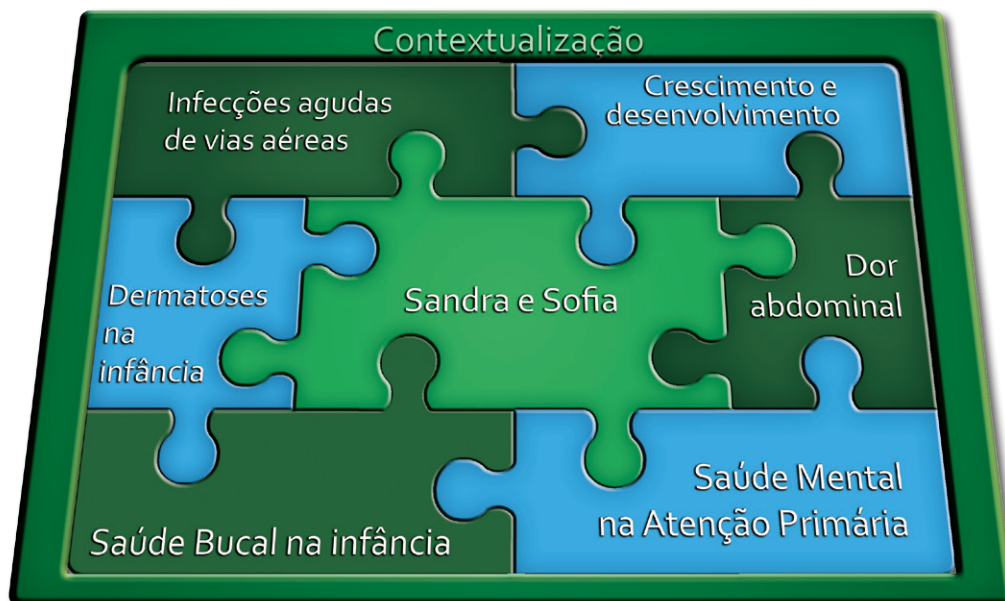


Contextualização

Julie Silvia Martins e Marcelo Marcos Piva Demarzo



Introdução

Este caso nos permite uma ampla discussão sobre situações comuns na rotina da Saúde da Família. Além de aspectos da abordagem familiar, traz à tona o cuidado de problemas de saúde mental e da saúde da criança na Atenção Primária à Saúde (APS).



Destaque



Galera e Luis (2002), discutindo alguns conceitos que fundamentam a abordagem sistêmica da família, trazem um exemplo dado por Wright e Leahey (2000) que ilustra muito bem o caso em pauta. Trata-se de uma analogia que compara a família a um móvel, evidenciando que o móvel é composto de várias peças, mas quando tocamos em uma delas, imediatamente influenciaremos os movimentos das outras, e, após algum tempo, o móvel retorna ao seu movimento balanceado, mas não necessariamente da mesma forma que antes de ser tocado.

O caso de Sandra e Sofia revela de uma forma clara a intrínseca relação entre as condições de saúde dos membros em um sistema familiar. Os problemas que Sandra vinha apresentando acabam se refletindo em todo o ambiente familiar e na saúde de seus membros. É comum que as famílias vivenciem problemas, e a habilidade em manejá-los é fundamental para o crescimento e a sobrevivência do grupo familiar.

Teoricamente, as crises dos ciclos vitais familiares podem ser previsíveis, estando presentes nos vários ciclos de vida familiar; ou mesmo imprevisíveis, tal como falecimento inesperado de um membro, desemprego, divórcio etc. Definir a qual ciclo de vida familiar a família está é importante, pois ajuda a compreender as principais necessidades dessa família, os trabalhos preventivos a serem desenvolvidos, esclarecimentos sobre as questões específicas do ciclo – auxiliando a família a resolver problemas, ou seja, oferecendo ajuda específica para a fase vivenciada. A partir do princípio da longitudinalidade, observamos as mudanças e a reorganização do grupo familiar na passagem de uma fase para outra, dando apoio às necessidades vigentes (FERNANDES; CURRA, 2006).

São ciclos convencionais para as famílias de classe média e alta (FERNANDES; CURRA, 2006):

- adultos jovens independentes;
- nascimento do primeiro filho;
- família com filhos pequenos;
- família com filhos adolescentes;
- ninho vazio: a saída dos filhos;
- aposentadoria;
- família no estágio tardio: a velhice.

São os ciclos convencionais para as famílias de classe popular (FERNANDES; CURRA, 2006):

- família composta de jovem adulto;
- família com filhos pequenos;
- família no estágio tardio.

De acordo com a classificação proposta por Fernandes e Curra (2006), não restam dúvidas de que a família de Sandra enquadra-se no ciclo “família com filhos pequenos”, que vem acompanhado de uma problemática específica a esse ciclo familiar, agravada de certa forma em decorrência da depressão pela qual Sandra vem passando.

Saúde Mental na Atenção Primária

No caso há uma distinção entre depressão e *blues* puerperal que deve ser novamente avaliada neste caso, como apresentado no tema [Saúde Mental na Atenção Primária](#). Saber lidar com as demandas relacionadas ao adoecimento mental das pessoas é um desafio para muitos profissionais que atuam na APS.



Saiba mais...

Mais da metade das pessoas que procuram atendimento na Saúde da Família tem algum grau de sofrimento psíquico, sendo mais de 30% chegam a adoecer com alterações do humor e/ou de ansiedade. A confluência desses quadros muitas vezes gera uma difícil e artificial distinção entre transtornos depressivos ou ansiosos, de tal modo que esses quadros têm sido chamados, genericamente, de transtornos mentais comuns. Para o manejo desses quadros, muitas vezes não são necessários medicamentos, mas sim intervenções psicossociais (no caso, grupo de solução de problemas), devendo ser associadas à orientação familiar, para que a mãe e o marido de Sandra entendam a condição psíquica em que ela se encontra no momento e possam dar suporte suficiente a fim de que ela possa superá-la, além de ser importante a prática de exercícios físicos, de acordo com as suas condições psicossociais.

É importante também, a partir do conceito de transtornos mentais comuns (TMC), que a equipe discuta *conceitos populares distorcidos* em relação aos transtornos depressivos, para que esteja preparada para dar suporte adequado aos usuários acometidos, sem estigmatizá-los. É comum, como já dito, a dificuldade dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para lidar com quadros de Saúde Mental, sendo que nessas situações é importante poder contar com o apoio matricial desses profissionais para aprofundar tal discussão, desde que estes estejam sensibilizados pelas particularidades da apresentação dos casos na APS e pelas intervenções efetivas para esse nível de atenção.

O caso também traz um componente comum na relação profissional-pessoa: os movimentos contratransferenciais. Tais fenômenos são comuns, e, no caso em questão, aparecem quando Sandra provoca sentimentos na enfermeira Rita por lembrá-la de uma situação de dificuldade que vem vivendo. Assim, a atuação da enfermeira pode ser prejudicada sem que ela saiba de fato por quê. O contrário também pode acontecer, quando o profissional desperta sentimentos no paciente.

Vale lembrar, no caso de Sandra, da importância de se realizar exame físico e exames complementares, possibilitando avaliar possíveis associações do quadro depressivo com anemia e/ou disfunções hormonais, que podem produzir sintomas semelhantes a um transtorno depressivo.

Sobre o desempenho de Sandra nos afazeres domésticos, é preciso considerar que as mulheres com depressão pós-parto (DPP) apresentam redução do desempenho habitual e que talvez a equipe pudesse, por meio de uma intervenção familiar, buscar apoio com a mãe de Sandra ou alguma vizinha durante esse período mais crítico para ajudá-la, e, com a melhora do quadro depressivo, a equipe também poderia auxiliá-la orientando no manejo do tempo das tarefas e das funções a serem desempenhadas por ela.

Sandra e Sofia também é muito ilustrativo por trazer queixas comuns trazidas nas consultas de crianças: falta de apetite, parada de crescimento, dor abdominal, lesões cutâneas e infecções de vias aéreas superiores. Se não são causas de constantes consultas de demandas espontâneas na APS, esses temas certamente aparecem na rotina, e devem ser de domínio dos profissionais especialistas em Atenção Primária.

Crescimento e desenvolvimento

O tema Crescimento e desenvolvimento nos ensina que, embora o peso do bebê esteja no Percentil 3, significando que apenas 3% das crianças normais apresentam peso menor, a estatura está no Percentil 50 (dentro da média para a idade), mostrando que o comprometimento provavelmente não vem ocorrendo há muito tempo e que não é tão intenso, pois o comprometimento da estatura é que indica alterações nutricionais mais prolongadas, o que indica que Felipe estava correto em sua avaliação: “Sofia está mesmo um pouco abaixo do peso, mas podemos recuperar”.

No final, o caso refere que Sofia ganhou 500 gramas no último mês, o que, de acordo com o tema Crescimento e desenvolvimento, além de tranquilizar o profissional de saúde, esse ganho ponderal pode estar refletindo uma melhora na dinâmica familiar, comentando que é frequente o surgimento de distúrbios alimentares na infância como reflexo de desestruturação e desorganização familiar. O conhecimento da rotina alimentar da criança contribui para a avaliação das possíveis relações com o ganho ponderal e também para o entendimento da dinâmica familiar, favorecendo uma abordagem integral da criança e, conseqüentemente, para que as orientações alimentares sejam adequadas à realidade da família.



Destaque

No tema Crescimento e desenvolvimento, o crescimento é caracterizado como um processo dependente de fatores genéticos, modulado por características nutricionais, socioeconômicas, ambientais e emocionais, apresentando a importância da anamnese e do exame físico, as formas para avaliação do crescimento, o uso da antropometria, índices, indicadores e classificações mais utilizados, curvas de crescimento, crescimento nos dois primeiros anos de vida, crescimento de dois a dez anos de idade e velocidade de crescimento, procurando instrumentalizar os profissionais da APS em questões relevantes relativas ao crescimento.

Ainda sobre o crescimento de Sofia, é importante destacar que, de acordo com o caso, a equipe desenvolvia grupos de pesagem, embora não haja muitos detalhes desses grupos – provavelmente eram momentos criados pela equipe para avaliação das crianças que apresentavam alguma alteração ponderal, em que questões relativas ao tema eram discutidas com os responsáveis e eram tomadas as medidas antropométricas para o devido acompanhamento, sendo uma estratégia já utilizada por muitas equipes.

A questão nutricional é uma questão muito importante para ser trabalhada por todos os profissionais da Atenção Primária. Para subsidiar os profissionais, o Ministério da Saúde tem publicado manuais que abordam o assunto de forma pormenorizada, visando dar apoio às ações de promoção do aleitamento materno, subsídios às ações de promoção da alimentação saudável e à prevenção das carências de micronutrientes. A publicação “Saúde da Criança – nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar” (BRASIL, 2009a) discorre sobre aspectos importantes relacionados ao aleitamento materno, inclusive seu manejo em situações especiais e a alimentação complementar para as crianças menores de dois anos, destacada no texto “Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de dois anos”, certamente uma obra de referência para os profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família, bem como o manual, também do Ministério da Saúde, que aborda as “Carências de Micronutrientes” (BRASIL, 2007).

Embora o caso faça menção ao trabalho dos outros membros da equipe, não apresenta pormenores das ações desenvolvidas por esses profissionais. Talvez seja importante ressaltar que os(as) enfermeiros(as) podem desempenhar um papel muito importante nesses casos desde a visita domiciliar na primeira semana após o parto, verificando as condições em que se encontram a mãe e o bebê, avaliando possíveis dificuldades relativas ao aleitamento materno, esclarecendo dúvidas da mãe em relação ao cuidado com a criança, identificando riscos e vulnerabilidades familiares, rede social primária de apoio (família.), desejos e necessidade de cuidados, cuidado com coto umbilical, visando prevenir tétano neonatal, detecção, prevenção e controle da icterícia neonatal fisiológica, imunização, puericultura, exame do pezinho, enfim, oferecendo apoio e orientação à mãe (BRASIL, 2005).

Além disso, é importante que toda a equipe esteja sempre atenta para avaliar o Cartão da Criança em todas as oportunidades, seja nas visitas domiciliares, seja nas idas à Unidade de Saúde, verificando a curva de crescimento, avaliando o desenvolvimento e o estado vacinal, desenvolvendo tanto atividades educativas de incentivo ao aleitamento materno quanto sobre questões nutricionais. O período de transição do aleitamento materno para a introdução de novos alimentos (início do desmame) é um período crítico, no qual podem ocorrer os distúrbios nutricionais. O controle dos desvios alimentares e nutricionais pode prevenir várias doenças tanto na infância como na futura vida adulta, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade, devendo portanto ser foco da atenção de toda a equipe como um meio eficiente de promoção da saúde (BRASIL, 2005).

De acordo com o manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), Sofia pode ser considerada uma criança em risco, pelo fato de ser menor de seis meses e não mamar mais no peito, por ter ganho de peso insuficiente, ser atendida frequentemente em serviços de urgências e a mãe apresentar-se sem suporte familiar e social.

Pelo fato de Sofia ser considerada uma criança em risco, além do acompanhamento mensal na Unidade, onde deve ser realizado o controle de peso, altura, avaliação clínica, seria importante que Sandra frequentasse os grupos de orientação nutricional, conforme sugerido pelo médico Felipe.

Dor abdominal

Na fundamentação teórica Dor abdominal, embora a autora refira que faltam dados para se afirmar de uma forma categórica, tudo leva a crer que a dor de Amanda seja uma dor abdominal funcional, decorrente do estresse familiar que está vivenciando, com a mãe deprimida, o pai cansado e ausente e por ter que dividir a atenção com outra criança. A autora chama a atenção para que, na prática clínica, é muito frequente o fato de a dor abdominal crônica na infância ser associada à presença de parasitoses intestinais, mas alerta que outras possibilidades devem ser consideradas, apresentando os sinais de alarme que podem indicar dor abdominal de causa orgânica. Também destaca o fato de Amanda só querer tomar mamadeira, podendo representar uma regressão, procurando demonstrar aos pais que também quer ser cuidada como um bebê, situação esta que se apresenta com frequência na ocasião do nascimento do(a) irmão(ã) menor.

A indicação de Felipe de promover brincadeiras com Amanda foi acertada, pois, além de favorecer a diminuição do estresse da menina diante da situação pela qual a família passa, as brincadeiras na cozinha com a mãe e as histórias que o pai conta à noite aumentam o vínculo da menina com os pais e ajudam a amenizar a suposta falta de atenção que vem sentido com o nascimento da irmã.

Dermatoses na infância

Em relação às lesões de pele apresentadas por Sofia, o tema Dermatoses na infância esclarece que se trata de dermatite atópica, elucidando que muitas vezes é difícil o diagnóstico diferencial entre a dermatite atópica e a seborreica, mas o fato de aparecerem novas lesões e a irmã de Sofia apresentar bronquite (a dermatite atópica está associada a outras manifestações alérgicas no indivíduo ou em seus familiares) reforça a hipótese diagnóstica. O tema é discutido mais detalhadamente inclusive com elementos para o diagnóstico diferencial com dermatite seborreica e outras doenças eczematosas e o tratamento.

Infecções agudas de vias aéreas

Outro aspecto muito fundamental para o cuidado com a saúde da criança é o manejo adequado das infecções respiratórias agudas. É comum a recorrência desses quadros, que podem chegar a dezenas, segundo o autor. São apresentados a prevalência delas conforme a idade e os fatores de risco para as crianças, explicando que podem ser classificados de acordo com a localização anatômica em infecção respiratória aguda das vias aéreas superiores e inferiores. São detalhados aspectos relativos às infecções respiratórias agudas das vias aéreas superiores, como a otite média aguda, a sinusite aguda, a faringite, a amigdalite, a laringite, a laringotraqueobronquite (Crupe), bem como das vias aéreas inferiores, como a bronquite aguda, a bronquiolite e a pneumonia, apresentando os agentes etiológicos envolvidos e as formas de tratamento, esclarecendo em que casos os antibióticos devem ser utilizados e quais são os mais indicados para cada caso.

No caso de Amanda, embora a rinofaringite tenha evoluído para um quadro de bronquite, ela não apresentava taquipneia nem esforço respiratório e, portanto, o tratamento foi sintomático, corroborando como indicado no tema Infecções agudas de vias aéreas, e evoluiu de forma satisfatória. A avaliação cuidadosa desses casos é imperativa, pois as infecções respiratórias agudas (IRA) representam uma das cinco principais causas de óbito entre as crianças menores de cinco anos de idade nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a valori-

zação da queixa de tosse e frequência respiratória elevada como um indicativo de pneumonia em crianças menores de cinco anos e apresenta os critérios de classificação da gravidade de pneumonias em crianças de dois meses a cinco anos de acordo com o proposto pela OMS em 2005 (Diretrizes Brasileiras em Pneumonia Adquirida na Comunidade em Pediatria, 2007), sendo uma excelente leitura complementar para aprofundamento do tema.

Saúde Bucal

Sobre a Saúde Bucal na infância, o caso nos remete à preocupação de Sandra com a suposta língua presa de Sofia e ao estado precário da saúde bucal de Amanda.

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, de deglutição, de 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 através 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). 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). A frenectomia nos bebês normalmente está indicada quando o freio lingual dificulta a movimentação da língua ou a amamentação (BRITO et al., 2008).

Ainda é apresentada a situação da irmã, Amanda, com alto índice de placa, atividade de cárie, lesões de cárie aguda, inclusive dor de dente. É necessária nesta situação ação urgente da equipe de saúde bucal, no entanto, fica evidente a precária educação em relação à saúde bucal desta família. Além de tratamento restaurador atraumático e fluoroterapia, medidas educativas relativas à higiene e à dieta devem ser tomadas. Detalhes são apresentados no tema de Saúde Bucal na infância, bem como uma discussão mais aprofundada sobre o desenvolvimento de atividades educativas dirigidas à saúde bucal infantil.

Conclusão

O caso Sandra e Sofia evidencia a limitação dos modelos de atenção focados nos indivíduos. Sem uma atenção para Sandra, não é possível conceber o bem-estar de Amanda e Sofia.

Por essa infinidade de questões que emergiram do caso, torna-se evidente a necessidade do trabalho em equipe na busca da integralidade da atenção, buscando suporte no manejo adequado de condições relativas à saúde mental, além de aspectos relativos à educação em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0080_M.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Unicef. Schmitz BAS. Carências de Micronutrientes. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Cadernos de Atenção Básica**, n. 20, Brasília, 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd20.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança – nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Cadernos de Atenção Básica**, n. 23, Brasília, 2009a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd23.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (Série B. Textos Básicos de Saúde). **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica – o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, s/d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRITO 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: 10 jun. 2013.

DIRETRIZES brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria - 2007. **J. Bras. Pneumol.**, v. 33 (suppl.1), p. s31-s50, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000700002>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. Ferramentas de Abordagem da Família. In: **PROMEF: Programa de Atualização em Saúde da Família**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. Ciclo 1, Módulo 1, Capítulo 1, p. 15.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 2, p. 141-147, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reuspe/v36n2/v36n2a05.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

MELO, N. et al. Anquiloglossia: relato de caso. **RSBO (Online)**, 2011, vol.8, no.1, p.102-107. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852011000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2013.

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: 10 jun. 2013.

SÃO PAULO (Cidade). 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. São Paulo, 2005. **Cadernos de Saúde Bucal da SES- SP**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Prot_Odontopediatria_Ortodontia_Preventiva.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. Third ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2000.