida de peso e estatura. É sempre muito importante conhecer também o peso ao nascer. O peso ao nascer pode ser um indicador das condições da gestação, prematuridade (< 37 semanas de gestação), assim como um parâmetro na avaliação do crescimento. As crianças nascidas com peso inferior a 2.500 gramas são definidas pela OMS como: baixo peso ao nascer, independente da idade gestacional, e apresentam maior morbimortalidade que as crianças nascidas com peso maior.

Outro conceito importante sobre o peso ao nascimento durante a avaliação do estado nutricional de um lactente de quatro meses como Sofia é aquele que define a criança nascida: Pequena para Idade Gestacional (PIG). Define-se essa condição quando o peso ao nascer é inferior ao Percentil 10 de acordo com a idade gestacional. Essa condição pode associar-se a uma restrição de crescimento intrauterino, que, por sua vez, pode ser decorrente de causas maternas e/ou fetais. A depender da causa da restrição, assim como de outros fatores pós-natais, a evolução ponderal da criança pode ser permanentemente comprometida. Na prática, se Sofia tivesse nascido com baixo peso e/ou PIG, estar com peso abaixo do Percentil 3 aos quatro meses de idade, poderia indicar uma evolução compatível com esse peso ao nascer, já baixo. Isto é, ao avaliar o estado nutricional, poderia não haver necessidade de outro tipo de abordagem ou investigação. Contudo, deve-se ter cuidado para não generalizar essa condição, pois a maioria das crianças baixo peso/PIG apresentará evolução ponderal satisfatória.

A partir das informações do peso ao nascimento e o peso da consulta atual, pode-se calcular o ganho ponderal diário (peso atual – peso ao nascer/intervalo em dias). Considera-se adequado um ganho ponderal de 25 a 30 g/dia no primeiro trimestre de vida. Com isso, mais do que saber qual o peso atual e em que percentil se encontra, o ganho ponderal diário nos permite uma visão longitudinal do acompanhamento do crescimento da criança.

Acompanhar o crescimento, agregando as informações sobre o peso ao nascer, além das medidas de peso e estatura em consultas agendadas ou não agendadas, nos permite construir a curva longitudinal de acompanhamento individual de cada criança. Mais do que observar o percentil em uma consulta, possíveis oscilações (para cima ou para baixo) na curva individual, nos auxilia a compor elementos conhecendo melhor como é o ritmo, o canal de crescimento da criança. Além disso, da observação do canal de crescimento, o atendimento longitudinal permite uma abordagem global e integral da criança, inserida no contexto histórico e social.

Um instrumento que contribui para o registro dessas informações de peso e estatura dos lactentes é o Cartão da Criança do Ministério da Saúde, disponibilizado nas Unidades Básicas de Saúde, que contém curvas de peso para anotação em cada consulta/visita. Além disso, o cartão dispõe de orientações para as famílias sobre alimentação, crescimento, desenvolvimento da criança e lugares para anotação das condições de nascimento e vacinação.

Embora Sofia mantivesse peso próximo ao Percentil 3 durante algumas consultas, a informação do ganho de 500 g desde a última consulta demonstra que esse dado pode tranquilizar o profissional de saúde e ajudá-lo a orientar a família da criança, e, ao mesmo tempo, o ganho ponderal nesse período reflete indiretamente uma melhora na dinâmica familiar, especialmente de Sandra quanto às suas funções potenciais e limitações.

É comum a observação de distúrbios alimentares na infância ou mesmo inadequação nutricional como reflexo de situações de desestruturação e desorganização familiar. A situação vivida por Sandra e suas filhas (Amanda e Sofia) demonstra que os retornos das consultas médicas, assim como a existência de uma rede interdisciplinar, incluindo Agentes de Saúde e auxiliar de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde possibilitaram uma abordagem integral dos problemas/doenças enfrentados por elas. Isso ocorreu do ponto de vista assistencial, permitindo que a equipe de saúde pudesse fazer um diagnóstico mais preciso e aplicar condutas mais adequadas. Essa condição favoreceu também a adesão da família, especialmente Sandra, e a conseqüente otimização do tratamento e das orientações.

Um exemplo das orientações e da compreensão dos conflitos da família que podem ser compreendidos e trabalhados de forma mais ampla é o manejo do tempo e das tarefas e das funções a serem desempenhadas por Sandra. Quando o profissional de saúde se apresenta atento e com uma observação ampla da dinâmica familiar, valorizando os vários aspectos do sofrimento dos pacientes envolvidos (Sandra e família), torna-se mais fácil compreender e

orientar possibilidades para melhor aproveitamento do tempo da mãe e maior incentivo à participação do pai. Iniciar tratamento da mãe, melhorando seu quadro emocional contribuiu conseqüentemente para a melhora da saúde das filhas. Observa-se que a melhoria no quadro dermatológico, de dores, de aceitação alimentar e no ganho ponderal das crianças decorre em grande parte da visão holística das situações apresentadas.

Dermatoses na infância

Luciane Francisca Botelho



Os lactentes podem apresentar alterações cutâneas que são próprias desse período e que melhoram espontaneamente. A dermatite seborreica é um exemplo de dermatose que acomete frequentemente os lactentes e que tende a regredir ao longo dos meses. As glândulas sebáceas estão ativas ao nascimento, por ação dos andrógenos maternos que atravessam a barreira placentária. Após cessar esse estímulo androgênico, a dermatite seborreica desaparece.

Essa dermatose caracteriza-se por escamas gordurosas e aderentes, sobre base eritematosa no couro cabeludo e manchas eritemato-escamosas na face, no tronco, em áreas de dobras e intertriginosas como pescoço, nuca, axilas e na região das fraldas. Na dermatite seborreica, o prurido é discreto.

As lesões podem ficar muito vermelhas, o que sugere infecções secundárias por *Staphylococcus aureus* ou *Candida albicans*.

A dermatite atópica é um diagnóstico diferencial importante da dermatite seborreica e costuma surgir a partir do terceiro mês de vida. É uma doença que se associa a rinite e asma em cerca de 30 a 50% dos pacientes. O antecedente familiar de manifestações alérgicas como eczema, asma ou rinite está presente em cerca de 70% dos casos.

As lesões nessa faixa etária são vesico-secretantes, crostosas e localizadas nas regiões malares, tendendo a poupar o maciço centro-facial. Podem permanecer localizadas nessas regiões ou podem acometer toda a face, couro cabeludo, nuca, dobras antecubitais e poplíteas. Nos lactentes, as lesões nas regiões extensoras dos membros também é frequente. Alguns casos podem apresentar lesões generalizadas. O prurido é variável, porém tende a ser intenso e determina estado de agitação na criança.

O objetivo do tratamento deve ser o controle da doença, reconhecendo os fatores agravantes, tais como banhos quentes e demorados, contato com lã e fibras sintéticas, unhas compridas e ambiente seco. O banho deve ser morno e não deve demorar mais de 5 minutos. As roupas devem ser de algodão e permitir uma ventilação adequada e, se possível, devem ser lavadas com sabão neutro. As unhas devem ser cortadas para evitar escoriações, que facilitam a infecção secundária. A moradia deve ser livre de poeira e ácaros, e em locais muito secos recomenda-se usar umidificadores de ar. O quarto do atópico deve ter poucos móveis, e o colchão e os travesseiros devem ser revestidos por plástico. A pele do paciente com dermatite atópica é seca devido à alteração existente na formação do manto lipídico, por isso recomenda-se o uso de hidratantes, como vaselina líquida, óleo de amêndoas ou cremes para corpo restauradores da barreira cutânea.

Os anti-histamínicos são indicados para controle do prurido. Os que são sedativos são preferíveis à noite e os não sedativos, durante o dia.

Os corticoides tópicos são as medicações efetivas no tratamento, porém não devem ser usados indiscriminadamente. Em lactentes, recomenda-se utilizar somente os corticoides de baixa potência, como a hidrocortisona 1%, nos períodos de exacerbação. Nos adultos, os corticoides de baixa potência são a opção em locais cuja absorção é maior,

como virilha e axilas ou em regiões onde os efeitos colaterais são potencialmente mais sérios, como face e pálpebras. Os efeitos colaterais relacionados ao uso indiscriminado de corticoides são aparecimento de telangiectasias, estrias e atrofia. Se usados em excesso na região periocular, podem causar glaucoma.

Os inibidores da calcineurina de uso tópico (pimecrolimus e tacrolimus) são imunomoduladores de uso recente no arsenal terapêutico da dermatite atópica. No Brasil, o pimecrolimus é aprovado para uso em crianças a partir de três meses de vida e o tacrolimus, a partir de dois anos. Não devem ser utilizados em presença de infecções viróticas, bacterianas ou fúngicas. São eficazes no tratamento e não produzem os efeitos colaterais dos corticoides tópicos; a desvantagem é o alto custo.

Nos casos onde existam lesões já com infecção secundária, o uso de antibiótico efetivo contra o *Staphylococcus aureus* é fundamental para melhora do quadro, pois a bactéria age como superantígeno, piorando as lesões de dermatite atópica.

Os pacientes com lesões extensas e refratárias devem ser encaminhados para o dermatologista, pois alguns quadros de imunodeficiências congênitas podem apresentar manifestações cutâneas que simulam dermatite atópica.

No caso descrito, a lactente Sofia apresentava na primeira consulta “assadura, alergias e nariz entupido”. No exame físico foram evidenciadas lesões eritematosas e secreção amarelada no rosto e no pescoço, além de crostas na cabeça e obstrução nasal.

Já na segunda consulta, as lesões apresentaram melhora com a loção de corticoide e apareceram lesões em dobras mais pruriginosas.

Na primeira consulta, o diagnóstico diferencial entre dermatite atópica e seborreica é difícil e muitas vezes não é feito. Na segunda, o modo como essas lesões progrediram auxiliou no diagnóstico diferencial. Outros fatores como o antecedente familiar positivo de atopia também contribuem para auxiliar na diferenciação, já que os pacientes com dermatite atópica possuem em 70% dos casos familiares com manifestações de atopia (no caso, é a irmã de Sofia, que possui antecedente pessoal de bronquite).

O tratamento com corticoide tópico melhora as duas condições, mas o aparecimento de lesões novas e mais pruriginosas associado ao quadro de rinite sugere que Sofia tenha dermatite atópica. A dermatite seborreica evoluiria com melhora espontânea ao longo dos meses e menos prurido, fato que não ocorreu, já que Sofia apresentou lesões novas e mais pruriginosas.

A base do tratamento da dermatite atópica é a reestruturação da barreira cutânea. Sandra iniciou o uso de hidratante, o que contribuiu para a melhora das lesões, porém, como a doença ocorre em surtos e apresenta tendência à cronicidade, Sofia continuou a apresentar lesões novas, porém menos graves.

Dor abdominal

Soraia Tahan



O caso descreve uma família, em que a mãe Sandra com 43 anos acaba de ter Sofia e já tinha uma filha de sete anos. Sandra demonstra traços de depressão, uma vez que busca frequentemente a Unidade Básica de Saúde com várias queixas de sua saúde e da saúde de suas filhas, bem como da distância de seu marido. Dentro desse contexto, uma das queixas trazidas é que Amanda, sua filha de sete anos, apresenta dor abdominal há mais de um mês. O relato é que Amanda tem tido dor abdominal à noite, apresenta ainda quadro de “falta de apetite” (“Não quer comer nas refeições, pede mamadeira”), com sugestão de seleção de alimentos (“Só quer tomar Nescau”). Na consulta médica, a queixa de dor abdominal que a menina apresenta não é abordada com detalhes. Na evolução do relato do caso, não há mais menção da queixa de dor abdominal da criança; há melhora de toda a família com as ações propostas, em especial da mãe com o tratamento com antidepressivo. Dessa forma, parece que o sintoma de dor abdominal de Amanda, assim como a falta de apetite, estavam intimamente associados a sofrimento psicossocial da criança, considerando o momento difícil que a mãe e a família viviam. Entretanto, é importante levantarmos alguns aspectos sobre dor abdominal na infância e na adolescência, uma vez que é uma das queixas frequentes no atendimento pediátrico.



Destaque

Uma questão importante a ser discutida é o período ou tempo de ocorrência da dor abdominal, a fim de caracterização da cronicidade ou não da dor. A dor abdominal na criança só é caracterizada como crônica quando excede dois meses de duração e, no caso de Amanda, a queixa é de mais de um mês.

Outro dado da história que deve ser ressaltado é o fato de Sandra ter dado remédio de vermes para Amanda, porém sem resolução da dor. Na prática clínica, é muito comum que a dor abdominal crônica na infância seja sempre associada à presença de parasitoses intestinais, entretanto outras possibilidades devem ser consideradas.

Como já foi dito, a abordagem de Felipe sobre a queixa de dor abdominal de Amanda foi bastante superficial. O fato de a mãe ter trazido múltiplas queixas ao mesmo tempo pode ter contribuído para essa abordagem mais leviana, ocorrendo uma “diluição” da queixa. Entretanto, é importante salientar que, nos casos de crianças com dor abdominal crônica, uma anamnese completa, ainda que dirigida, é fundamental para discriminar a origem da dor abdominal crônica, seja funcional ou orgânica, a fim de dirigir o profissional de saúde na condução do caso. Dentro dessa discriminação, é imperativo pesquisar a presença de sinais de alarme que indicam dor abdominal de origem orgânica, bem como condições de vida da criança e da família que podem indicar dor abdominal funcional.

Os sinais de alarme que sugerem dor abdominal de causa orgânica são: idade de início antes de quatro anos, déficit ou desaceleração de crescimento, sangramento gastrointestinal, vômitos e febre recorrente associada, dor longe do umbigo, dor que desperta a criança do sono, recusa alimentar em função da dor, sangramento gastrointestinal, diarreia noturna, artrite, doença perirretal, puberdade retardada e história familiar de doença péptica, doença celíaca e doença inflamatória intestinal.

No caso de Amanda, Sandra refere que a dor abdominal ocorre sempre à noite, na escola e quando volta para casa. Como Amanda tem dor abdominal à noite, seria necessário tentar caracterizar melhor em qual período da noite a dor se manifesta e se a dor desperta ou não a criança do sono, considerando ser este um dos sinais de alarme de dor de origem orgânica. No caso de Amanda, dá impressão que a dor ocorre no período da noite, quando a família toda está reunida, porém não parece ocorrer no período do sono.

Outro fato importante a ser discutido é o estado nutricional de Amanda, que embora não esteja explicitamente descrito, há referência no texto de que a menina está “gordinha e corada”, sugerindo, portanto, que ela não apresenta déficit nutricional. O termo “gordinha” pode indicar que a criança aparenta estar bem nutrida ou até mesmo apresenta sobrepeso ou obesidade. Importante lembrar que a avaliação do estado nutricional da criança é um dos pilares da pediatria, sendo fundamental em toda consulta pediátrica. Ressalta-se ainda que, no tocante à queixa de dor abdominal crônica, o déficit nutricional ou a desaceleração do crescimento também indicam dor abdominal de origem orgânica. No caso de Amanda, os sinais de alerta de dor que desperta do sono e desaceleração do crescimento parecem não ocorrer. Outros sinais de alerta também não foram interrogados pelo médico e não há qualquer referência deles no texto. Dessa forma, parece que a dor abdominal da menina tem origem emocional, considerando o momento de vida difícil que a mãe e a família estão vivendo. Acostumada a ser filha única durante anos, sempre mimada pelo pai, que atualmente está muito cansado, Amanda agora tem que dividir a atenção da mãe com um bebê que chora muito, e sua mãe também está muito cansada e irritada. Mãe deprimida, com outra filha pequena, pai cansado e ausente, enfim, a pequena Amanda pode apresentar dor abdominal em resposta ao estresse familiar que está vivenciando.

A dor abdominal crônica, quando de origem emocional, entra na categoria de dor abdominal de origem funcional, em que os fatores psicossociais têm forte influência. A grande maioria dos casos de dor abdominal crônica na criança e no adolescente é de origem funcional. A dor abdominal funcional é resultante da integração de fatores biopsicossociais, ou seja, fatores individuais e familiares vão contribuir para a ocorrência da dor em indivíduos predispostos. Fatores individuais biológicos, como limiar de sensibilidade dolorosa e de motilidade, sofrem influência de fatores emocionais, podendo ocasionar ou não sintomas como dor abdominal. A condição individual de enfrentamento ou resiliência frente às dificuldades cotidianas é um dos fatores emocionais individuais que vão interferir na somatização de sintomas. A dinâmica e o ambiente familiar também vão interferir diretamente na manifestação de sintomas. Um fato também importante é que as crianças aprendem o que vivenciam, por exemplo, há sempre um aprendizado a partir de exemplos familiares em situação de dor. Dor abdominal funcional é mais comum em crianças de famílias com rotina sem atividades prazerosas, ou famílias em momentos estressantes, bem como em famílias cujos responsáveis apresentam frequentes queixas de dor (dor abdominal, dor de cabeça) ou valorizam demasiadamente as queixas de dor. Enfim, a condição da criança de enfrentamento às dificuldades e a dinâmica familiar vão influenciar a ocorrência ou não de dor.

Outro fato importante a ser discutido é que Sandra refere que Amanda está apresentando “falta de apetite” (“Não quer comer nas refeições, pede mamadeira”), com sugestão de seleção de alimentos (“Só quer tomar Nescau”), porém não há qualquer referência de recusa alimentar em função da dor abdominal, considerando que esta última manifestação seria também sinal de alerta indicativo de dor abdominal de origem orgânica. A mudança dos hábitos alimentares de Amanda parece também associar-se a contexto emocional, uma vez que a menina “pede mamadeira”, o que pode representar certa regressão e necessidade de também ser cuidada como bebê, comum em situações de nascimento de irmã(o) menor. Essas mudanças no hábito alimentar, “Não querer comer nas refeições” e “Só querer tomar Nescau”, podem ter predisposto à mudança no hábito intestinal, como ocorrência de constipação. Crianças que ingerem muito leite e comem pouca comida recebem menor quantidade de fibra na dieta, favorecendo a constipação. Seria importante a abordagem do hábito intestinal da criança, a fim de verificar tanto presença de diarreia ou sangue nas fezes, que poderiam indicar doença orgânica, quanto a possibilidade de constipação. A constipação crônica pode ocasionar dor abdominal recorrente ou crônica, especialmente nos quadros mais graves, quando há retenção de fezes no reto. Nesses casos, a dor abdominal crônica é secundária à constipação funcional, porém não deve ser categorizada como dor funcional, sendo discutível a classificação da dor como orgânica, considerando que nesse caso a etiologia da dor é a constipação funcional.

Na fundamentação teórica serão aprofundados os aspectos da dor abdominal crônica na criança e no adolescente.

Saúde Bucal na infância

Julie Silvia Martins



O caso da família de Sandra traz aspectos importantes relativos à Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos de idade a serem discutidos com os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, particularmente aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família, pois a dinâmica de trabalho oferece diversas possibilidades de atuação – desde trabalhos educativos e preventivos a diagnóstico e intervenção precoce –, podendo, sem dúvida, trazer benefícios à saúde bucal das crianças desse grupo etário.

Em relação à preocupação de Sandra com a suposta língua presa de Sofia, cabe esclarecer que a língua presa (anquiloglossia) é uma anormalidade do desenvolvimento do freio lingual que pode gerar limitações nos movimentos da língua, podendo resultar em problemas de fala, deglutição e amamentação e inclusive influenciar a posição dos dentes nos arcos dentários (MELO et al., 2011).

De acordo com Sanches (2011), as disfunções orais podem ser identificadas de forma precoce por meio de anamnese dirigida, avaliação oral do bebê e observação cuidadosa da mamada.

Em casos de anquiloglossia, a indicação para frenectomia é controversa e está intimamente relacionada à resposta funcional da língua para executar os movimentos de ordenha durante a mamada (BRITO et al., 2008; MELO et al., 2011; SANCHES, 2011).

A frenectomia nos bebês normalmente está indicada quando o freio lingual dificulta a movimentação da língua ou a amamentação (BRITO et al., 2008). A frenectomia, quando realizada após criteriosa avaliação da função da língua, mostrou-se um facilitador para a amamentação tanto em relação à transferência do leite quanto a problemas do mamilo e patologias da mama (SANCHES, 2011).

O caso informa que o dentista Júlio tranquilizou Sandra em relação à língua presa (anquiloglossia), mas não apresentou mais detalhes sobre a questão. É importante ressaltar que teria sido interessante realizar uma avaliação funcional da língua em relação à anquiloglossia no primeiro mês de vida de Sofia, pois tal diagnóstico, caso tivesse sido positivo, poderia provocar interferências importantes para a amamentação, aumentando as chances de um desmame precoce. Embora a prevalência de anquiloglossia seja baixa (1,5%), de acordo com Melo et al. (2011), é importante que os profissionais da Atenção Primária estejam atentos a essa questão, pois a anquiloglossia que produz importantes limitações nos movimentos da língua traz consequências danosas para a amamentação, favorecendo o desmame precoce.

Em relação à condição dos dentes, o caso refere que Amanda apresenta alto índice de placa, atividade de cárie, lesões de cárie agudas, inclusive dor de dente. Embora não seja relatado se é uma dor espontânea ou provocada, a condição de saúde bucal de Amanda é bastante precária, exigindo cuidados imediatos da equipe de Saúde Bucal. O documento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2005) apresenta de uma forma pormenorizada as condutas a serem tomadas no tratamento de urgência em dentes decíduos, servindo como material de apoio para os profissionais da Atenção Primária no manejo desses casos.

O quadro de saúde bucal de Amanda é desalentador e totalmente passível de ter sido prevenido se medidas educativas e preventivas tivessem sido tomadas anteriormente. Diante dessa situação, os procedimentos realizados pela equipe apontados no caso, como Tratamento Restaurador Atraumático (TRA), fluoroterapia e medidas educativas relativas à higiene e à dieta, estão adequados, de acordo com São Paulo (2007).



Saiba mais...

Para aqueles que tenham interesse em aprofundar os conhecimentos sobre o Tratamento Restaurador Atraumático, encontra-se disponível na internet a cartilha produzida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo referente ao assunto (SÃO PAULO, 2009).

Para a prevenção dos agravos à saúde bucal em crianças, as medidas educativas já devem ser iniciadas durante a gestação, orientando as futuras mães sobre: a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento harmônico das arcadas dentárias; evitar a introdução de bicos e mamadeiras, que favorecem o desmame precoce e a má-oclusão; procurar postergar ao máximo a introdução do açúcar na alimentação infantil. É importante discutir esses aspectos durante a gestação para que a futura mãe não seja pega de surpresa em relação a tais questões e possa tomar uma decisão consciente após o nascimento do bebê.

As gestantes também devem ser alertadas sobre a questão da transmissibilidade. Kramer, Feldens e Romno (2000), discutindo a questão da transmissibilidade dos microrganismos cariogênicos, evidenciam que programas preventivos básicos devem buscar o controle da infecção, integrando a saúde bucal materna, infantil e familiar, procurando interromper ou dificultar a transmissão do agente. Porém salientam que “a simples detecção do nível desses microrganismos na saliva das mães para previsão futura do desenvolvimento de cárie nos seus filhos é questionável” (KRAMER; FELDENS; ROMNO, 2000, p. 43), justificando que a transmissão de hábitos e costumes parece ser mais importante que a simples transmissão de microrganismos cariogênicos: “O que é transferido de uma geração para outra são costumes, estilo de vida e atitudes em relação à saúde ou doença” (KRAMER; FELDENS; ROMNO, 2000, p. 15).

A atenção à saúde bucal da criança também deve ter continuidade após o nascimento, de preferência em grupos operativos que envolvam os pais ou responsáveis e tratem de aspectos relativos à Saúde Bucal desse grupo etário, englobando: discussões sobre a importância da dentição decídua; questões relativas à higienização dos dentes – quando iniciar, como realizar, quais seriam os estímulos positivos para a instituição deste hábito; os cuidados com o uso de cremes dentais fluoretados; a questão da contaminação da criança por bactérias cariogênicas; questões relativas à dieta, orientando sobre os riscos das mamadas noturnas; a introdução de alimentos que estimulem a mastigação, oferecendo gradativamente alimentos mais rígidos após os 6 meses de vida, favorecendo dessa maneira o desenvolvimento das estruturas oro-faciais, lembrando que é importante a criança adquirir o hábito de comer devagar, mastigando bem os alimentos; procurar postergar a introdução do açúcar; o uso racional do açúcar; retomar a discussão sobre o uso de mamadeiras e chupetas, apontando os prejuízos para a saúde bucal dos bebês, orientando os responsáveis sobre como remover esse hábito de uma maneira não agressiva, no caso de o hábito já ter sido instituído; discutir a questão da respiração bucal apresentando os prejuízos que esta promove, procurando estimular que os responsáveis sempre fiquem atentos a essa questão para que tal hábito seja prontamente identificado e medidas sejam tomadas no sentido de procurar resolver a questão, evitando possíveis consequências ao longo do tempo; alertar os pais sobre o açúcar presente em muitos medicamentos e quais os cuidados necessários para evitar os efeitos danosos sobre os dentes; reforçar a importância de não utilizar medicamentos sem a prescrição médica, sempre procurando empoderar os responsáveis sobre os cuidados necessários à saúde bucal para esse grupo etário, encorajando-os a acreditar que crescer sem cárie pode estar ao alcance de todos e os responsáveis têm um papel fundamental para alcançar tais objetivos, desde que devidamente orientados.

Em decorrência da falta de informação, em muitas famílias ainda persiste a ideia de que ter cárie é “normal”, cabendo aos profissionais da Atenção Primária desmistificá-la e empoderar a comunidade para evitar que continuem ocorrendo situações como a de Amanda, que muitas vezes vem acompanhada de dor e desconforto, focos de infecção, prejuízos na mastigação, influenciando a alimentação e favorecendo o desenvolvimento de problemas ortodônticos, o que pode trazer prejuízos estéticos e de fonética e, conseqüentemente, repercutir em problemas psicológicos para a criança. Também é importante lembrar que os problemas na dentição decídua podem trazer conseqüências negativas para a dentição permanente. Além de todos esses prejuízos, uma questão muito frequente a ser considerada nesse grupo etário é a dificuldade de aceitação do tratamento odontológico pela criança, o que acaba complicando ainda mais a situação.

Em decorrência de todos esses aspectos apontados relacionados à saúde bucal das crianças, é imprescindível que a equipe desenvolva atividades educativas dirigidas aos responsáveis por crianças de zero a cinco anos, utilizando-se dos recursos disponíveis na Estratégia Saúde da Família, como o cadastro, para garantir o acesso dos pais ou responsáveis de todas as crianças menores de cinco anos a essas informações. Uma vez capacitados, os Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e os Técnicos em Saúde Bucal (TSB) podem desenvolver as atividades educativas, cabendo ao cirurgião-dentista avaliar a condição de saúde bucal da criança e realizar os procedimentos clínicos necessários.

O documento “Nascendo e crescendo com saúde bucal” (SÃO PAULO, 2007), disponível na internet, trata de uma forma pormenorizada dos diferentes aspectos relacionados à saúde bucal da gestante e do bebê que podem ser trabalhados na Atenção Primária à Saúde.

Referências

BRITO, S. F. et al. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev. CEFAC.**, v. 10, n. 3, p. 343-351, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n3/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: jun. 2012.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMNO, A. R. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria: diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal.** São Paulo: Artes Médicas, 2000.

MELO, N. S. F. O. et al. Anquiloglossia: relato de caso. **RSBO**, v. 8, n. 1, p. 102-107, 2011. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v8n1/a16v8n1.pdf>>. Acesso em: jun. 2012.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J Pediatr.**, v. 80, n. 5, p. 155-162, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a07.pdf>>. Acesso em: jun. 2012.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Cartilha para subsidiar a realização do tratamento restaurador atraumático em larga escala TRA.** São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Cartilha_TRA.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. **Nascendo e crescendo com saúde bucal: atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero).** São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo_cresc_viv.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva. **Cadernos de Saúde Bucal da SES- SP.** São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Prot_Odontopediatria_Ortodontia_Preventiva.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

Saúde Mental na Atenção Primária

José Cássio do Nascimento Pitta e Daniel Almeida Gonçalves



O caso Sandra e Sofia, assim como tantos outros estudados neste curso, traz um forte componente de sofrimento emocional. A alteração de Sandra coincide com o período puerperal e nos remete aos quadros de saúde mental comuns nesse período. No entanto, é muito frequente que os pacientes que utilizam a Atenção Primária tenham alterações psíquicas. Fortes, Villano e Lopes (2008) demonstraram que 56% dos pacientes da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm transtornos mentais comuns.

Mediante essa realidade, os profissionais da Saúde da Família se sentem muitas vezes pouco habilitados para o manejo de tais situações, sem saber, no entanto, que são peças fundamentais para o apoio e que exercem, desde o momento em que cumprimentam o(a) paciente na sala de espera, um componente terapêutico. No caso de Sandra, teremos a oportunidade de aprofundar um pouco mais os conhecimentos sobre a abordagem da saúde mental na Atenção Primária, exercitando a prática da integralidade e exemplificando alguns tópicos apresentados na unidade sobre vínculo e acolhimento deste curso.

Voltemos ao caso:

Sandra é uma mulher de 43 anos, que há quatro meses teve um parto de uma menina (Sofia). Não há informações em relação às condições do parto ou do período da gravidez, nem do nascimento de Sofia, sugerindo que não houve intercorrências significativas nesse período. Ela enfrenta dificuldades no relacionamento com sua mãe e com seu marido, assim como no manejo das situações relacionadas a alguns problemas na saúde de suas filhas. Provavelmente essas dificuldades são exacerbadas pelas suas condições psíquicas no momento da primeira consulta. Sandra vem apresentando alteração do sono, impaciência, desmotivação, maior facilidade para chorar, fadiga e “dores no corpo”, tontura, diminuição do apetite, descuido com sua aparência, ideação de desvalia, humor irritável e ansioso, se direcionando para o polo depressivo.

Não há relato do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a primeira consulta. Por outro lado, esses sintomas não desencadearam um prejuízo significativo no seu desempenho habitual, embora com maior dificuldade Sandra mantém suas atividades domiciliares, sem receber ajuda para as tarefas, incluindo os cuidados necessários com suas filhas. Não há dados sobre episódios depressivos anteriores, condições clínicas relevantes ou utilização anterior de medicamentos, nem história familiar de transtornos mentais. A história não evidencia comportamentos disfuncionais ao longo da vida que indiquem transtornos mentais anteriores (incluindo transtornos de personalidade).

Sandra trabalhou como Agente de Saúde por quatro anos e conseguiu um trabalho com melhor remuneração em uma lavanderia industrial, atividade profissional que foi interrompida durante a gravidez “porque se sentia tonta”. Não há relato sobre a investigação desse sintoma e a possível relação com suas condições psíquicas; de qualquer forma, os dados sugerem que ela exercia suas funções sociais e familiares de forma ajustada.

Discussão

Observamos que Sandra traz uma série de queixas emocionais e físicas que estão prejudicando sua qualidade de vida e, em menor intensidade, suas atividades diárias.

Na Atenção Primária, dadas as facilidades de acesso e a abordagem integral, muitos casos como este são identificados, sem muitas vezes apresentar a constelação de sinais e sintomas suficientes para o diagnóstico de quadros depressivos. Esses quadros subsindrômicos podem afetar o bem-estar da pessoa e mesmo gerar sintomas físicos sem explicação clínica, sendo fortes fatores de risco para piora e então desenvolvimento do adoecimento psíquico.

O *blues* puerperal é um exemplo deste quadro, como estudado no caso Darlene e Darnley. Outras vezes, os sintomas depressivos somam-se aos ansiosos, havendo dúvida em qual quadro prevalece. O conjunto destas situações, subsindrômicas e mistas de depressão e ansiedade, com componentes de sintomas físicos inespecíficos, é denominado “transtornos mentais comuns” (TMC). Ainda que inadequadamente apontados como “transtornos” (que podem remeter a “doenças”), essa nomenclatura tem boa aplicabilidade na Atenção Primária, pois facilita a abordagem por tratar os sintomas de forma sindrômica, permitindo um foco maior na pessoa e nos seus problemas, destacando os riscos e vulnerabilidades, e um foco menor em questões de classificações categoriais (GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P., 1992). Nesse sentido, um sistema de classificação mais voltado aos problemas se adapta melhor à Atenção Primária, em especial para casos com demandas psicossociais (GASK, L. et al, 2008).

Sandra apresenta, a partir dos dados relatados, um TMC. Mais especificamente, um episódio depressivo que ocorre no puerpério. A depressão no pós-parto ocorre até um ano após o parto e suas manifestações psicopatológicas devem ser diferenciadas do diagnóstico de *blues* puerperal (*baby blues*), como já estudado neste curso. Inclui redução do desempenho habitual ou na qualidade de vida, isolamento social, ataques de ansiedade, choro fácil, perda do interesse na vida, insegurança excessiva, pensamentos obsessivos ou inapropriados, irritabilidade, fadiga, sentimentos de culpa e inutilidade, sobretudo por se sentir incapaz de cuidar do bebê, medo de machucá-lo e relutância em amamentá-lo, desligamento emocional do bebê e de outros familiares, podendo ocorrer também queixas somáticas, como dor na incisão cirúrgica, cefaleia e dor lombar, além de ideias de autoagressão e planos suicidas.

Como vimos no caso descrito, a equipe se mostra sensível ao sofrimento de Sandra, identifica os riscos e se dispõe a ajudar. Essa postura por si só já tem forte componente terapêutico. O acolhimento, a escuta atenta, o esclarecimento e o suporte são elementos constituintes da ação terapêutica e não são exclusivos de profissionais com formação específica em saúde mental. Assim, todos os profissionais que atuam na Atenção Primária têm capacidade de abordar e tratar, de uma forma ou de outra, as pessoas com transtornos mentais comuns ou outros quadros psíquicos. Claro que, dependendo da gravidade da situação, pode ser necessário apoio de profissionais especialistas em saúde mental, seja através do matriciamento ou de referência para ambulatórios psiquiátricos, CAPS, emergências e hospitais.

O suporte como ação terapêutica pode ser exemplificado para Sandra como um conjunto de intervenções que inclui terapia psicossocial associada à orientação familiar e à prática física regular. No que diz respeito à orientação familiar, neste caso é importante contato com a mãe, que provavelmente não avalia o prejuízo de suas condições psíquicas como sendo decorrente de um transtorno mental que requer intervenções especializadas, e com o marido, que também enfrenta conflitos os quais por meio do relato não podemos dimensionar. A entrevista individual com sua mãe e com seu marido seria de grande importância no intuito da avaliação do grau de continência de ambos ao sofrimento e às limitações da paciente e, principalmente, às suas percepções em relação a esse transtorno mental, incluindo os mitos com respeito à depressão.

Sobre as intervenções psicossociais que cabem à Atenção Primária, nossa paciente foi encaminhada para um grupo de solução de problemas. A terapia de solução de problemas é uma terapia cognitivo-comportamental que tem se mostrado eficaz para pacientes com transtornos mentais comuns e de fácil aplicabilidade por médicos e enfermeiros na Atenção Primária.

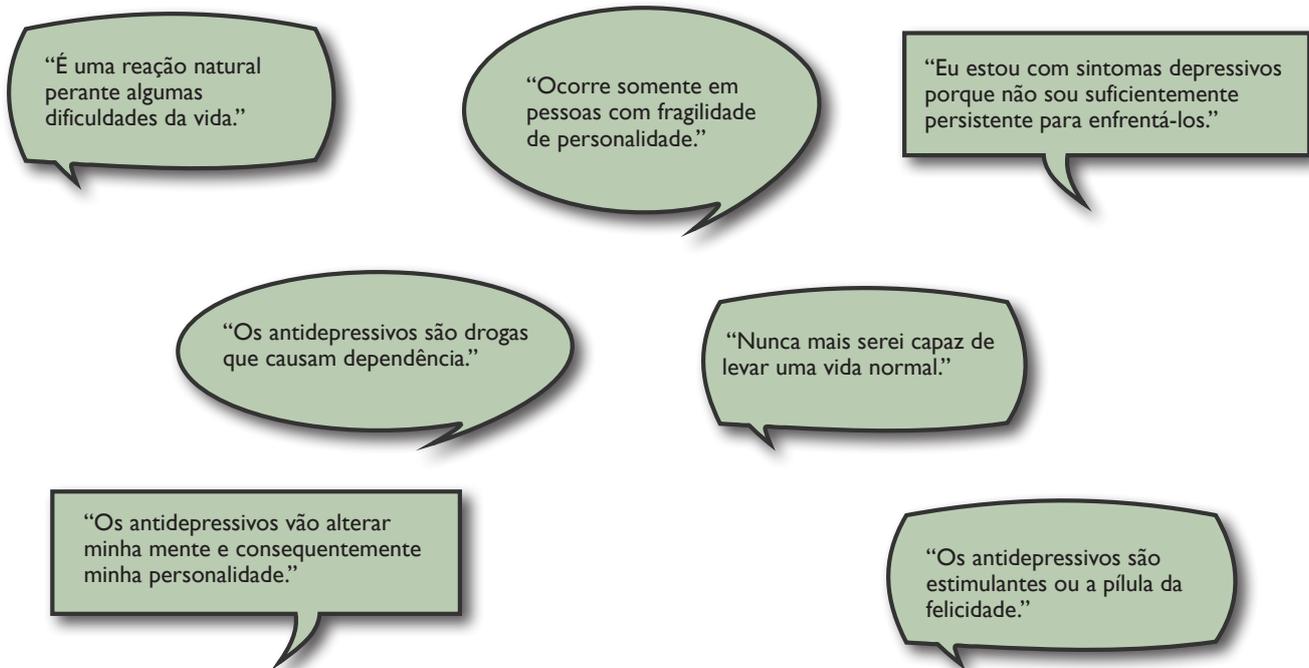


Destaque

Além de terapia de solução de problemas, há outras intervenções, como terapia comunitária e grupos de relaxamento respiratório, por exemplo. Muitas vezes esses tratamentos são suficientes para evitar o uso de medicação psicotrópica (antidepressivos e ansiolíticos), sendo fortes instrumentos contra a medicalização desnecessária das pessoas com sofrimento psíquico. No entanto, a depender da gravidade do caso, o uso de medicamento está indicado, como foi o caso de Sandra. Pelo fato de ela não estar amamentando, não há restrição na escolha do antidepressivo, assim como a dose preconizada.

Além disso, devem ser afastadas outras condições clínicas que poderiam estar relacionadas aos sintomas depressivos. Disfunções fisiológicas relacionadas à gestação e ao puerpério podem se manifestar por alterações do sono, do apetite e fadiga. Anemia e disfunções hormonais podem produzir sintomas semelhantes a um transtorno depressivo, portanto o exame físico e exames complementares devem ser analisados para investigar possíveis associações de condições clínicas ao episódio depressivo.

Completando os pilares da ação terapêutica, além do acolhimento, da escuta atenta e do suporte, é necessário esclarecimento. Muitas vezes, as pessoas em sofrimento guardam muitas angústias e fantasias a respeito de seu quadro e das relações sociais e familiares. É importante dar espaço para a manifestação dessas preocupações e esclarecê-las. Além disso, há muito estigma no que se refere ao adoecimento psíquico. A equipe de saúde deve discutir alguns conceitos populares distorcidos em relação aos transtornos depressivos, tais como:



A orientação do paciente e seus familiares deve abordar os seguintes tópicos:

- Depressão é um transtorno mental, não defeito de caráter ou fragilidade de personalidade.
- A recuperação é a regra, não a exceção.
- Há tratamentos eficazes, com muitas opções.
- O objetivo do tratamento é a remissão completa e o bem-estar do paciente, não apenas a redução dos sintomas.
- O risco da recorrência na descontinuação da medicação é alta.
- Paciente e familiares devem ficar atentos aos sinais e sintomas de recorrência e procurar ajuda imediatamente.

Cientes de todos os elementos apontados, os profissionais especialistas em Saúde da Família serão capazes de uma abordagem efetiva para casos que envolvam aspectos da saúde mental, de tal modo que efetivem uma abordagem integral e satisfatória para a pessoa que procura atendimento e para o profissional que oferece apoio.

Referências

FORTES, S., VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2008, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

GASK, L. et al. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. **European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 23, n. 7, p. 469-476, 2008.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock/Routledge, n. XVI, 194 s, 1992.