Instituto
de Apoio
à Criança

A DOR NA CRIANÇA

ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS NOS CENTRO DE SAÚDE

HUMANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE
ATENDIMENTO À CRIANÇA

FICHA TÉCNICA

Título
A Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde

Concepção e coordenação da obra
Anabela Fonseca
Leonor Santos

Ilustrador
Quarto Crescente, Design e Publicidade, Lda.

Revisão técnica de texto
Inês Legatheaux

Estudo – "A Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde"

Equipa técnica
Anabela Fonseca, A. Levy Aires, Artur Duarte, Fernando Vasco, Helena Seabra, Inês Legatheaux, Leonor Santos, Teresa Cepêda

Contributos
Aida Ferreira, Amélia Cavaco, Ana Cristina Guerreiro, Clara Balinha, Constantino Sakellarides, Emanuel Esteves, Fernanda Palma, Filomena Pereira, Francisco João Borralho Crujo, Graça Carapinheiro, Isabel França, João Carlos Tavares, Luís Ferreira Marquês, Maciel Barbosa, Manuela Ramos, Margarida Natário, Maria de Jesus Rebolo, Maria João Barrau, Pedro Pires, Rosa Feliciano, Rui Eugénio E. Lourenço, Teresa Oliveira Marçal

Opiniões scripto
Ana Maria Ferrão, Ana Paula Luís, Artur Duarte, Fátima Pinto, Francisco George, Hortense Dias, J. M. Ramos de Almeida, Leonor Murjal, Leonor Santos, Providência Marinheiro, Paulo Eiras, Pedro Pires, Zaida Azeredo

Edição
INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA
Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança
Rua Sampaio e Pina, 12, r/c esq.
1070 – 249 Lisboa
Portugal

ISBN:

Depósito legal n.º

Design gráfico:
Quarto Crescente, Design e Publicidade, Lda.

Produção:

Tiragem do livro:
1000 exemplares

1ª edição
Dezembro de 2006

A DOR NA CRIANÇA
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS NOS CENTROS DE SAÚDE

Agradecimentos

Os nossos agradecimentos...
... a um conjunto de pessoas e organizações sem o precioso contributo das quais este estudo dificilmente se concretizaria:

Em primeiro lugar, à Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano, por ter acreditado no nosso projecto, em especial ao Professor Doutor Manuel Rodrigues Gomes pela colaboração e disponibilidade com que sempre nos acompanhou;

Ao Ministério da Saúde, Administrações Regionais de Saúde e Sub-Regiões de Saúde pela colaboração e confiança depositada neste estudo;

A todos os profissionais dos Centros de Saúde pelos contributos facultados no processo de recolha de informação.

Foram várias as pessoas que contribuíram para a organização e concretização deste trabalho que pretende ser um contributo para a Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança:

À Coordenação do Sector da Humanização que nos ofereceu a sua experiência, nos rodeou com os seus sábios conselhos e nos acarinhou com palavras de ânimo e de confiança para a consecução dos objectivos propostos;

À equipa técnica, pela experiência, pela capacidade de investigação, pelo esforço, dedicação e disponibilidade que sempre demonstraram;

À equipa residente, pelo apoio e suporte na orientação, organização e enquadramento da gestão administrativa do projecto;

Ao membro mais jovem da equipa – Maria de Jesus – que nos acompanhou na trajectória final desta publicação, com carinho e eficiência;

Ficamos também gratos a todos aqueles que tiveram a paciência de ler os rascunhos, de os criticar e de os corrigir.

Finalmente...

Agradecemos a todos aqueles que acreditaram neste estudo e que valorizaram o seu enriquecimento com contributos escritos:

Ana Maria Ferrão, Ana Paula Luís, Artur Duarte, Fátima Pinto, Francisco George, Hortense Dias, J. M. Ramos de Almeida, Leonor Murjal, Leonor Santos, Providência Marinheiro, Paulo Eiras, Pedro Pires, Zaida Azeredo

Lisboa, Outubro de 2006

SECTOR DE HUMANIZAÇÃO

Prefácio

*Francisco George**

O volume ora editado pelo Instituto de Apoio à Criança tem grande oportunidade. A Dor na Criança, que até há relativamente poucos anos não constituía motivo de especial atenção, representa, hoje, preocupação crescente para pediatras e neonatologistas. Este novo paradigma, isto é, o reconhecimento da sensibilidade das crianças à dor, incluindo prematuros, assente em evidência inquestionável, tem implicações médicas imediatas, particularmente no que se refere à rapidez do diagnóstico e à precocidade da terapêutica antiálgica adequada.

Compreende-se que a baixa constante da mortalidade infantil fez emergir um novo padrão de morbilidade. A prevalência de crianças com doenças crónicas é, agora, mais elevada do que no passado recente, facto que gera a necessidade de mais cuidados especializados (e continuados), mais internamentos e reinternamentos.

É desde muito cedo que a criança aprende, antes até de saber falar, o sentido de dor como experiência vivida desde o nascimento, através das injecções, das vacinas, das quedas e dos ferimentos. Algumas crianças aprendem muito cedo, porque a isso são obrigadas, a conviver com a dor. Ao contrário do que acontece com a criança saudável, a dor na criança doente perde a função de alerta, tornando-se num sofrimento inútil, recordado, negativamente, ao longo do ciclo vida.

A dor é potencialmente destruidora da identidade da pessoa que dela sofre. O alívio da dor é um direito que assiste a quem dela padece, independentemente da idade. Colaborar no seu tratamento é, naturalmente, dever ético de todos os profissionais de saúde, em que o médico desempenha, pela natureza da sua formação, um papel de especial importância. Reduzir o sofrimento, para além de ser uma estratégia de humanização dos serviços de saúde, é uma questão médica e organizacional.

Existem enormes obstáculos culturais à valorização da dor como causa de sofrimento evitável e, muito particularmente, na criança. São múltiplos os factores que contribuem para que milhares de crianças estejam, todos os dias, a sofrer inutilmente de dor, por não possuírem tratamento satisfatório.

Aliviar ou eliminar a dor aguda ou crónica implica, independentemente da sua causa, da idade, etnia ou sexo da pessoa que dela sofre, saber entender, avaliar e tratar correctamente a dor. Prevenir e aliviar a dor na criança doente evita complicações e facilita o processo de recuperação e de transição, por exemplo, do hospital para casa.

Para controlar a dor na criança doente é preciso avaliá-la regularmente, levando a criança a expressar-se e usando escalas próprias de medição da sua intensidade, adaptadas à sua

idade. Quando tal não é possível e a criança não se expressa, porque não consegue ou porque é muito pequena, há que, em associação com escalas próprias, saber observar e interpretar os seus comportamentos.

Portugal foi pioneiro na criação do Dia Nacional de Luta Contra a Dor, celebrado a 14 de Junho, para sensibilizar a população e os profissionais de saúde para o tratamento da dor, tendo, depois, sido seguido por outros países.

Com o objectivo de promover a criação e o desenvolvimento de instrumentos que favoreçam melhores práticas profissionais e uma melhor e mais racional organização de serviços que contribuam para dar respostas adaptadas às necessidades de tratamento da dor, foi criado, em 2001, o Programa Nacional de Luta Contra a Dor.

Integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Programa Nacional encontra-se, actualmente, em revisão, de forma a observar, entre outras, estratégias específicas para o tratamento da dor na criança.

Para além da necessidade de aumento do número de médicos internos da especialidade de anestesiologia e do número de anestesistas, há que desenvolver nas escolas de saúde o ensino pré e pós-graduado na área do tratamento da dor dirigido aos outros profissionais de saúde. Há, ainda, que diferenciar as unidades de tratamento da dor existentes assim como criar novas unidades. Importa, ainda, que passem, rapidamente, a serem aplicados os critérios de acessibilidade a estas unidades, assim como melhorado o processo de referenciação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, dos Centros de Saúde aos Hospitais, promovendo a acessibilidade das crianças com patologia crónica e em situação de especial vulnerabilidade à prevenção e ao tratamento da dor.

No caso das unidades de tratamento da dor aguda, mais do que novas estruturas intra-hospitalares, deverão ser entendidas como dispositivos funcionais, de natureza multidisciplinar, que devem envolver todos os profissionais na analgesia e vigilância permanente do pós-operatório.

As unidades de tratamento da dor crónica, de base essencialmente hospitalar, devem ser entendidas como formas organizacionais de natureza multidisciplinar que devem facultar aos doentes uma abordagem diagnóstica e terapêutica diferenciada, consoante o nível de especialização dos seus profissionais e os níveis de ensino e formação que possam oferecer ou de investigação que possam desenvolver.

* Director-Geral da Saúde

A DOR NA CRIANÇA

ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS NOS CENTROS DE SAÚDE

AGRADECIMENTOS V

PREFÁCIO VII
Francisco George

INTRODUÇÃO 4
A equipa técnica do projecto

I PARTE - ESTUDO "A DOR NA CRIANÇA - ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS NOS CENTROS DE SAÚDE"

1. ENQUADRAMENTO 11

2. METODOLOGIA 25

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 43

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE 44
3.1.1. População Inscrita 44
3.1.2. Locais de Atendimento 44
3.1.3. Tipo de Centro de Saúde 44
3.1.4. Recursos Humanos 45

3.2. SAÚDE INFANTIL 51
3.2.1. Consulta de Vigilância e Espaço Próprio 51
3.2.2. Consulta de Vigilância e Horário Próprio 53
3.2.3. Alternativas ao Médico de Família na Consulta de Vigilância em Saúde Infantil 54
3.2.4. Consulta de Doença 58
3.2.5. Acesso Telefónico ao Médico e/ou Enfermeiro 64

3.3. VACINAÇÃO 65

3.4. ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS 66
3.4.1. Atendimento a Recém-Nascidos 66
3.4.2. Atendimento a Adolescentes 67

3.5. A DOR NA CRIANÇA 71
3.5.1. Atitude face à Dor 71
3.5.2. Procedimentos de Combate à Dor 72

4. DISCUSSÃO 77

5. CONCLUSÕES 89

6. RECOMENDAÇÕES 91

II PARTE – OPINIÕES SCRIPTO

A FISIOPATOLOGIA DOS CENTROS DE SAÚDE – *J. M. Ramos de Almeida* 96

CUIDADOS À CRIANÇA. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A COMUNIDADE – *Artur Duarte* 106

FORMAR PARA ATENDER CRIANÇAS NA COMUNIDADE – *Ana Maria Ferrão* 109

A DOR DO RECÉM–NASCIDO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS – *Fátima Pinto* 117

ACOLHIMENTO DA CRIANÇA NO CENTRO DE SAÚDE – *Providência Marinheiro* 125

AS CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL NOS CENTROS DE SAÚDE – *Paulo Eiras* 132

O PAPEL DA SAÚDE ESCOLAR NA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E JOVEM – *Leonor Murjal* 134

TÃO DIFERENTES … TÃO IGUAIS – *Ana Paula Luís* 138

A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO – *Pedro Pires* 144

O ESPAÇO DOS ADOLESCENTES NOS CENTROS DE SAÚDE – *Hortense Dias* 148

A CRIANÇA E A DOR: ATITUDES E COMPORTAMENTOS DO MÉDICO DE FAMÍLIA – *Zaida Azeredo* 151

ANEXO – QUESTIONÁRIO "A DOR NA CRIANÇA" 159

BIBLIOGRAFIA, SIGLAS E ACRÓNIMOS 167

INTRODUÇÃO

No preâmbulo da CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA, adoptada em 20 de Novembro de 1959 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, é referido que "a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento".

No ponto 1 do Artigo 24º da referida Convenção, é dito que "Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde".

Ainda no ponto 2 do mesmo Artigo consta que "Os Estados Partes (...) tomam medidas adequadas para: a) fazer baixar a mortalidade entre as crianças de tenra idade e a mortalidade infantil; b) assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários".

Passaram vários anos desde que a criança se tornou uma personalidade com direitos, mas não podemos deixar de reconhecer a sua fragilidade e dependência. Apesar do caminho percorrido, a realidade dos dias de hoje remete-nos para a necessidade de afirmarmos constantemente os princípios pelos quais nos regemos.

O Instituto de Apoio à Criança (IAC), cuja fundação data de 1983, surgiu para fazer valer os direitos da Criança em todas as circunstâncias, tendo por objectivo principal o seu desenvolvimento integral.

Desde a sua fundação, foram definidas áreas prioritárias de intervenção, procurando agir sobre as situações que pela sua natureza, sendo gravosas para as crianças, não estão suficientemente evidentes para a opinião pública, merecendo por isso menor atenção por parte do Estado.

O Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, sector que se diferenciou no ano de 1989 dentro do IAC, tem como objectivo promover a discussão dos problemas da humanização, favorecendo a mudança de atitudes e de comportamentos nas instituições de saúde, nos profissionais e no público em geral, o que procura atingir através da identificação e reflexão sobre os factores que condicionam a humanização dos serviços de atendimento à criança, da divulgação dos resultados dessa reflexão e da proposta de estratégias de intervenção.

Grande parte da acção do Sector tem sido dirigida para a criança no hospital, à semelhança do que fazem organizações similares de outros países. São disso exemplo a publicação da brochura *Carta da Criança Hospitalizada* e a sua divulgação em hospitais e centros de saúde (CS) e os inquéritos *Atitudes relativamente à Dor na Criança* e *A Idade Pediátrica*: *Internamento de Crianças e Adolescentes em Unidades de Adultos*, distribuídos aos hospitais pediátricos e serviços de pediatria, respectivamente em 1997 e 1998.

No entanto, no sistema de saúde português, os CS têm um papel muito importante na prestação de cuidados de saúde à criança e sua família, sejam eles dirigidos a crianças sãs ou doentes. Daí ter surgido o presente estudo, na sequência da reflexão mais geral que o Sector de Humanização tem vindo a promover no âmbito do combate à dor na criança.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, que se associa a uma lesão tecidular concreta/potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial.

Muitas são as situações nas quais a criança pode sentir dor. Existem dores relacionadas com procedimentos diagnósticos e terapêuticas, doenças infecciosas (otites, por exemplo), acidentes, fracturas, queimaduras, doenças oncológicas, doenças reumáticas e procedimentos cirúrgicos, entre outros.

A maioria das dores que as crianças apresentam é habitualmente transitória e de intensidade baixa ou moderada. Quando o diagnóstico da existência da dor é feito, o tratamento deve ser rapidamente instituído.

A percepção da dor na criança não depende só do grau de lesão ou da doença mas também de factores emocionais, de factores comportamentais e de factores situacionais.

Porém, existem outras variáveis que determinam a percepção da dor na criança, tais como o significado da dor para a criança, de que modo a sua presença é explicada, o contexto no qual a dor ocorre, as experiências de dor, a precocidade da experiência, o cansaço, a gravidade da doença, o nível de ansiedade, factores culturais e a reacção dos pais.

A Dor na Criança foi, pela primeira vez, abordada pelo Sector da Humanização do IAC numa das mesas do Fórum *Humanização dos Cuidados Prestados à Criança em Serviços de Saúde*, realizado em Março de 1997.

Neste fórum, foram debatidos vários temas, como o *acompanhamento das grávidas*, *os adolescentes e a doença*, *o atendimento à criança com deficiência*, *a continuidade da prestação de cuidados* e *a criança e a dor*. Da discussão deste tema, surgiu a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as atitudes relativamente à dor na criança pelo que, em 1999, o Sector procedeu a um estudo sobre a abordagem da dor nos hospitais portugueses que atendem crianças.

Os resultados então obtidos permitiram ter um conhecimento real dos procedimentos e comportamentos de profissionais relativamente à dor na criança e foram apresentados no Encontro *A DOR é... sempre que dói* realizado em Novembro de 2000. Com base na sua

discussão, foram retiradas as seguintes conclusões:

"- Importa diversificar as atitudes terapêuticas de acordo com as necessidades dos doentes, não esquecendo as vias de analgesia transcutânea e epidural, a utilização da analgesia controlada pelo doente ou pela enfermeira e as intervenções psicológicas de preparação e apoio à criança.

- Importa formular um percurso colectivo pelos serviços de Pediatria tendente à adopção de medidas que permitam um diagnóstico mais apurado e quantitativo da dor e seu tratamento, potenciando a utilização de escalas de avaliação da dor e revendo as atitudes perante procedimentos previsivelmente dolorosos, nomeadamente consensualizando a utilização de protocolos.

- Em suma, a dor é reconhecida, mas sub–avaliada."

Em 2002, a partir destas conclusões, o Sector da Humanização estruturou um novo estudo, designado *A Dor na Criança – Conceitos e Práticas*, no qual se pretendia dar continuidade ao trabalho já desenvolvido e propondo-se:

- continuar o estudo, abrangendo todos os hospitais/serviços que tratam crianças;
- estudar os procedimentos/comportamentos de profissionais que trabalham em Cuidados de Saúde Primários;
- promover reuniões com os diferentes serviços envolvidos para discussão dos resultados obtidos;
- elaborar um *Guia de Procedimentos da Dor*.

Em 2003, na altura da comemoração do 5º Dia Nacional de Luta Contra a Dor, a Direcção-Geral de Saúde (DGS) publicou uma circular normativa que institui a *Dor como 5º Sinal Vital*. De acordo com a APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor), a equiparação da dor a 5º sinal vital significa que se considera como boa prática clínica, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, a avaliação e registo regular da intensidade da dor, à semelhança do que já acontece há muitos anos para os 4 sinais vitais, nomeadamente a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a temperatura corporal. A circular normativa refere ainda as escalas que deverão ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor, dando algumas instruções básicas sobre a sua utilização. Assim, o tratamento da dor deve iniciar-se nos cuidados de saúde primários, ou seja, através dos médicos de família, pois estes profissionais de saúde estão habilitados a diagnosticar e tratar a grande maioria das patologias dolorosas e são, habitualmente, os primeiros a ter contacto com a população.

Daí a obrigatoriedade da avaliação e registo da dor ter uma enorme importância, dado que, sobretudo por motivos culturais, a dor é ainda inúmeras vezes subestimada, escondida, negada e, consequentemente, negligenciada, tanto pelos doentes como pelos profissionais de saúde. Por outro lado, tornando a dor visível não é possível ignorá-la, sendo imperioso estabelecer uma estratégia terapêutica adequada ao seu controlo, o que vai contribuir decisivamente para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir a morbilidade, nomeadamente no que se refere à dor aguda pós-operatória cujo controlo é um dever ético dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e uma condição indispensável à necessária humanização das unidades de saúde do País.

Todo o trabalho desenvolvido em torno da dor na criança pretende contribuir para uma reflexão sobre os procedimentos clínicos dos profissionais face à dor, na perspectiva de que se extrapolará um maior conhecimento que ajudará a modificar as práticas, contribuindo dessa forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças que recorrem aos serviços de saúde e que são alvo de procedimentos dolorosos.

Deve-se efectuar um esforço conjunto no sentido de melhorar a qualidade de vida da criança e do adolescente, considerando-se fundamental uma abordagem que observe não apenas as características da dor e das suas manifestações, mas que seja capaz de perceber a criança e o adolescente na sua subjectividade e nas suas diversas dimensões.

Como já objectivámos, a dor na criança e nos adolescentes não pode ser apenas abordada na vertente dos aspectos somáticos, sob pena de termos uma perspectiva redutora que impede a análise global do tratamento da dor no quotidiano da criança.

No seu percurso de vida, a criança mantém uma proximidade latente com os serviços de saúde primários, onde a intervenção dos técnicos de saúde, face ao atendimento dos jovens, tem que ser cada vez mais humanizado devido ao ampliado espectro de solicitações emocionais que recepcionam e para as quais não têm apoio referenciado.

A falta de comunicação entre os técnicos dos vários serviços de saúde, os pais e as crianças resulta numa desumanização do atendimento da criança e do adolescente, pois não podemos esquecer que cabe aos cuidados de saúde primários um papel importante na prevenção e detecção da dor.

Melhorar o processo de humanização no atendimento à criança e adolescente nos centros de saúde prevê mudanças, novos desafios, flexibilidade, compreensão e comunicação activa. Essencialmente, não podemos esquecer que humanizar o atendimento passa por respeitar os desejos das crianças, saber ouvi-las e saber acolhê-las.

A humanização no atendimento à criança exige uma melhoria dos mecanismos e estruturas existentes, o que nos leva a observar e analisar os meios que temos ao nosso dispor, reflectindo sobre novas soluções.

Para concluir, parafraseamos o Professor Doutor Ribeiro da Silva, "a dor pode ser poeticamente comparada à chama que se acende e se apaga, não ocupando espaço, mas desgastando e consumindo a matéria combustível que a mantém".

A equipa técnica do projecto

I PARTE - ESTUDO "A DOR NA CRIANÇA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS NOS CENTROS DE SAÚDE"

1

ENQUADRAMENTO

1. Enquadramento

Na última década, tem-se assistido a diversas iniciativas visando alertar os profissionais de saúde para a importância do sofrimento causado pela dor e para a necessidade de mudarem a sua atitude face a um conjunto de novos conhecimentos que alteraram os processos de a combater.

Inicialmente confinada à dor física, cada vez mais tem sido conferida atenção à dor "global" que acompanha a doença crónica e terminal e respectivos procedimentos, diagnósticos e terapêuticas, situações que ocorrem mais frequentemente em crianças e jovens seguidos em meio hospitalar, quer em ambulatório quer em internamento. As consequências psicossomáticas negativas da dor intensa e respectivos riscos e a importância do seu tratamento devem constituir, e constituem, uma preocupação para quem presta cuidados de saúde. Contudo, a dor, seja ela de origem física ou emocional, ocorre em muitas outras circunstâncias, suscitadas por agressão, traumatismo, doenças e/ou por procedimentos para as evitar (vacinação), diagnosticar, impedir o seu agravamento ou curar (cuidados médicos e de enfermagem). Particularmente na criança, a dor é vivida de forma global pelo que o contexto em que ocorre tal vivência é também um factor a ter em conta, quer na génese, quer no controlo da dor.

No caso dos CS, para além das situações de doença crónica com que se deparam as equipas dos cuidados continuados, a maioria das situações de dor na criança é provocada directamente pelos próprios profissionais de saúde. O modo como se organiza o acolhimento e o seguimento das crianças nos CS constitui um potencial elemento suplementar de sofrimento, este de natureza emocional.

Sabemos que, nos dias de hoje, o padrão de saúde/doença se alterou, o mesmo acontecendo com a prestação de cuidados.

Referia Octávio Cunha (2000) que os avanços da ciência e dos cuidados de saúde levaram à queda da mortalidade infantil (MI) nos países da Europa Central de 80 para 8 por mil nados-vivos, o que não deixa, no entanto, de lançar novos desafios face ao objectivo de garantir o bem-estar e o desenvolvimento integral da criança.

Portugal atingiu em 2003 uma MI de 4,2‰, o que seguramente traduz também uma melhoria importante dos cuidados prestados à criança e de todo o seu envolvimento social. Contudo, não deixamos de ser sacudidos com frequência por notícias de negligência, abusos e violência (Aires, 2004), do mesmo modo que persistem desigualdades, pobreza, dificuldades de acesso, que continuarão a justificar intervenções programadas e dirigidas a áreas geográficas mais carenciadas ou a grupos vulneráveis ou de risco (Reid, 2004).

Dizia Constantino Sakellarides (2005), que "o problema do Serviço Nacional de Saúde (SNS) não são as grandes doenças ou calamidades, mas sim as pequenas maleitas de todos os dias, (...) não se pode aceitar que em Portugal uma pessoa que tem febre ou uma dor não tenha acesso a um médico."

É pois compreensível que o Sector da Humanização, ao mesmo tempo que procurou abordar a questão da dor física na criança nos CS, se tenha debruçado sobre as questões relacionadas com a natureza do acolhimento e do atendimento, enquanto elementos modeladores do contexto em que aquela ocorre. Quer um, quer outro, quando de qualidade, constituem elementos geradores de um clima emocional caracterizado pela tranquilidade e pela confiança das crianças e dos familiares nos serviços e nos profissionais, circunstância que por si só constitui um elemento facilitador da prestação de cuidados e, nas situações dolorosas, um factor terapêutico adjuvante.

Nesta perspectiva, o Estudo *A Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde* tem como objectivos:

- caracterizar os recursos humanos que suportam o atendimento de crianças e jovens nos CS situados em Portugal Continental;
- identificar e caracterizar as condições de acolhimento/atendimento de crianças e jovens;
- estudar as atitudes e comportamentos dos profissionais perante a dor na criança e quais os procedimentos específicos dos Cuidados de Saúde Primários.

1.1. Cuidados de Saúde Primários

A organização dos Cuidados de Saúde Primários assentou na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata em 1978. Dessa Declaração, destaca-se:

"• VI – Os cuidados de saúde primários (...) representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...)

• VII – Os cuidados de saúde primários: 2. têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades."

Em Portugal, foi em 1983 (ENSP, 2001) que se deu a integração dos primeiros CS com os postos dos ex-Serviços Médico-Sociais (SMS) de onde resultaram os CS actuais em que os médicos da carreira de Medicina Geral e Familiar são os prestadores de cuidados a toda a população. Cada médico tem um conjunto de famílias/pessoas inscritas na sua lista, cabendo-lhe fazer, em termos de atendimento às crianças, não só a vigilância em Saúde Infantil (SI), como também a prestação de cuidados médicos em caso de doença. Este modelo, em que o

médico se "responsabiliza" pela saúde das crianças inscritas na sua lista (população definida), deverá ser complementado pela preocupação do CS com a saúde de toda a população da sua área de influência, no caso que nos interessa, das crianças, sem que para isso tenha que prestar cuidados a todas (há outros prestadores de cuidados, quer a nível público, quer privado).

Os serviços de saúde, como outras instituições que prestam serviços a um conjunto de clientes, são pressionados pela procura donde, como qualquer elemento de um sistema aberto, sofrem processos de adaptação resultantes da natureza daquela. Quem, em Portugal, tem acompanhado a evolução dos serviços de saúde com alguma atenção, percebe as transformações que decorrem deste processo. Como exemplo, citamos o facto da perspectiva imediatista e curativa, mais centrada na doença do que na pessoa, ter vindo a ganhar um relevo que determinou uma inflação das especialidades médicas de pendor hospitalar, com prejuízo de outros grupos profissionais, com um reflexo evidente na natureza dos recursos humanos e outros de todo o sector, particularmente no SNS. A convicção de que o hospital e o médico, de preferência especialista hospitalar, são fundamentais para o diagnóstico e tratamento de qualquer doença, mesmo da mais simples, e a ignorância generalizada e por vezes fomentada sobre como utilizar os recursos de saúde, levou a uma procura desnecessária do médico e do sector hospitalar que tem levado à sua hipertrofia. Dado que os recursos são finitos, verificou-se o definhamento e a subalternização progressiva dos serviços de primeira linha, os CS, e das outras categorias profissionais. Se dúvidas persistirem sobre este processo, basta ver onde se centra a atenção dos políticos quando abordam as questões da saúde e olhar para os dados fornecidos pelas estatísticas.

Segundo um estudo do Parlamento Europeu realizado em 1998, em Portugal, o número de médicos/habitantes (29/10.000) era superior à média da União Europeia (UE) (28/10.000), mas o mesmo não se verificava quanto aos médicos de Clínica Geral cujo ratio (6/10.000 habitantes) era inferior à média da UE (8/10.000 habitantes). Tal quer dizer que, em Portugal, 70% dos clínicos tinham uma especialidade hospitalar, cabendo aos serviços de primeira linha apenas 30% dos médicos. O mesmo estudo apontava uma situação altamente deficitária no país em termos de pessoal de enfermagem, dado que o ratio enfermeiros por habitante em Portugal (31/10.000 habitantes) era menos de metade do ratio da UE (70/10.000), situação que também se reflecte negativamente nos CS onde estão colocados apenas 25,0% dos enfermeiros (Rodrigues et al.; 2002) ou 19,4% segundo a DGS (2003).

Este tipo de entendimento da saúde e a perversidade que introduz no sistema, tem também clara influência na forma como se olha para a saúde das crianças e para o seu atendimento nos serviços de saúde, seja em vigilância da saúde, seja na doença.

1.2. Atendimento à Criança nos Centros de Saúde

Temos uma população a envelhecer, com a inversão da pirâmide etária, aumento de doenças crónicas e uma baixa na MI. Em consequência, os serviços confrontam-se com forte pressão para atender adultos e passam a organizar-se em conformidade. Esta situação é agravada pelo défice de médicos na primeira linha (CS) e pela estrutural falta de enfermeiros (relação médico/enfermeiro das mais baixas da UE), o que leva a que, apesar das normas e das intenções, haja uma real dificuldade em acolher as crianças sãs e doentes nos serviços de saúde de uma forma adequada às suas necessidades específicas (e da sua família).

No Reino Unido, em termos contratuais, os cuidados às crianças estão subestimados face às doenças crónicas dos adultos (Hall & Sowden, 2005).

Também no Reino Unido, há bem pouco tempo, o alarme soou em relação ao atendimento à criança. Após um trabalho de cerca de três anos, foi aprovada uma estratégia nacional (um compromisso) sobre a forma de acompanhar mulheres e crianças – *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services* – em que são definidos claros *standards* para o atendimento de mulheres e crianças nos serviços de saúde. Na introdução deste documento, o Dr. John Reid, *Secretary of State for Health,* afirma "No centro desta Rede Nacional, encontra-se uma mudança fundamental na nossa maneira de pensar sobre a saúde das crianças. Ela advoga que os serviços sejam desenhados e prestados em função das necessidades da criança. Os serviços são centrados na criança e olham-na como um todo – não apenas para a doença ou para o problema – e procuram a melhor forma de cuidarem precocemente de qualquer problema, de desenvolverem uma acção preventiva e de assegurarem que cada criança tenha as melhores possibilidades para concretizar o seu potencial. Então, se e quando estas crianças crescerem e forem elas mesmo pais, estarão melhor preparadas para fazerem crescer os seus próprios filhos" (Department of Health, 2004).

Uma cultura organizacional em que o atendimento à criança se perspectiva como atrás foi dito pressupõe que sejam muito valorizados o treino em trabalho de equipa, na consulta, no cuidar de sintomas indiferenciados e na integração dos aspectos biológicos e psicossociais da saúde e doença, no contexto da família e da comunidade (Hall & Sowden, 2005).

1.3. Profissionais de Saúde e Atendimento em Saúde Infantil

O atendimento em SI nos diferentes países desenvolvidos, seja em vigilância de saúde ou em consultas de doença, é feito predominantemente por médicos generalistas ou pediatras, dependendo isso do tipo de serviços instalados e da sua organização e, em último caso, da

procura.
Independentemente de ambos os grupos profissionais receberem formação no atendimento a crianças, verifica-se que há diferenças entre os dois tipos de profissionais quanto aos cuidados que prestam.
Um estudo recente sobre a evolução do atendimento à criança nos Estados Unidos da América verificou que, nos últimos vinte anos, o padrão de atendimento às crianças se tem vindo a alterar. Assim, o número de consultas não cirúrgicas das crianças desde o nascimento até aos 17 anos subiu de 56,2% (1990) para 64,2% (2000) nos pediatras, enquanto que, no mesmo período, o mesmo tipo de consultas no médico de família decresceu de 33,7% para 23,9%, tendo as consultas no pediatra aumentado entre 1980 e 2000 de 1,6% para 4,5% no cômputo global das consultas. Esta situação terá reflexos nos custos, nos recursos humanos médicos e na formação de futuros médicos (Freed, G.L. et al, 2004).
Também recentemente, um estudo efectuado em 34 países europeus mostrou que existem, em média, 2.094 crianças por pediatra, com uma variação compreendida entre 401 e 15.150 crianças (Katz et al, 2002). O mesmo estudo mostrou que o modelo de atendimento para crianças nesses 34 países se enquadra segundo três sistemas: um sistema assenta em Cuidados Primários Pediátricos (CPP), outro assenta em clínicos gerais e o terceiro é um sistema misto. Em 3 países não existem pediatras nos cuidados primários e em 14 países os pediatras trabalham em diversos aspectos de saúde comunitária (pediatras comunitários). Os pediatras podem estar envolvidos apenas em cuidados pediátricos (80,0 a 92,0%) ou então em pediatria comunitária (1,0% a 41,0%). Apenas 9 países têm educação médica contínua em CPP.
Em termos de formação, em 75,0% dos países, existe alguma forma de formação pós-graduada em CPP para pediatras, o mesmo se passando em 60,0% dos países no caso dos clínicos gerais, sendo a formação em pediatria comunitária mais oferecida a pediatras (57,0%) do que a clínicos gerais (21,0%). São escassos os programas de formação "*community based*".
Segundo Hall & Sowden (2005), "Nestas circunstâncias, os médicos de família, se pretenderem manter o seu papel como principais prestadores de cuidados às crianças e aos jovens, terão que receber treino e remunerações apropriadas para se interessarem pelos diferentes aspectos da saúde das crianças e jovens. Caso contrário, serão substituídos por pediatras generalistas para quem as tradicionais barreiras entre hospital e comunidade são irrelevantes".

1.4. O Modelo Português

Em 1971, foram criados os primeiros CS em Portugal cuja actividade se centrava, entre outras, na vacinação e na saúde da grávida e da criança. Foi determinante, nestas actividades, o papel das enfermeiras de Saúde Pública com o seu trabalho, não só no próprio CS, mas junto das populações com a visitação domiciliária.
Para além destes serviços, em que a prevenção e a promoção da saúde eram os principais objectivos, os cuidados às crianças eram prestados nas consultas de pediatria dos hospitais e dos postos de consulta dos SMS[1], sendo, essencialmente, de natureza curativa.
Em 1979, face aos diversos esquemas de funcionamento e de actuação nos serviços de saúde então existentes, a Comissão para a Reestruturação do Sector da Saúde Materna e Infantil, nomeada pela Secretaria de Estado da Saúde em 1976, formulou as *Recomendações com vista à normalização dos cuidados primários em saúde materna e infantil* (DGS, 1979).
A Comissão recomendava que fossem dados meios para se realizar "a articulação das diversas Unidades de Saúde Materna e Infantil (consultas externas dos hospitais, valências dos Centros de Saúde e postos de consulta dos Serviços Médico-Sociais) numa estrutura integrada, que garanta em todo o território a execução dum programa coordenado de cuidados de saúde". Assim, foram propostas normas de actuação para os dois níveis de cuidados (cuidados primários e cuidados diferenciados), iniciou-se a divulgação do *Boletim de Saúde Infantil* elaborado pela Comissão e divulgou-se o protocolo de *Observação na consulta de Saúde Infantil*.
Em sequência dessas recomendações, o Grupo de Trabalho para a Melhoria dos Cuidados em Perinatologia elaborou o programa *Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil* divulgado, em 1983, pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) e na Norma de Serviço 4/85/DSMI da DGCSP.
Na introdução, era afirmado que "as necessidades especiais dos grupos populacionais vulneráveis obrigam a conferir alta prioridade aos cuidados de saúde a prestar às mulheres em idade fértil e às crianças" e que "devem ser asseguradas nos locais de consulta as condições mínimas de conforto e equipamento específico que permitam a observação das mulheres e das crianças em condições aceitáveis".
Este Programa esteve em vigor até 1993, altura em que surgiu o documento *Saúde Infantil e Juvenil – Programa-Tipo de Actuação* que, por sua vez, foi revisto e actualizado em 2002.
As modificações que foram introduzidas nestas revisões foram consequência da melhoria verificada nos indicadores de saúde (em 1975 a taxa de MI era de 38,9 óbitos por 1000 nados vivos, em 1985 de 17,8 e em 2003 verificaram-se 4,2), da modificação das patologias mais frequentes (redução das doenças infecciosas e reconhecimento da importância dos

[1]Nem sempre efectuadas por pediatras

problemas de desenvolvimento e comportamento, das doenças crónicas, da violência, dos maus tratos, etc.) e da consolidação da rede de cuidados de saúde primários.
Nos últimos anos, a cobertura em cuidados de SI tem sido assegurada principalmente pelos clínicos gerais. Tendo o médico da carreira de Medicina Geral e Familiar competências em SI, as suas tarefas são múltiplas e o envelhecimento da população em Portugal tem levado a que a solicitação por parte da população idosa seja cada vez maior, "consumindo" grande número de consultas e necessitando de cuidados no domicílio efectuados por profissionais de enfermagem, em muitos casos em número reduzido nos CS.
Se levarmos em conta o disposto no Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio que regulamenta o Regime Remuneratório Experimental, podemos constatar que, mais uma vez e também em Portugal, o atendimento às crianças é subalternizado face aos idosos pois, na composição da remuneração, o número de crianças dos 0 aos 4 anos de idade será multiplicado pelo factor 1,5 enquanto o número de pessoas com 65 ou mais anos de idade será multiplicado pelo factor 2, o que incentiva a sua inscrição.
A maior parte das crianças são aparentemente saudáveis, os pais nem sempre têm noção das necessidades de seguimento dos seus filhos e, por isso, não exigem uma vigilância periódica para detecção de problemas e o tratamento adequado das doenças comuns (há sempre a possibilidade de ir ao hospital). A tendência é dar resposta aos que a solicitam e ficam para trás todos os que "não aparecem"... Havendo instrumentos que permitem identificar os nascimentos ocorridos na área do CS (notícia de nascimento) e sendo a visitação domiciliária pela enfermeira um instrumento importante para perceber o que acontece com os que não aparecem, também esta actividade "compete" com o atendimento domiciliário a idosos.
A falta de recursos médicos, determinando a existência de uma população de inscritos sem médico de família, dificulta o atendimento à criança, o que levou a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA), em Abril de 2004, a recomendar que fosse dada prioridade de inscrição no médico de família às famílias em que haja mulheres grávidas ou crianças com menos de 5 anos de idade.
Perante a complexidade dos problemas e das necessidades actuais das crianças, a tradicional equipa médico/enfermeiro (tantas vezes inexistente) não é suficiente para dar resposta e o seu alargamento à comunidade e a outros profissionais exige tempo e disponibilidade, que o médico de família nem sempre tem.
Os pediatras existentes nas anteriores estruturas em que era feito atendimento a crianças, pertencentes à carreira hospitalar, deixaram, na sua grande maioria, de exercer funções em cuidados de saúde primários e os que optaram por continuar nunca viram bem definidas as suas funções. Exceptuando casos pontuais (por exemplo, no Distrito de Setúbal), os pediatras continuaram a fazer atendimento directo às crianças e, esporadicamente, consultas de referência a crianças seguidas pelos médicos de família.
Não houve qualquer critério na distribuição destes profissionais (continuaram nos locais em que estavam, por vezes dois ou mais, com o CS vizinho sem nenhum...) e dado o número crescente da população infantil que passou a recorrer aos CS, não era possível o seguimento de todas as crianças pelos pediatras, resultando daí o abaixamento das idades abarcadas por aqueles profissionais consoante as condições de cada local. Como se tratam de lugares a extinguir quando vagarem, a saída dos pediatras dos CS por aposentação tem tido consequências no atendimento à população infantil, muito em especial nos CS onde os médicos de família durante anos não adquiriram ou foram perdendo o treino na observação das crianças mais novas.
Recentemente, a CNSCA propôs a criação da figura do "*Pediatra consultor no Centro de Saúde*" (CNSCA, Dezembro 2004). Este pediatra só fará sentido se não esgotar a sua acção respondendo às necessidades clínicas, pois deveria também caber-lhe um importante papel (i) na estruturação dos cuidados prestados à criança na comunidade, o que não está previsto na proposta e (ii) na formação em serviço dos médicos de família na área da saúde da criança. Esta formação em serviço é hoje praticamente inexistente, contrastando com o que se passava há alguns anos, ainda antes da criação da carreira médica de Clínica Geral, em que os especialistas hospitalares, juntamente com a DGS, pelo menos em algumas zonas do país, desempenharam um importantíssimo papel (Lemos, 1979).

1.5. Estrutura Física

É opinião corrente entre os prestadores de cuidados às crianças que estas devem ser atendidas em espaços adaptados às suas características biológicas e emocionais.
Nos documentos recentes de programação para CS e extensões (DGCSP, 1992; Ministério da Saúde, 1999), não é feita referência explícita a um espaço próprio para atender crianças, nem há qualquer referência a instalações sanitárias ou salas de espera adaptadas às mesmas. No entanto, num e noutro documento, são referidos espaços polivalentes que podem ser utilizados nesse sentido.

1.6. Horário Próprio

O regime legal das carreiras médicas (Dec-Lei 73/90 de 6 de Março) determina que a organização dos horários de trabalho dos médicos da carreira de Clínica Geral seja feita pelos directores dos CS. De acordo com o Desp. 18/90 de 21 de Agosto que fixa as regras daquela organização, as actividades assistenciais (em que está incluída a SI) são distribuídas por horários adequados às especificidades das unidades de saúde e às características da população utente.

Não estando explícita a obrigatoriedade de um horário próprio para o atendimento aos grupos vulneráveis, a existência desse horário é, no entanto, considerada boa prática pela maioria dos médicos. Foi este o entendimento expresso pelo Conselho de Administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no ponto 1.2. da Circular Normativa n.º 2/98 de 12 de Fevereiro em que se diz: "As actividades assistenciais como, por exemplo, as consultas de (...) saúde infantil (...) devem ter períodos específicos no horário semanal de cada médico, para além das 20 horas de consulta geral, possibilitando, em cooperação com outros elementos da equipa de saúde, uma melhor organização dos cuidados a prestar".

1.7. Vacinação

A existência de uma sala exclusiva para a vacinação, com enfermeiros treinados, poderá ser desejável e indicadora de um padrão de qualidade. No entanto, a estrutura de alguns CS poderá levar à utilização de outros espaços que, não sendo exclusivos, serão adequados para o efeito (por exemplo, um recanto da sala de SI). Para tal é indispensável que existam condições de assepsia (não é o caso de uma sala em que se efectuam pensos), que estejam asseguradas as condições de armazenamento das vacinas (DGS, 1994) e que se tenha em atenção que grande parte da actividade da vacinação é dirigida à criança o que requer uma disponibilidade especial (chora, grita, vomita, foge...).
A caracterização e descrição de um espaço próprio para vacinação não são explicitadas nos documentos recentes de programação para CS e extensões (DGCSP, 1992; Ministério da Saúde, 1999). No entanto, neste último documento, na proposta do *layout* dos dois modelos de organização modular (pp.16-17), existe um espaço referenciado como "vacinação" num dos modelos e no outro um espaço denominado "Gab. Enferm. (vacinas)", o que faz supor que existe a intenção clara de separar esta actividade das outras no primeiro caso, ou pelo menos, de não a colocar na sala destinada a pensos e tratamentos.

1.8. Atendimento a Recém-Nascidos

Embora os indicadores de saúde perinatais e infantis tenham evoluído favoravelmente em Portugal na última década, a abordagem centrada na família torna o atendimento ao recém-nascido um momento essencial de avaliação da dinâmica familiar e da sua rede de suporte (DGS, 2002). Para cumprir este objectivo, o momento da primeira consulta, como é referido no *Plano Nacional de Saúde* (Ministério da Saúde-2004), deverá ser nos primeiros dias de vida.
Aos CS caberá também um papel fundamental no acompanhamento dos recém-nascidos com problemas e das suas famílias, nomeadamente os pré-termos e, para isso, é fundamental a articulação entre os cuidados hospitalares e os CS.
O primeiro contacto de uma jovem mãe e do seu filho com o CS poderá ser um momento determinante para o relacionamento futuro. Mostrar disponibilidade para tirar dúvidas e estabelecer uma relação de confiança poderão garantir o cumprimento futuro do esquema de vigilância em SI.

1.9. Atendimento a Adolescentes

Os adolescentes são o grupo etário que menos utiliza os serviços de saúde e, quando deles necessita, tende a recorrer aos serviços de urgência que não constituem a melhor resposta às necessidades desta população.
Atendendo às particularidades próprias da adolescência, em especial a sua pouca adesão a cuidados de saúde, particularmente nos locais em que são atendidos os outros elementos da família (Oppong-Odisen, 1997), os adolescentes preferem recorrer a outras entidades que não os médicos de família para esclarecerem as suas dúvidas e preocupações pois não confiam na confidencialidade e privacidade que os médicos de família podem oferecer (Hall & Sowden, 2005). Na verdade, a confidencialidade é a questão que os jovens mais colocam, o que pode ser demonstrado pelo elevado número de jovens que recorre a revistas para, de forma anónima, verem respondidas questões que os preocupam (Finlay, Simpson, & Jones, 1998).
Contudo, os CS possuem justamente algumas características que os colocam numa posição privilegiada para atender os adolescentes em primeira linha e, se necessário, orientá-los posteriormente para cuidados mais diferenciados, dado que i) são acessíveis e próximos da comunidade a que o jovem pertence, ii) estão orientados para actividades de prevenção primária e para cuidados globais e continuados e iii) terão um acesso facilitado às consultas hospitalares e cuidados diferenciados.
A preocupação com este grupo populacional tem sido, em Portugal, manifestada em vários documentos, como a *Lei de Bases da Saúde* de 1990 (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - ponto 1 alínea c) da Base II) em que é dito "são tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como (...) os adolescentes" e o *Plano Nacional de Saúde* de 2004 (DGS, 2004), em que se prevê a criação do *Programa Nacional de Saúde dos Jovens* (a aguardar aprovação ministerial).
As questões relacionadas com a Saúde Sexual e Reprodutiva são também objecto de preocupação pública, dados os riscos que os jovens correm relacionados com os seus relacionamentos e comportamentos sexuais, nomeadamente Infecções Sexualmente Transmitidas, gravidez na adolescência e gravidez não desejada (Tripp, 2005). No art.º 5º da Lei n.º 120/99, assim como nos art.os 6º, 8º e 9º do Decreto-Lei n.º 259/2000 são

apontadas medidas para a promoção da educação sexual e o acesso ao planeamento familiar. A *Resolução da Assembleia da República* n.º 28/2004 recomenda medidas de prevenção no âmbito da interrupção voluntária da gravidez com enfoque especial nos jovens.
No entanto, a saúde sexual e reprodutiva constitui apenas uma do muito vasto conjunto de preocupações referidas pelos jovens em termos de necessidades de aconselhamento (Oppong-Odisen, 1997), pelo que um atendimento a jovens dirigido apenas a esta problemática é excessivamente limitado. Na verdade, é neste período que se iniciam muitos dos hábitos e comportamentos de risco (alimentares, de consumo de substâncias, exercício físico, protecção sexual, etc.) que contribuem para o desenvolvimento de patologias graves ao longo da vida (doenças cardiovasculares, neoplasias, toxicodependências, VIH, hepatite, etc.). A natureza destes problemas faz da prevenção primária e a promoção da saúde áreas em foco na intervenção com adolescentes a qualquer nível do sistema de saúde, mas com maior relevo nos CS e outras instituições de base comunitária.
Na organização do atendimento a jovens, a DGS e a Sociedade Americana de Medicina do Adolescente recomendam a disponibilidade e acessibilidade da consulta e a flexibilidade do atendimento. Para além destes aspectos, são também recomendados pelas mesmas entidades outros que merecem ser enfatizados embora não tenham sido abordados neste estudo:

- boa divulgação da consulta na comunidade;
- gratuitidade dos serviços;
- garantia de qualidade dos serviços prestados;
- privacidade e confidencialidade da consulta (salvaguardando a saúde, interesses, protecção e outras necessidades do adolescente);
- implementação da articulação com outros serviços (cuidados diferenciados, serviços sociais, autarquias, etc.);
- promoção do envolvimento das famílias tendo em vista o superior interesse do adolescente.

1.10. Atitude face à Dor na Criança

A dor é uma sensação omnipresente na vida do homem e uma experiência particularmente frequente na vida da criança, resultante quer de traumatismos, de doença ou de procedimentos médicos.
É uma experiência subjectiva, multifactorial, com componentes sensoriais mas também emocionais (angústia, medo, depressão), cognitivos (significado atribuído) e comportamentais (estratégias adaptativas). A dor expressa-se de formas diferentes por influência de vários factores de diferente natureza tais como factores desenvolvimentais (idade, nível de desenvolvimento da criança), individuais (temperamento, limiar da dor), familiares (modelos de reacção à dor, factores educacionais), contextuais (eventual separação dos pais/substitutos, ambiente estranho ou ameaçador) e socio-culturais (crenças, religião, etc.).
Na criança, nomeadamente na criança pequena, a dor é vivida globalmente, sem distinção clara, por exemplo, entre o medo, a angústia, o isolamento, a tristeza e a sensação física dolorosa propriamente dita. Este conjunto é sentido como um todo de desconforto e mal-estar ao qual a criança reagirá também por inteiro, no seu todo bio-psico-social.
Até muito recentemente, a dor pediátrica era subvalorizada e por vezes até negada (por exemplo no bebé pequeno) e é, ainda hoje, subavaliada e subtratada.
Este aspecto é importante pois sabemos actualmente que as experiências dolorosas, sobretudo se intensas, prolongadas ou insuficientemente tratadas, têm efeitos negativos sobre a criança, tais como:

- reacção de stress do organismo (aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca, dificuldades respiratórias, hiperglicémia);
- interferência na relação da criança com os outros, nomeadamente os pais;
- desinteresse pelo meio que a rodeia;
- medo, ansiedade e depressão, que por sua vez potenciam a dor;
- alteração da alimentação e do sono;
- atraso na recuperação física.

É pois fundamental intervir activamente, quer na prevenção, quer no tratamento eficaz da dor pediátrica.
Dados os múltiplos componentes da experiência dolorosa, importa estar atento e intervir, não só na dor física/sensorial, mas também nos seus outros constituintes psicológicos, bem como noutros factores significativos, por exemplo, na família.
O envolvimento e participação da família no controle da dor na criança é importantíssimo, através da colaboração com os técnicos de saúde numa série de estratégias complementares ao tratamento medicamentoso eventualmente necessário. De entre estas estratégias, salientamos:

- manter a presença dos pais/substitutos junto da criança;
- criar um ambiente calmo e securizante;
- reconhecer e valorizar a dor da criança;
- promover o contacto físico (colo, afagos, massagem suave);
- utilizar o calor ou frio, quando e conforme indicado;
- recorrer ao imaginário da criança ou usar técnicas de distracção;

- incentivar técnicas de relaxamento e respiração profunda;
- mudar a posição da criança;
- aceitar a introdução de medicinas alternativas e complementares com resultados comprovados (toque terapêutico, hipnose, "*bio-feedback*", acupunctura e acupressão).

Todos estes aspectos se conjugam de tal forma que, apesar do reconhecimento objectivo e consciente da importância da avaliação e tratamento da dor, esta continua a ser subvalorizada, subavaliada e mal tratada, em particular na criança e tanto mais quanto mais nova ela for.
As próprias famílias também contribuem para esta situação, não só por partilharem os mesmos preconceitos perante a dor, como também pela angústia e impotência que sentem face ao sofrimento da criança, que não pode ser curado pela ternura e que leva esta muitas vezes a afastá-la. Estas situações geram culpabilidade nos pais e a banalização da dor pode ser utilizada defensivamente.

2

METODOLOGIA

2.1. Unidade Estatística

A unidade estatística de observação e apuramento é o centro de saúde.

Centro de Saúde

Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua acção tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade. Pode ser dotado de internamento.

Fonte: DGS - Direcção-Geral de Saúde

2.2. Universo/População Alvo

O estudo incide sobre todos os centros de saúde situados em Portugal Continental que estiveram em funcionamento durante o ano de 2003. O universo de referência é constituído por 357 centros de saúde.

2.3. Variáveis de Observação

De seguida, expõem-se as principais variáveis de observação seleccionadas para este estudo.

Nome	Descrição
Profissionais exercendo funções no CS	Número de profissionais exercendo funções no CS (médicos exercendo funções de Clínica Geral/Medicina Familiar no CS, quer pertençam à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar ou não; pediatras; enfermeiros exercendo funções no CS, não tendo em consideração a sua especialização; estomatologistas e/ou médicos dentistas, higienistas orais, psicólogos e técnicos de Serviço Social, não tendo em consideração o seu regime contratual).
População residente na área de influência do CS	Número de pessoas residentes na área de influência do CS, segundo o Censo de 2001.
População inscrita no CS	Número de pessoas inscritas no CS, no mês de referência de Dezembro de 2002.
População inscrita no CS sem médico de família atribuído	Número de pessoas inscritas no CS, no mês de referência de Dezembro de 2002, sem médico de família atribuído.
Locais de atendimento	Número total de locais de atendimento do CS (sede e extensões). Não inclui SAP ou equivalente e locais em que há, exclusivamente, consultas de especialidade.
Médicos de família que seguem as crianças inscritas nas suas listas, dos 0 aos 15 anos, em consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil	Número de médicos de família do CS que seguem as crianças inscritas nas suas listas, dos 0 aos 15 anos, em consultas de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil. Por consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil entende-se a consulta médica, em CS, decorrente da aplicação do Programa de Saúde Infantil e Juvenil.
Existência de alternativas ao médico de família para crianças inscritas com médico de família atribuído e que não fazem o seguimento com este	Variável binária.
Existência de consultas de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil para crianças inscritas sem médico de família atribuído	Variável binária.
Existência de médico que faz as consultas de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil para crianças inscritas sem médico de família atribuído	Variável binária.
Locais de atendimento com espaço próprio para a Saúde Infantil e Juvenil	Número total de locais de atendimento com espaço próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil. Considera-se espaço próprio, espaço destinado exclusivamente ao atendimento de crianças e jovens.
Idade máxima até à qual as crianças têm acesso aos locais de atendimento com espaço próprio para a Saúde Infantil e Juvenil	Limite superior da idade que o CS estabeleceu para conceder acesso das crianças aos locais de atendimento com espaço próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil.
Existência de utilização dos locais de atendimento com espaço próprio para a Saúde Infantil e Juvenil pelos médicos a exercer nesses locais	Variável binária.
Locais de atendimento em que a consulta é realizada em horário próprio	Número total de locais de atendimento em que a consulta de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil é feita em horário próprio. Considera-se horário próprio aquele que é destinado exclusivamente ao atendimento de crianças e se encontra afixado.
Idade máxima até à qual as crianças têm a consulta de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil em horário próprio	Idade máxima até à qual as crianças têm a consulta de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil em horário próprio.
Existência de utilização do horário próprio para a Saúde Infantil e Juvenil por todos os médicos	Variável binária.
Locais de atendimento com enfermeiro(a) que se ocupa especificamente da Saúde Infantil e Juvenil	Número total de locais de atendimento em que existe um(a) enfermeiro(a) que se ocupa especificamente da Saúde Infantil e Juvenil.

Locais de atendimento com telefone ao dispor dos pais para esclarecerem dúvidas	Número total de locais de atendimento em que é possível aos pais estabelecerem contacto telefónico com o médico ou enfermeiro para esclarecer dúvidas sobre a saúde dos filhos.
Existência de procedimento generalizado entre os profissionais (contacto telefónico)	Variável binária.
Salas de espera específicas para crianças	Número total de locais com sala de espera adaptada especificamente a crianças nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil.
Instalações sanitárias específicas para crianças	Número total de locais com instalações sanitárias adaptadas a crianças.
Existência de observação pelo seu médico de família das crianças inscritas, em situação de doença	Variável binária; Por consulta de doença entende-se a consulta médica, em CS, relacionada com um episódio de doença, motivada por alteração do estado de saúde do utente, ou em consequência do mesmo episódio.
Existência de alternativa para crianças inscritas em médico de família que a ele recorrem fora do seu horário ou na sua ausência	Variável binária.
Existência de alternativa para crianças inscritas sem médico de família atribuído quando recorrem ao CS em situação de doença	Variável binária.
Existência de diferenciação efectuada no atendimento a crianças em caso de doença	Variável binária.
Existência de serviço de "atendimento especial" instituído na área do CS	Variável binária; Consideram-se "atendimentos especiais" no âmbito dos CS, todos os que permitem o acesso indiscriminado de doentes, i.e., atendem qualquer utente que o deseje, independentemente de ter ou não médico de família, ou para os quais são enviados doentes quando o médico de família não está disponível. Têm várias denominações (Serviços de Urgência, SAP, SADU, CATUS, AC, UBU). É utilizado no sentido de Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado, ou seja, serviço dos CS destinado ao atendimento, aos utentes em situação de urgência e ao seu encaminhamento para os cuidados de saúde secundário, quando necessário.
Locais com serviço de "atendimento especial" instituídos na área do CS	Número total de locais com serviço de "atendimento especial" instituídos na área do CS.
Existência de locais com serviço de "atendimento especial" do CS, abertos 24 horas por dia nos dias úteis	Variável binária.
Existência de locais com serviço de "atendimento especial" do CS, abertos 24 horas por dia aos sábados, domingos e feriados	Variável binária.

Existência de parcerias dos "atendimentos especiais" com outros CS	Variável binária.
Existência de diferenciação efectuada no atendimento a crianças nos serviços de "atendimento especial"	Variável binária.
Locais de vacinação	Número total de locais de atendimento onde há vacinação.
Locais exclusivos para a vacinação	Número total de locais onde a vacinação é feita em sala exclusivamente destinada à vacinação.
Existência de complementaridade entre a vacinação e a consulta de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil	Variável binária.
Atendimento efectuado na primeira ida ao CS de uma mãe com o seu filho recém-nascido	Atendimento efectuado na primeira ida de uma mãe com o seu filho recém-nascido ao CS (Apenas administrativo para marcação de "picadinha do pé" e/ou consulta; Administrativo e de enfermeiro(a); Outro).
"Picadinha do pé" efectuada por enfermeiros da SI	Variável binária.
Primeiro contacto habitualmente usado para outras acções, para além da "picadinha do pé"	Variável binária.
Existência de atendimento específico para adolescentes	Variável binária.
Locais com atendimento específico para adolescentes	Número total de locais de consulta com atendimento específico para adolescentes fornecidos pelo CS.
Acessibilidade à consulta para adolescente	Tipo de jovens a que se destina a consulta de adolescentes do CS.
Existência de restrições de idade na consulta de adolescente	Variável binária.
Existência de reconhecimento e valorização da dor desencadeada por actos praticados pelos profissionais	Variável binária.
Existência de procedimentos instituídos para combater a dor	Variável binária.

2.4. Desagregação das Variáveis de Observação

Para além das variáveis, são observadas, neste estudo, algumas desagregações com base em classificações próprias, que vão ao encontro dos objectivos deste projecto.

Classificação Tipo de Centro de Saúde

Nome	Descrição
1 – Até 10 médicos	CS com 10 ou menos médicos exercendo funções de Clínica Geral/ Medicina Familiar;
2 – De 11 a 20 médicos	CS com 11 ou mais médicos exercendo funções de Clínica Geral/ Medicina Familiar e menos de 21;
3 – De 21 a 30 médicos	CS com 21 ou mais médicos exercendo funções de Clínica Geral/ Medicina Familiar e menos de 31;
4 – De 31 a 40 médicos	CS com 31 ou mais médicos exercendo funções de Clínica Geral/ Medicina Familiar e menos de 41;
5 – Mais de 41 médicos	CS com 41 ou mais médicos exercendo funções de Clínica Geral/ Medicina Familiar.

Classificação Tipo de Pertença à Carreira do Médico exercendo Funções de Clínica Geral/ Medicina Familiar

Nome	Descrição
Pertence à carreira de Clínica Geral/ Medicina Familiar	Médicos exercendo funções de Clínica Geral/Medicina Familiar que pertencem à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar;
Não pertence à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar	Médicos exercendo funções de Clínica Geral/Medicina Familiar que não pertencem à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar.

Classificação Tipo de Especialização do Enfermeiro

Nome	Descrição
Especialista em SI	Enfermeiro com o grau de especialização em SI e Pediatria;
Experiência/treino em SI	Enfermeiro sem grau de especialização em SI e Pediatria, com experiência/treino em SI reconhecidos;
Outra	Enfermeiro não incluído nas categorias anteriores.

Classificação Tipo de População

Nome	Descrição
Menor de 15 anos	Pessoas com menos de 15 anos de idade;
Outra	Pessoas com 15 anos ou mais.

Classificação Tipo de Locais de Atendimento (Sede e Extensões)

Nome	Descrição
Locais de atendimento em que se faz consulta de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil	Locais de atendimento do CS (sede e extensões) em que se faz consultas de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil; Consultas de vigilância de acordo com o Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil da Direcção-Geral de Saúde; Não inclui SAP ou equivalente e locais em que há, exclusivamente, consultas de especialidade;
Outros locais de atendimento	Locais de atendimento do CS (sede e extensões) em que não se faz consultas de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil; Não inclui SAP ou equivalente e locais em que há, exclusivamente, consultas de especialidade.

Para além das classificações referidas anteriormente, foram construídas algumas classificações para proceder à análise das diversas perguntas abertas incluídas no questionário. A construção destas classificações foi efectuada após a recolha dos questionários e com base nas respostas mais frequentes dos CS à questão. De seguida, apresentam-se essas classificações:

Classificação Tipo de Alternativa ao Médico de Família para Crianças Inscritas com Médico de Família Atribuído que não Fazem o seu Seguimento com o Médico de Família

Nome	Descrição
Pediatra do CS	As crianças fazem o seu seguimento com um pediatra do CS;
Outro médico de família do CS	As crianças fazem o seu seguimento com outro médico de família do CS que não o seu;
Clínica privada	As crianças fazem o seu seguimento com um médico a exercer actividade privada;
Consulta de Pediatria do hospital de referência	As crianças fazem o seu seguimento na consulta de Pediatria do hospital de referência do CS;
Outra	As crianças fazem o seu seguimento de outra forma não referida nas categorias referidas anteriormente.

Classificação Tipo de Médico que faz as Consultas de Vigilância das Crianças Inscritas no Centro de Saúde sem Médico de Família Atribuído

Nome	Descrição
Pediatra do CS	As crianças sem médico de família fazem o seu seguimento com um pediatra do CS;
Médico de família do CS	As crianças fazem o seu seguimento com um médico de família do CS;
Consulta de recurso	Consulta médica prestada num gabinete de consulta regular do CS, por outro médico que não o médico de família do utente, na ausência deste ou quando o utente não tem médico de família atribuído;
É atribuído um médico	É designado um médico do CS para seguir a criança inscrita sem médico de família para fazer o seu seguimento.

Classificação Tipo de Alternativa para Crianças com Médico de Família em Situação de Doença quando não são Observadas pelo seu Médico de Família

Nome	Descrição
Atendimentos especiais	Definição incluída na classificação do tipo de alternativa para as crianças com médico de família em situação de doença quando não são observadas pelo seu médico de família;
Urgência hospitalar	Unidade orgânica de um hospital para tratamento de situações de emergência (pediátrica ou não) que a ela ocorrem de forma não programada, a qualquer hora do dia ou da noite ou referenciadas por outro serviço de saúde;
Consulta aberta noutro CS	Consulta de acesso livre noutro CS;
Consulta de recurso	Consulta médica prestada num gabinete de consulta regular do CS, por outro médico que não o médico de família do utente, na ausência deste ou quando o utente não tem médico de família atribuído;
Pediatra do CS	A criança é atendida por médico pediatra do CS;
Outro médico de família	Outro médico de família atende a criança, no seu horário, na ausência do seu médico.

Classificação Tipo de Alternativa para Crianças com Médico de Família em Situação de Doença na Ausência do Médico de Família ou fora do seu Horário de Consulta

Nome	Descrição
Atendimentos especiais	Definição incluída na classificação do tipo de alternativa para as crianças com médico de família em situação de doença quando não são observadas pelo seu médico de família;
Urgência hospitalar	Unidade orgânica de um hospital para tratamento de situações de emergência (pediátrica ou não) que a ela ocorrem de forma não programada, a qualquer hora do dia ou da noite ou referenciadas por outro serviço de saúde;
Consulta aberta noutro CS	Consulta de acesso livre noutro CS;
Consulta de recurso	Consulta médica prestada num gabinete de consulta regular do CS, por outro médico que não o médico de família do utente, na ausência deste ou quando o utente não tem médico de família atribuído;
Pediatra do CS	A criança é atendida por médico pediatra do CS;
Outro médico de família	Outro médico de família atende a criança, no seu horário, na ausência do seu médico.

Classificação Tipo de Alternativa para Crianças sem Médico de Família em Situação de Doença

Nome	Descrição
Atendimentos especiais	Definição incluída na classificação do tipo de alternativa para as crianças com médico de família em situação de doença quando não são observadas pelo seu médico de família;
Urgência hospitalar pediátrica	Unidade orgânica de um hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite, de forma não programada ou referenciada por outro serviço de saúde;
Consulta de recurso	Consulta médica prestada num gabinete de consulta regular do CS, por outro médico que não o médico de família do utente, na ausência deste ou quando o utente não tem médico de família atribuído;
Pediatra do CS	A criança é atendida por médico pediatra do CS;
Médico de família	Outro médico de família atende a criança, no seu horário, na ausência do seu médico.

Classificação Tipo de Atendimento Diferenciado para Crianças Doentes

Nome	Descrição
Prioridade	É dada primazia de tempo ou ordem à criança; A criança é atendida na primeira oportunidade antes dos adultos que já estavam em espera, seja qual for a situação clínica;
Prioridade clínica	É dada prioridade à criança após avaliação clínica que determina a necessidade relativa de atendimento face a todos os presentes;
Atendimento prioritário de crianças referenciadas pela Saúde 24	É dada prioridade à criança quando referenciada pela Saúde 24;
Outro atendimento diferenciado	Outra diferenciação não especificada.

Classificação Tipo de Horários Praticados nos Serviços de "Atendimento Especial"

Nome	Descrição
Até 6 horas	Os serviços de "atendimento especial" estão abertos menos de 7 horas por dia;
De 7 a 12 horas	Os serviços de "atendimento especial" estão abertos de 7 a 12 horas por dia;
De 13 a 23 horas	Os serviços de "atendimento especial" estão abertos de 13 a 23 horas por dia;
24 horas	Os serviços de "atendimento especial" estão abertos 24 horas por dia.

Classificação Tipo de Atendimento Diferenciado para Crianças nos Serviços de "Atendimento Especial"

Nome	Descrição
Prioridade	É dada primazia de tempo ou ordem à criança; A criança é atendida na primeira oportunidade antes dos adultos que já estavam em espera, seja qual for a situação clínica;
Prioridade clínica	É dada prioridade à criança após avaliação clínica que determina a necessidade relativa de atendimento face a todos os presentes;
Atendimento prioritário de crianças referenciadas pela Saúde 24	É dada prioridade à criança quando referenciada pela Saúde 24;
Local e equipa própria para atendimento de crianças	A criança é atendida em local e por profissionais diferentes;
Outro atendimento diferenciado	Outra diferenciação não especificada.

Classificação Tipo de Acções Efectuadas no Primeiro Contacto com o Centro de Saúde

Nome	Descrição
Marcação de consultas (médica ou de enfermagem)	Acto exclusivamente de natureza burocrática. Não é prestado qualquer acto de saúde por profissional de saúde;
Educação para a saúde	Actividade de natureza formativa/informativa à mãe/família. Os cuidados são dirigidos à promoção da saúde, prevenção de problemas de saúde e todas as actividades com ela relacionadas, para manter ou melhorar o estado de saúde;
Ensino para a utilização de serviços	Esclarecimentos acerca da orgânica e orientação para o acesso aos serviços;
Realização de diagnóstico precoce	Realização do *Programa Nacional de Rastreio de Doenças Metabólicas*;
Realização de vacinas	Administração de vacinas;
Procedimentos administrativos	Realização de actos administrativos necessários à prestação dos cuidados de saúde, que não a marcação de consulta;
Avaliação do bebé (inclui consulta médica ou de enfermagem)	Prestação de cuidados de saúde ao bebé, consistindo na sua avaliação, diagnóstico, intervenção, prescrição de uma terapêutica ou sua execução, de acordo com a qualificação do prestador;
Outras acções	Outras acções não caracterizadas.

Classificação Tipo de Jovem a que se Destina a Consulta de Adolescente do Centro de Saúde

Nome	Descrição
Jovens inscritos no CS	A consulta de adolescente destina-se apenas a jovens inscritos no CS;
Jovens residentes na área de influência do CS	A consulta de adolescente destina-se a qualquer jovem que resida na área de influência do CS. Esta área comporta a área normativa e também as áreas cuja população residente, mercê das acessibilidades disponíveis, utiliza esse CS, em detrimento daquele que normativamente lhe estaria atribuído;
Qualquer jovem	A consulta de adolescente destina-se a qualquer jovem, independentemente de estar inscrito no CS ou de residir na sua área de influência.

Classificação Tipo de Idade Mínima a que se Destina a Consulta de Adolescente

Nome	Descrição
De 11 a 15 anos de idade	A idade mínima do jovem para aceder à consulta de adolescente do CS está compreendida entre 11 e 15 anos;
Mais de 15 anos de idade	A idade mínima do jovem para aceder à consulta de adolescente do CS é superior a 15 anos.

Classificação Tipo de Idade Máxima a que se Destina a Consulta de Adolescente

Nome	Descrição
De 11 a 15 anos de idade	A idade máxima do jovem para aceder à consulta de adolescente do CS está compreendida entre 11 e 15 anos;
Mais de 15 anos de idade	A idade máxima do jovem para aceder à consulta de adolescente do CS é superior a 15 anos.

Classificação Tipo de Natureza da Consulta de Adolescente

Nome	Descrição
Planeamento familiar	Resposta no âmbito da consulta à solicitação sobre questões relacionadas com a sexualidade (saúde sexual) no geral e particularmente com a contracepção, pré-concepção, infertilidade ou fertilidade;
Prevenção de comportamentos de risco	Prestação de cuidados destinados à prevenção dos problemas de saúde e promoção de comportamentos saudáveis, na perspectiva de manter ou melhorar o estado de saúde;
Outra natureza	Cuidados de saúde não caracterizados.

Classificação Tipo de Localização da Consulta de Adolescente

Nome	Descrição
Consultas situadas exclusivamente no CS	Consulta localizada na sede ou nas extensões do CS;
Consultas situadas exclusivamente fora do CS	Consulta realizada em instalações não dependentes do CS e onde, por norma, se realizam actividades com jovens fora do âmbito da prestação de cuidados de saúde (escolas, centros de juventude, associações, etc...);
Consultas situadas no CS e fora do CS	Consulta realizada na sede ou extensões do CS e também fora do estabelecimento de saúde.

Classificação Tipo de Fundamentação sobre o Reconhecimento e Valorização da Dor

Nome	Descrição
Respostas evasivas expressando boa vontade	Existência de sensibilização e valorização genérica por parte dos profissionais;
Preparar/envolver os pais	Acções informativas e de apoio aos pais, tendo por objectivo o envolvimento destes como factor tranquilizante junto dos filhos;
Medidas analgésicas indefinidas e não sistematizadas	Utilização de meios analgésicos sem especificação.

Classificação Tipo de Procedimentos Existentes para Combater a Dor

Nome	Descrição
Respostas evasivas expressando boa vontade	Existência de sensibilização e valorização genérica por parte dos profissionais;
Preparar/envolver os pais	Acções informativas e de apoio aos pais, com vista a envolvê-los no processo, clarificando medos e receios, tendo por objectivos o envolvimento destes como factor tranquilizante junto dos filhos;
Medidas analgésicas indefinidas e não sistematizadas	Utilização de meios analgésicos sem especificação;
Prevenção e tratamento concreto da dor	Procedimentos vários, explícitos, sistematizados e tecnicamente adequados.

Classificação Tipo de Actos Praticados pelos Profissionais

Nome	Descrição
Teste do "pezinho"	Colheita de sangue para a realização de *Programa Nacional de Rastreio de Doenças Metabólicas*;
Administração de vacinas	Acto de saúde, geralmente acto de enfermagem no âmbito do *Programa Nacional de Vacinação* ou administração de outras vacinas;
Administração de injectáveis	Prestação de cuidados, destinados a execução de terapêutica por via injectável;
Feitura de pensos	Prestação de cuidados, destinados a terapêutica de lesões com expressão cutânea;
Manipulação dentária	Acto ou efeito de manipular no âmbito da prestação de cuidados de saúde oral, para avaliação, diagnóstico ou intervenção curativa.

2.5. Ficheiro de Lançamento

O ficheiro de lançamento foi constituído a partir da base de centros de saúde do Ministério da Saúde, publicada no *Anuário da Saúde de 2001*. Foram seleccionados todos os centros de saúde localizados em Portugal Continental da referida publicação.

2.6. Método de Inquirição

Foi utilizado o método de inquirição de amostragem sistemática não aleatória. Constituiu-se uma amostra de 119 centros de saúde, seleccionando o primeiro centro de saúde que consta no *Anuário* e seguidamente os centros de saúde em posições de ordem múltipla de três.

2.7. Método de Recolha

A recolha dos dados foi efectuada através de um questionário enviado por correio a todos os directores dos centros de saúde amostrados.

Os questionários foram enviados em Junho de 2003 e a recolha da informação durou até Maio de 2004.

2.8. Dimensão da Amostra

A amostra final contou com 119 centros de saúde, representando 33,3% do número total de centros de saúde. Por região, a amostra distribui-se conforme o Quadro 1.

Quadro 1

Dimensão da população e da amostra por região
2003

Nº.

Região	Centros de Saúde		
	População	Amostra	Taxa de amostragem
1	2	3	4
TOTAL	**357**	**119**	**33,3**
Norte	101	34	33,7
Centro	110	36	32,7
LVT	86	29	33,7
Alentejo	44	15	34,1
Algarve	16	5	31,3

2.9. Taxa de Resposta

A taxa global de resposta foi de 76,5%, sendo a taxa média de resposta por região de 75,9%. A região que apresentou a menor taxa de resposta foi o Alentejo (66,7%) e a que apresentou maior taxa foi a Região do Centro (86,1%) (Quadro 2).

Quadro 2

Taxa de resposta por região
2003

Nº.

Região	Total		
		Respondidos	%
1	2	3	4
TOTAL	**119**	**91**	**76,5**
Norte	34	24	70,6
Centro	36	31	86,1
LVT	29	22	75,9
Alentejo	15	10	66,7
Algarve	5	4	80,0

2.10. Registo

A informação recolhida através dos questionários em papel foi controlada e registada informaticamente. Este suporte informático é igualmente a base do controlo de correio, da qualidade dos dados e apuramentos finais.

2.11. Limitações do Estudo

No decorrer do planeamento e preparação do estudo, optámos pela construção de uma amostra sistemática não aleatória. Tal opção constitui uma limitação no que respeita à aplicação de métodos estatísticos inferenciais a partir dos dados recolhidos.
A distribuição dos CS por Região de Saúde na amostra aproxima-se consideravelmente da distribuição populacional e a dimensão da amostra representa um terço da dimensão da população, mas os resultados do estudo deverão ser lidos tendo em conta as limitações próprias deste tipo de amostragem.
Embora a taxa de resposta global tenha sido elevada (76,5% do número total de CS amostrados), a taxa de resposta parcial foi muito variável. Nomeadamente, foi notória a dificuldade por parte dos CS em fornecer informação relativamente à população que o CS abrange, quer fosse a população residente, inscrita ou inscrita sem médico de família atribuído. Do mesmo modo, as questões relativas ao número total de horas semanais efectuadas pelos profissionais (pediatras, estomatologistas, médicos dentistas, higienistas orais, psicólogos ou técnicos de Serviço Social) apresentaram uma taxa de resposta fraca. Finalmente, os CS responderam igualmente com dificuldade ao tipo de alternativa de que dispunham para efectuar as consultas de vigilância para crianças inscritas com médico de família que não eram seguidas pelo seu médico de família.
Por outro lado, no decorrer do estudo, apercebemo-nos que certas perguntas do questionário foram entendidas pelos informadores de forma pouco homogénea. Com efeito, todas as questões relativas ao número de locais de atendimento continham incongruências entre os vários números apresentados pelos CS. O número total de locais de atendimento do CS (sede e extensões) quando comparado com o número total de locais de atendimento em que se faz consulta de vigilância em SI apresentou em certos casos valores inferiores. Tais respostas não puderam ser validadas.
No sentido de perceber o entendimento dos informadores dessas mesmas perguntas, contactámos alguns directores de CS que tinham respondido ao questionário. O número de locais de atendimento com espaço próprio e horário próprio para a SI foi respondido em termos de número de salas, de módulos, de gabinetes ou de edifícios, não havendo por isso uniformização possível entre as diversas respostas. Por essa razão, optámos por tratar estas questões em termos da existência de espaço e de horário próprio no CS para a SI.
Quanto à atitude que os profissionais que trabalham em CS têm relativamente à dor provocada pelos actos médicos mais frequentes, optámos por efectuar perguntas abertas. Foi nosso propósito medir a sensibilidade dos profissionais para estas questões, mas notámos que a interpretação dada às perguntas foi muito heterogénea e a resposta por vezes vaga. Esta limitação é inerente às perguntas abertas, não deixando, no entanto, de ser interessante analisar as tendências apresentadas pelos profissionais inquiridos.
O questionário aplicado, embora longo, não abordou questões relacionadas com a dor emocional e limitou-se apenas à dor física provocada pelos actos médicos e/ou de enfermagem e aos procedimentos instituídos para a combater. Qualquer análise mais profunda da temática da dor não deverá excluir a dor do foro emocional, que não foi aqui avaliada.
Pudemos apercebermo-nos ao receber alguns questionários que estes poderão ter sido preenchidos por mais do que uma pessoa. Tal ideia foi confirmada telefonicamente. Foi comum a referência ao facto do director do CS ter deixado a segunda parte do questionário, exclusivamente relativa ao tema da dor, ao pessoal de enfermagem. No entanto, na maioria dos questionários, pudemos perceber que tinha sido o próprio director do CS, a quem era dirigido o questionário, a responder à integralidade do mesmo. As respostas que obtivemos correspondem por isso, na maioria dos casos, à visão de uma pessoa sobre a instituição em que trabalha e que dirige. Os resultados do estudo deverão portanto ser lidos à luz deste dado, à luz da subjectividade própria desta situação.

3

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

3.1.1. População Inscrita

Em 82 dos CS inquiridos estavam inscritos 2 556 606 utentes dos quais 13,7% eram menores de 15 anos.
Os CS da Região do Algarve e os da Região Norte foram os que apresentaram maior percentagem de inscritos menores de 15 anos, respectivamente 18,5% e 15,5%, (Quadro 3).

Quadro 3

Proporção de inscritos menores de 15 anos face ao n.º total de inscritos por região de saude (n=82)
2003 Nº.

Região de saúde	Inscritos	Inscritos menores de 15 anos	Proporção: inscritos menores de 15 anos face ao nº total de inscritos (%)
1	2	3	4
TOTAL	**2556606**	**351105**	**13,7**
Norte	692060	107436	15,5
Centro	742123	91239	12,3
LVT	956933	129406	13,5
Alentejo	132521	16913	12,8
Algarve	32969	6111	18,5

3.1.2. Locais de Atendimento

Em 86 CS inquiridos existiam 606 locais de atendimento (sede do CS e extensões), sendo que em 451 desses locais (74,4%) havia consultas de SI.

3.1.3. Tipo de Centro de Saúde

Do número total de CS, 68,1% era do tipo 1 ou 2, ou seja, tinha até 20 médicos exercendo funções de Clínica Geral (Quadro 4).

Quadro 4

Tipo de centro de saúde (n=91)
2003 Nº.

Tipo de centro de saúde	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**91**	**100,0**
1- até 10 médicos	28	30,8
2 - de 11 a 20 médicos	34	37,4
3 - de 21 a 30 médicos	16	17,6
4 - de 31 a 40 médicos	7	7,7
5 - mais de 41 médicos	6	6,6

No que se refere ao tipo de CS por região de saúde, é de realçar a predominância na amostra dos CS de tipo 1 nas Regiões do Alentejo (6 CS de um número total de 10 CS) e do Algarve (3 CS de um número total de 4 CS). Os CS de tipo 5 encontravam-se nas Regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, 2 e 4 CS respectivamente, não se tendo registado nenhum CS deste tipo nas restantes regiões de saúde (Quadro 5).

Quadro 5

Tipo de centro de saúde por região de saúde (n=91)
2003 Nº.

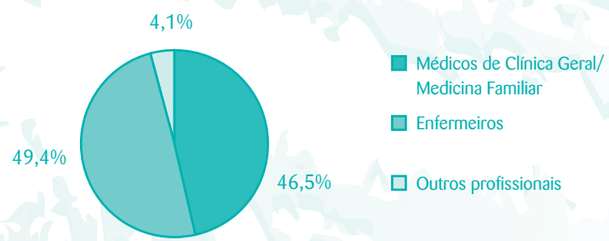
Tipo de centro de saúde	Região de saúde				
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
1	2	3	4	5	6
TOTAL	**24**	**31**	**22**	**10**	**4**
1 - até 10 médicos	4	13	2	6	3
2 - de 11 a 20 médicos	9	11	10	3	1
3 - de 21 a 30 médicos	8	3	4	1	0
4 - de 31 a 40 médicos	3	2	2	0	0
5 - mais de 41 médicos	0	2	4	0	0

3.1.4. Recursos Humanos

Os CS foram questionados sobre os recursos humanos de que dispunham para a prestação de cuidados às crianças. Não foi considerado o pessoal administrativo nem o auxiliar.
Considerando o conjunto de todos os profissionais de saúde identificados na amostra, verificámos que as duas categorias predominantes eram os enfermeiros (49,4%) e os médicos exercendo funções de Clínica Geral/Medicina Familiar (46,5%), representando as restantes 4,1% (Gráfico 1).

Gráfico 1

N.º de médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar, enfermeiros e outros profissionais de saúde (n=89)

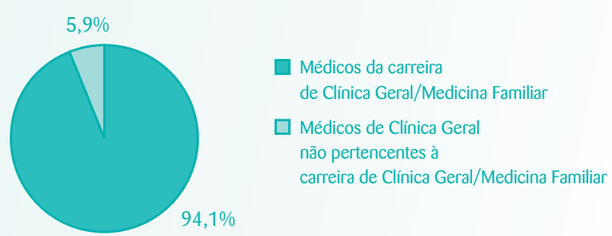


3.1.4.1. Médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar

Em 90 CS inquiridos, existiam 1580 médicos a exercer funções de Clínica Geral. Destes, 1487 (94,1%) pertenciam à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar e 93 (5,9%) não pertenciam à referida carreira (Gráfico 2).

Gráfico 2

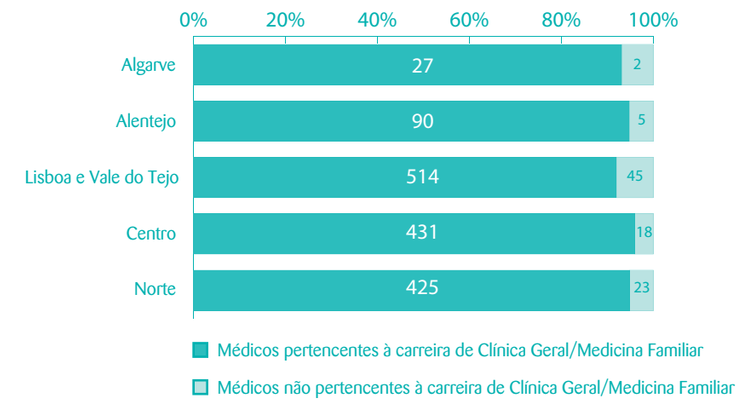
Médicos de Clínica Geral por pertença à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar (n=90)



Verificou-se ser na Região de Lisboa e Vale do Tejo que se encontrava a maior proporção de médicos não pertencentes à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar, 8,1%, seguida da Região do Algarve, 6,9% (Gráfico 3).

Gráfico 3

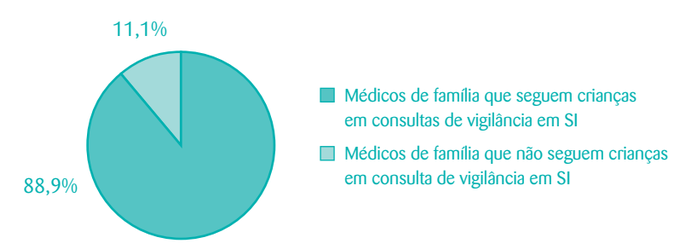
Médicos de Clínica Geral por pertença à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar por região de saúde (n=90)



A determinação do ratio do número de inscritos no CS por médico exercendo funções de Clínica Geral mostrou que existiam 1701,7 pessoas inscritas por cada médico, das quais 232,2 menores de 15 anos por médico.
Em 85 CS inquiridos, existiam 1329 médicos de família que seguiam crianças dos 0 aos 15 anos inscritas nas suas listas, em consultas de vigilância de SI, o que corresponde a 88,9% do número total de médicos de família desses CS (Gráfico 4).

Gráfico 4

Médicos de família que seguem crianças em consultas de vigilância em Saúde Infantil (n=85)

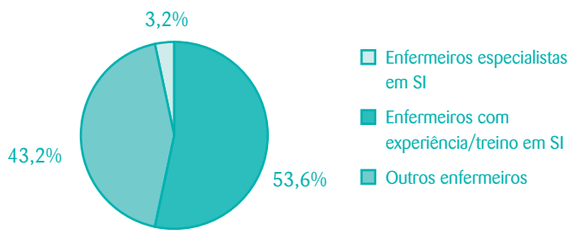


3.1.4.2. Enfermeiros

O estudo revelou que em 90 CS inquiridos existiam 1679 enfermeiros. Para 89 CS com respostas válidas a estas questões, observou-se um ratio de 1,1 enfermeiros por médico exercendo funções de Clínica Geral.
Dos 1679 enfermeiros, 3,2% (54) eram especialistas em SI e 53,6% (900) tinham experiência/treino em SI (Gráfico 5).

Gráfico 5

Enfermeiros, enfermeiros especialistas e com experiência/treino em Saúde Infantil (n=90)



Verificou-se que 42 CS (46,7% dos CS inquiridos) tinham, pelo menos, um enfermeiro especialista em SI. Ao analisarmos a distribuição destes profissionais por tipo de CS verificou-se que todos os CS de tipo 5 (com mais de 41 médicos) tinham pelo menos um destes profissionais e que em 9 CS de tipo 1 (32,1% dos CS com menos de 11 médicos) existia pelo menos um enfermeiro especialista em SI (Quadro 6).

Quadro 6

Nº de centros de saúde com enfermeiros especialistas em Saúde Infantil por tipo de centro de saúde (n=90)
2003 Nº.

Tipo de centro de saúde	Centros de saúde	Centros de saúde com enfermeiro especialista em Saúde Infantil	%
1	2	3	4
TOTAL	**90**	**42**	**46,7**
1 - até 10 médicos	28	9	32,1
2 - de 11 a 20 médicos	34	14	41,2
3 - de 21 a 30 médicos	15	10	66,7
4 - de 31 a 40 médicos	7	3	42,9
5 - mais de 41 médicos	6	6	100,0

A existência de enfermeiros com experiência/treino em SI é referida por 90,0% (81 CS) dos 90 CS com resposta válida a esta questão.

3.1.4.3. Pediatras

Foram identificados 25 pediatras nos 91 CS analisados, tendo sido verificada a sua existência em 22,0% (20 CS) do número total de CS. Nenhum CS de tipo 1 referiu possuir elementos desta categoria profissional (Quadro 7).

Quadro 7

Nº de pediatras por tipo de centro de saúde (n=91)
2003 Nº.

Tipo de centro de saúde	Pediatras	%
1	2	3
TOTAL	**25**	**100,0**
1 - até 10 médicos	0	0,0
2 - de 11 a 20 médicos	8	32,0
3 - de 21 a 30 médicos	9	36,0
4 - de 31 a 40 médicos	3	12,0
5 - mais de 41 médicos	5	20,0

3.1.4.4. Outros profissionais

Foi pedido aos CS que referissem ainda a existência de profissionais das seguintes categorias: estomatologistas/médicos dentistas, higienistas orais, psicólogos e técnicos de Serviço Social.
Os CS inquiridos referiram a existência de 11 estomatologistas/médicos dentistas, dos quais 5 se encontravam em CS de tipo 2, 3 em CS de tipo 3 e 3 em CS de tipo 5.
Relativamente aos higienistas orais, foi referida a existência de 24 profissionais desta categoria. Destes, 8 exerciam funções em CS de tipo 2, 6 em CS de tipo 3 e 6 em CS de tipo 5.
Os CS inquiridos referiram a existência de 26 psicólogos. Nos CS de tipo 1, foi identificado 1 psicólogo nos 28 CS deste tipo e nos CS de tipo 5, foram identificados 8 psicólogos nos 6 CS deste tipo.
Foi referida a existência de 56 técnicos de Serviço Social no total de CS. Nos CS de tipo 2 e 3 observaram-se 20 e 13 técnicos de Serviço Social respectivamente, o que representa 35,7% e 23,2% do número total de técnicos de Serviço Social (Quadro 8).

Quadro 8

Nº de estomalogistas/médicos dentistas, higienistas orais, psicólogos e técnicos de Serviço Social por tipo de centro de saúde (n=91)

2003

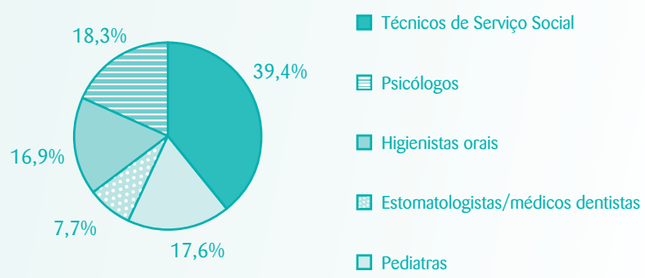
Nº.

Tipo de centro de saúde	Estomatologistas/ médicos dentistas	%	Higienistas orais	%	Psicólogos	%	Técnicos de Serviço Social	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
TOTAL	**11**	**100,0**	**24**	**100,0**	**26**	**100,0**	**56**	**100,0**
1 - até 10 médicos	0	0,0	1	4,2	1	3,8	5	8,9
2 - de 11 a 20 médicos	5	45,5	8	33,3	7	26,9	20	35,7
3 - de 21 a 30 médicos	3	27,3	6	25,0	7	26,9	13	23,2
4 - de 31 a 40 médicos	0	0,0	3	12,5	3	11,5	8	14,3
5 - mais de 41 médicos	3	27,3	6	25,0	8	30,8	10	17,9

Assim, nos 91 CS inquiridos, foram identificados 142 profissionais de saúde que não pertenciam aos grupos de Clínica Geral/Medicina Familiar e de enfermagem, sendo 56 técnicos de Serviço Social (39,4%), 26 psicólogos (18,3%), 25 pediatras (17,6%), 24 higienistas orais (16,9%) e 11 estomatologistas/médicos dentistas (7,7%) (Gráfico 6).

Gráfico 6

N.º de pediatras, estomatologistas/dentistas, higienistas orais, psicólgos e técnicos de Serviço Social (n=91)



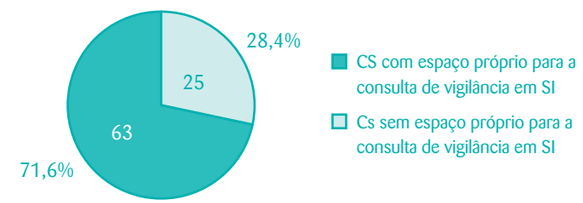
3.2. SAÚDE INFANTIL

3.2.1. Consulta de Vigilância e Espaço Próprio

No que se refere à existência de locais de atendimento com espaço próprio para a consulta de vigilância em SI, dos 88 CS que responderam a esta questão, 71,6% (63 CS) referiram possuir pelo menos um local nessas condições (Gráfico 7).

Gráfico 7

Existência de locais de atendimento com espaço próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil (n=88)



Relativamente à existência de sala de espera e de instalações sanitárias específicas para crianças, foi possível verificar que 48,9% (44 CS) referiram dispor de, pelo menos, uma sala de espera específica para crianças e 11,1% (10 CS) referiram existir pelo menos um local com instalações sanitárias próprias para a criança (Quadro 9).

Quadro 9

Existência de sala de espera e de instalações sanitárias específicas para crianças (n=90)

2003

Nº.

Existência de sala de espera e de instalações sanitárias específicas para crianças	Centros de saúde			
	Sala de espera	%	Instalações sanitárias	%
1	2	3	4	5
TOTAL	**90**	**100,0**	**90**	**100,0**
Sim	44	48,9	10	11,1
Não	46	51,1	80	88,9

Dos CS com espaço próprio para a SI e que referiram a idade máxima de atendimento, 69,2% afirmaram que nele se atendiam crianças até uma idade máxima situada entre os 11 e os 15 anos, em 7,7% a idade máxima de atendimento situava-se entre os 6 e os 10 anos

e em igual percentagem de CS eram atendidos jovens com idades máximas superiores a 15 anos (Quadro 10).

Quadro 10

Espaço próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil: idade máxima de atendimento (n=52)
2003

Nº.

Idade máxima		
	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**52**	**100,0**
De 0 a 5 anos	8	15,4
De 6 a 10 anos	4	7,7
De 11 a 15 anos	36	69,2
Mais de 15 anos	4	7,7

Quanto à existência de pelo menos um local com enfermeiro que se ocupe especificamente da SI, 78,7% (70 CS) dos CS que responderam a esta questão referiu possuir pelo menos um local que obedecia a este critério. Os restantes 21,3% dos CS (19 CS) referiram não possuir qualquer local com enfermeiro que se ocupe especificamente da SI (Quadro 11).

Quadro 11

Existência de local de atendimento com enfermeiro que se ocupa especificamente da Saúde Infantil (n=89)
2003

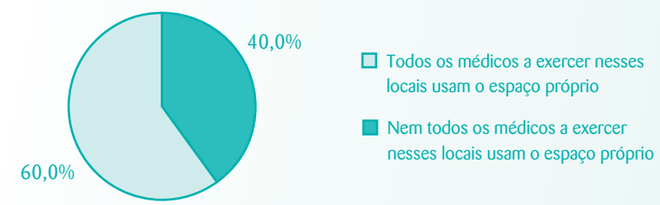
Nº.

Existência de local de atendimento com enfermeiro que se ocupa especificamente da SI		
	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**89**	**100,0**
Existe pelo menos um local com enfermeiro que se ocupa especificamente da SI	70	78,7
Não existe local com enfermeiro que se ocupa especificamente da SI	19	21,3

A análise das respostas permitiu verificar que, em 40,0% dos CS com espaço próprio para a consulta de vigilância em SI, este não é utilizado por todos os médicos a exercer nesses locais (Gráfico 8).

Gráfico 8

Utilização do espaço próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil pelos médicos a exercer nesses locais (n=55)



3.2.2. Consulta de Vigilância e Horário Próprio

No que se refere à existência de locais de atendimento com horário próprio para a SI, todos os CS que responderam a esta questão afirmaram possuir pelo menos um local nessas condições (Quadro 12).

Quadro 12

Existência de locais de atendimento com horário próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil (n=85)
2003

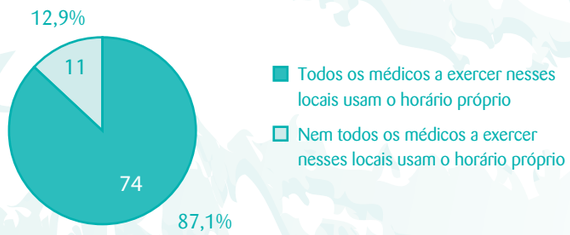
Nº.

Existência de local de atendimento com horário próprio para a consulta de vigilância da SI		
	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**85**	**100,0**
CS com horário próprio para a consulta de vigilância em SI	85	100,0
CS sem horário próprio para a consulta de vigilância em SI	0	0,0

Dos CS que afirmaram dispor de horário próprio para a consulta de vigilância em SI, 12,9% (11 CS) referiram que nem todos os médicos utilizavam esse horário próprio para fazer a consulta (Gráfico 9).

Gráfico 9

Utilização do horário próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil pelos médicos a exercer nesses locais (n=85)



A idade máxima de atendimento em consulta de vigilância em SI com horário próprio situou-se, na maioria dos CS (74,1%), entre os 11 e os 15 anos, enquanto que 16,1% dos CS referiram atender crianças com idade máxima superior a 15 anos (Quadro 13).

Quadro 13

Horário próprio para a consulta de vigilância em Saúde Infantil: idade máxima de atendimento (n=81)

2003 Nº.

Idade máxima	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**81**	**100,0**
De 0 a 5 anos	4	4,9
De 6 a 10 anos	4	4,9
De 11 a 15 anos	60	74,1
Mais de 15 anos	13	16,1

3.2.3. Alternativas ao Médico de Família na Consulta de Vigilância em Saúde Infantil

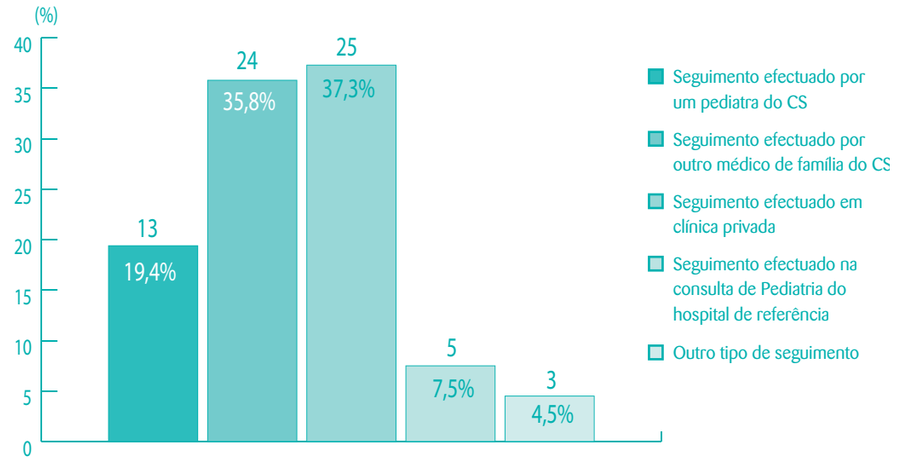
Dos médicos de família referidos, há 11,1% que não seguem as crianças da sua lista em consulta de vigilância em SI. Os resultados que se apresentam a seguir expressam a resposta às questões colocadas sobre as alternativas oferecidas a essas crianças.

3.2.3.1. Crianças Inscritas com Médico de Família Atribuído

Quando as crianças inscritas num médico de família não são seguidas por este em consulta de vigilância em SI, as alternativas referidas pelos CS foram o atendimento em clínica privada em 37,3% dos casos, outro médico de família do CS em 35,8% e um pediatra do CS em 19,4% (Gráfico 10).

Gráfico 10

Alternativa ao médico de família para consultas de vigilância em Saúde Infantil (n=67)



Nota: nesta desagregação, o número total de CS não perfaz 67 pois alguns CS assinalaram dua respostas distintas.

Dos 13 CS que referiram o pediatra do CS como alternativa ao médico de família para a consulta de vigilância em SI, existiam 8 CS em que este atendimento só se verificava em crianças até aos 5 anos e 5 CS em que este atendimento se fazia até uma idade máxima situada entre 11 e 15 anos (Quadro 14).

Quadro 14

Crianças seguidas por um pediatra do centro de saúde: idade máxima até à qual fazem o seguimento (n=13)

2003 Nº.

Idade máxima	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**13**	**100,0**
De 0 a 5 anos	8	61,5
De 6 a 10 anos	0	0,0
De 11 a 15 anos	5	38,5
Mais de 15 anos	0	0,0

Dos 23 CS que referiram como alternativa ao médico de família para a consulta de vigilância em SI outro médico do CS, existiam 9 CS em que a idade máxima de atendimento se estendia até aos 5 anos, 12 CS em que essa idade se estendia a crianças dos 11 aos 15 anos e 2 CS

atendiam crianças e jovens maiores de 15 anos (Quadro 15).

Quadro 15

Crianças seguidas por outro médico de família do centro de saúde: idade máxima até qual fazem o seguimento (n=23)
2003 Nº.

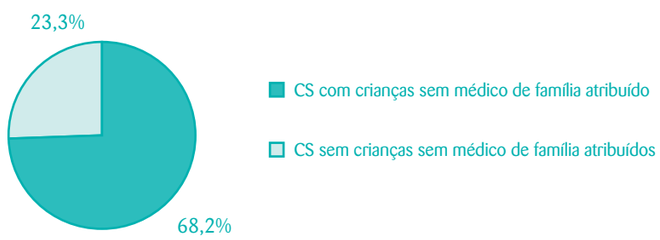
Idade máxima	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**23**	**100,0**
De 0 a 5 anos	9	39,1
De 6 a 10 anos	0	0,0
De 11 a 15 anos	12	52,2
Mais de 15 anos	2	8,7

3.2.3.2. Crianças Inscritas sem Médico de Família Atribuído

Dos CS que responderam a esta questão, 68,2% (60 CS) referiram ter crianças inscritas sem médico de família atribuído (Gráfico 11).

Gráfico 11

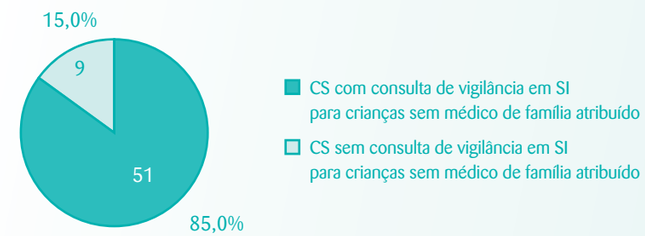
Número de centros de saúde com crianças inscritas sem médico de família atribuído (n=88)



Dos 60 CS que disseram ter crianças inscritas sem médico de família atribuído, 15,0% (9 CS) referiu não ter qualquer alternativa para estas crianças realizarem as consultas de vigilância em SI no CS (Gráfico 12).

Gráfico 12

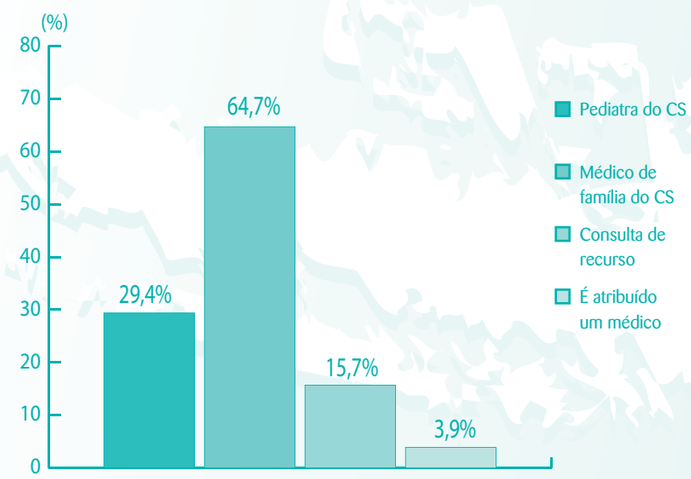
Existência de consultas de vigilância em Saúde Infantil para crianças sem médico de família atribuído (n=60)



Nos CS em que existe uma alternativa, o acesso a consultas de vigilância em SI para as crianças inscritas sem médico de família era garantido por um médico de família do CS em 64,7% dos casos (33 casos), por um pediatra do CS em 29,4% dos casos (15 casos), por uma consulta de recurso em 15,7% dos casos (8 casos) e em 3,9% dos CS, era atribuído um médico à criança (3 casos) (Gráfico 13).

Gráfico 13

Alternativa proposta a crianças inscritas sem médico de família para fazer consultas de vigilância em Saúde Infantil (n=51)



Nota: nesta desagregação, o número total de CS não perfaz 51 pois alguns CS assinalaram duas respostas distintas.

Em 71,7% dos CS que tinham crianças inscritas sem médico de família atribuído e em que estas podiam efectuar o seu seguimento em consulta de vigilância em SI, a idade máxima até à qual existia esta possibilidade situou-se entre 11 e 15 anos, sendo em 19,6% de 5 anos e em 8,7% superior a 15 anos (Quadro 16).

Quadro 16

Alternativa para as crianças sem médico de família atribuído: idade máxima até à qual fazem o seguimento (n=46)
2003 Nº.

Idade	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**46**	**100,0**
De 0 a 5 anos	9	19,6
De 6 a 10 anos	0	0,0
De 11 a 15 anos	33	71,7
Mais de 15 anos	4	8,7

3.2.4. Consulta de Doença

3.2.4.1. Crianças Inscritas com Médico de Família Atribuído

As crianças com médico de família atribuído que recorriam ao CS, em situação de doença, eram atendidas em 94,4% dos casos pelo seu médico de família, dentro do seu horário de consulta geral (Quadro 17).

Quadro 17

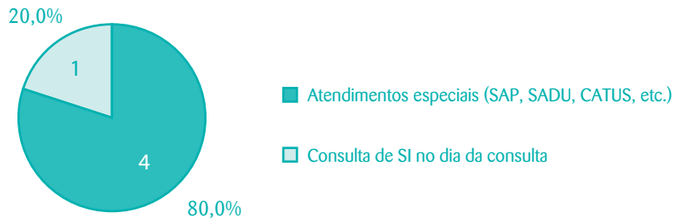
Atendimento das crianças com médico de família por este em situação de doença, dentro do seu horário geral (n=90)
2003 Nº.

Atendimento das crianças com médico de família por este em situação de doença	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**90**	**100,0**
As crianças são atendidas em situação de doença	85	94,4
As crianças não são atendidas em situação de doença	5	5,6

Nos 5 CS que referiram que as crianças não eram atendidas pelo seu médico de família, em situação de doença, foram registadas duas alternativas: as crianças eram encaminhadas para os atendimentos especiais – SAP, SADU, CATUS, etc. – em 4 casos ou para a consulta de SI no dia da consulta (1 caso) (Gráfico 14).

Gráfico 14

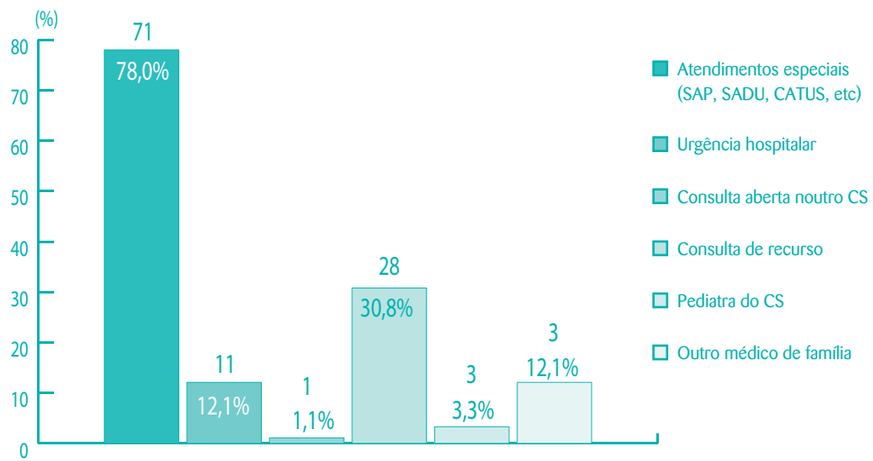
Alternativa para as crianças com médico de família em situação de doença, quando não são atendidas por este (n=5)



Fora do horário do seu médico de família ou na sua ausência, as crianças com médico de família atribuído que recorriam ao CS, em situação de doença, tinham como alternativa o encaminhamento para "atendimentos especiais" em 78,0% dos CS e o encaminhamento para a consulta de recurso em 30,8% dos CS (Gráfico 15).

Gráfico 15

Alternativas propostas às crianças em situação de doença na ausência do seu médico de família (n=91)



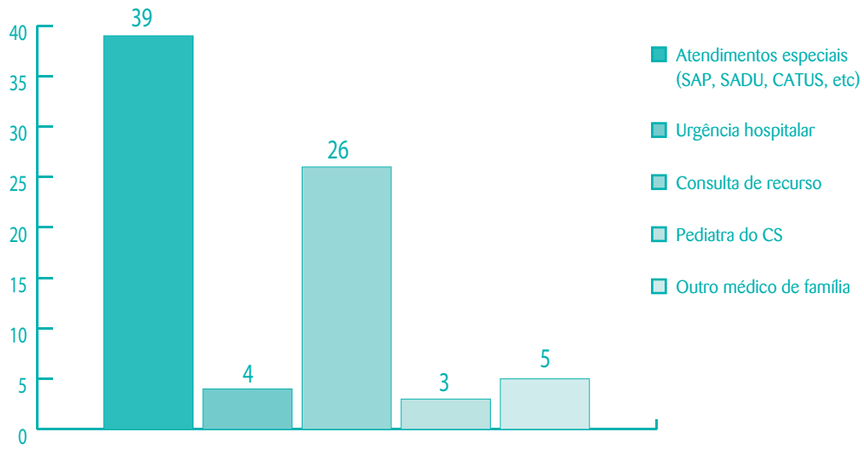
Nota: nesta desagregação, o número total de CS não perfaz 91 pois alguns CS assinalaram duas respostas distintas.

3.2.4.2. Crianças Inscritas sem Médico de Família Atribuído

Os 57 CS que responderam à questão e que referiram possuir crianças inscritas sem médico de família atribuído, assinalaram maioritariamente as seguintes alternativas para estas crianças em situação de doença: encaminhamento para os atendimentos especiais em 68,4% dos casos (39 casos) e encaminhamento para as consultas de recurso em 45,6% dos casos (26 casos) (Gráfico 16).

Gráfico 16

Alternativa para crianças sem médico de família atribuído em situação de doença quando recorrem ao centro de saúde (n=57)



Nota: nesta desagregação, o número total de CS não perfaz 57 pois alguns CS assinalaram duas respostas distintas.

3.2.4.3. Atendimento de Crianças nos Serviços de Atendimento Especial

Em 76,9% do total de CS inquiridos, existia pelo menos um serviço de atendimento especial na área do CS, sendo que 23,1% não dispunham deste tipo de atendimento na sua área (Quadro 18).

Quadro 18

Existência de pelo menos um serviço de atendimento especial na área do centro de saúde (n=91)
2003

Nº.

Existência de um serviço de atendimento especial na área do CS	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**91**	**100,0**
Existe pelo menos um serviço de atendimento especial	70	76,9
Não existe qualquer serviço de atendimento especial	21	23,1

O número total de serviços de atendimento especial referido na amostra foi de 91, o que perfez um número médio de 1 serviço de atendimento especial por CS.
Os horários de funcionamento destes serviços de atendimento especial foram muito variados. Nos CS que responderam a esta questão, constatou-se que o horário era de 24 horas em 26,2% (17 CS) dos casos e verificou-se que, em 53,8% dos CS, os serviços de atendimento especial estavam abertos entre 7 e 12 horas por dia, tanto nos dias úteis como no fim-de-semana (Quadro 19).

Quadro 19

Tipo de horários dos serviços de atendimento especial (n=65)
2003

Nº.

Tipo de horário	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**65**	**100,0**
Até 6 horas	6	9,2
De 7 a 12 horas	35	53,8
De 13 a 23 horas	7	10,8
24 horas	17	26,2

No conjunto dos CS com pelo menos um serviço de atendimento especial na sua área, 22,9% (16 CS) referiram ter parcerias com outros CS para o seu funcionamento (Quadro 20).

Quadro 20

Existência de parcerias com outro centro de saúde no serviço de atendimento especial (n=70)
2003

Nº.

Existência de parcerias com outro CS no serviço de atendimento especial	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**70**	**100,0**
Existem parcerias	16	22,9
Não existem parcerias	54	77,1

3.2.4.4. Atendimento Diferenciado para Crianças Doentes

Inquirimos esta diferenciação nos dois meios de acesso mais frequentes: a consulta geral e os serviços de atendimento especial.

3.2.4.4.1. Na Consulta

Em 56,2% dos CS inquiridos foi referida a existência dessa diferenciação (Quadro 21).

Quadro 21

Existência de atendimento diferenciado para crianças doentes (n=89)
2003

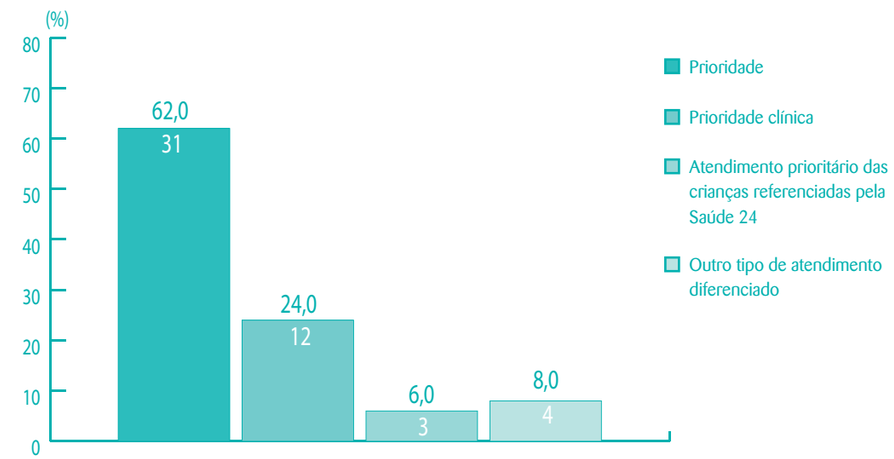
Nº.

Existência de atendimento diferenciado para crianças doentes	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**89**	**100,0**
Existe um atendimento diferenciado para crianças doentes	50	56,2
Não existe um atendimento diferenciado para crianças doentes	39	43,8

No que diz respeito ao tipo de atendimento diferenciado para crianças doentes, 62,0% dos 50 CS davam "prioridade" às crianças, 24,0% davam "prioridade clínica" e 6,0% dispunham de "atendimento prioritário para crianças referenciadas pela saúde 24". Foram ainda citados outros tipos de atendimento diferenciado em 8,0% dos CS (Gráfico 17).

Gráfico 17

Tipo de atendimento diferenciado para crianças doentes (n=50)



3.2.4.4.2. Nos Serviços de Atendimento Especial

Em 34,3% (23 CS) dos 67 CS com pelo menos um serviço de atendimento especial com respostas válidas a esta questão, foi referida a existência de uma forma de atendimento diferenciado para as crianças (Quadro 22).

Quadro 22

Existência de atendimento diferenciado para crianças nos centros de saúde com atendimentos especiais (n=67)
2003

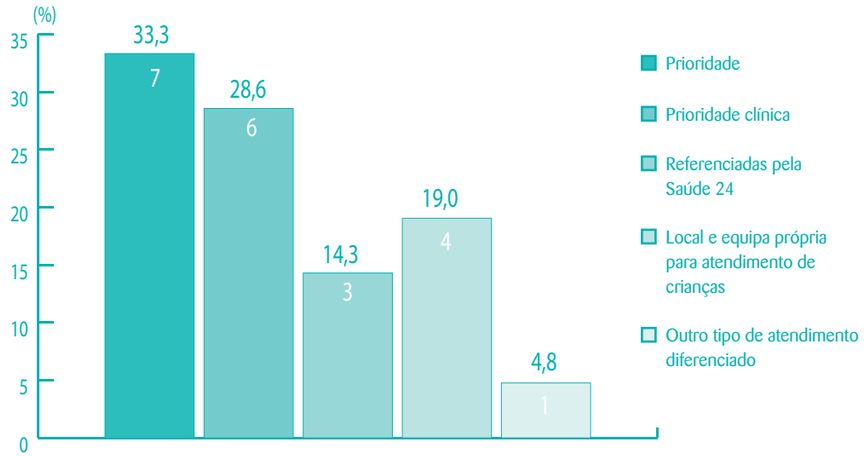
Nº.

Existência de atendimento diferenciado para crianças nos CS com atendimentos especiais	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**67**	**100,0**
Existe atendimento diferenciado para crianças	23	34,3
Não existe atendimento diferenciado para crianças	44	65,7

No que se refere ao tipo de atendimento diferenciado para as crianças, 33,3% dos CS afirmaram dar "prioridade" às crianças, 28,6% davam "prioridade clínica" e 14,3% dispunham de um "atendimento prioritário das crianças referenciadas pela Saúde 24". Em 19,0% destes CS (4 CS) foi ainda referida a existência de um local e equipa própria para atender crianças (Gráfico 18).

Gráfico 18

Tipo de atendimento diferenciado para crianças nos serviços de atendimento especial (n=21)



3.2.5. Acesso Telefónico ao Médico e/ou Enfermeiro

A existência de pelo menos um local onde era possível os pais estabelecerem um contacto telefónico com o médico e/ou enfermeiro para esclarecerem dúvidas sobre a saúde dos seus filhos foi assinalada em 98,8% (82 CS) do número total de CS com respostas válidas a esta questão (Quadro 23).

Quadro 23

Existência de local com telefone ao dispor dos pais (n=83)

2003 Nº.

Existência de local com telefone ao dispor dos pais	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**83**	**100,0**
Existe pelo menos um local com telefone ao dispor dos pais	82	98,8
Não existe local com telefone ao dispor dos pais	1	1,2

Em 84,1% desses 82 CS, o contacto telefónico com o médico e/ou enfermeiro para o esclarecimento de dúvidas foi considerado um procedimento generalizado entre os profissionais (Quadro 24).

Quadro 24

Acesso telefónico para os pais é procedimento generalizado (n=82)

2003 Nº.

Procedimento generalizado	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**82**	**100,0**
Procedimento generalizado	69	84,1
Procedimento não generalizado	13	15,9

3.3. VACINAÇÃO

Nos 87 CS que responderam a esta questão, foram identificados 405 locais de vacinação, dos quais 149 (36,8%) funcionavam em sala destinada exclusivamente a esse fim. Esta proporção varia entre 59,4% nos CS de tipo 4 e 12,9% nos CS de tipo 5 (Quadro 25).

Quadro 25

Proporção do número de locais de vacinação em sala exclusiva face ao número total de locais de atendimento onde há vacinação por tipo de centro de saúde (n=87)

2003 Nº.

Tipo de centro de saúde	Nº de locais de vacinação	Nº de locais de vacinação em sala exclusiva	%
1	2	3	4
TOTAL	**405**	**149**	**36,8**
1 - até 10 médicos	86	25	29,1
2 - de 11 a 20 médicos	153	69	45,1
3 - de 21 a 30 médicos	72	28	38,9
4 - de 31 a 40 médicos	32	19	59,4
5 - mais de 41 médicos	62	8	12,9

Verificou-se ser nos CS de tipo 2 que se encontrava a maior percentagem do número total de locais onde há vacinação em sala exclusiva (Quadro 26).

Quadro 26

N.º de locais onde há vacinação em sala exclusiva por tipo de centro de saúde (n=87)
2003

Nº.

Tipo de centro de saúde	N.º de locais de vacinação	%
1	2	3
TOTAL	**149**	**100,0**
1 - até 10 médicos	25	16,8
2 - de 11 a 20 médicos	69	46,3
3 - de 21 a 30 médicos	28	18,8
4 - de 31 a 40 médicos	19	12,8
5 - mais de 41 médicos	8	5,4

Em 90,0% dos CS inquiridos, verificou-se a existência de complementaridade entre o horário e o local da vacinação e a consulta de vigilância em SI.

3.4. ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS

3.4.1. Atendimento a Recém-Nascidos

Na maioria das situações (94,1% dos casos), o primeiro contacto da mãe e do recém-nascido com o CS é de tipo "administrativo e de enfermagem". Um CS referiu este atendimento como sendo exclusivamente de tipo administrativo (1,2% dos casos).
Em 96,7% dos CS com respostas válidas a esta questão, verificou-se que o primeiro contacto do recém-nascido com o CS era habitualmente aproveitado para desenvolver outras acções (Quadro 27).

Quadro 27

Existência de outras acções desenvolvidas no 1º contacto do recém-nascido com o centro de saúde (n=90)
2003

Nº.

Existência de outras acções desenvolvidas no 1º contacto do recém-nascido com o CS	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**90**	**100,0**
Existem outras acções no 1º contacto	87	96,7
Não existem outras acções no 1º contacto	3	3,3

A acção mais referida pelos CS neste primeiro contacto foi: a educação para a saúde (74,4% dos CS), seguida da marcação de consultas (médica ou de enfermagem) em 68,6% e uma avaliação do bebé (consulta médica ou de enfermagem em 36,0% dos CS) (Quadro 28).

Quadro 28

Tipo de acções efectuadas no 1º contacto do recém-nascido com o centro de saúde (n=86)
2003

Nº.

Tipo de acções	Centros de saúde	%
1	2	3
Marcação de consultas (médica e de enfermagem)	59	68,6
Educação para a saúde	64	74,4
Ensino para a utilização de serviços	5	5,8
Realização de diagnóstico precoce	3	3,5
Realização de vacinas	15	17,4
Procedimentos administrativos	10	11,6
Avaliação do bebé (inclui consulta médica ou de enfermagem)	31	36,0
Outras acções	2	2,3

Nota: nesta desagregação, o número total de CS não perfaz 86 pois alguns CS assinalaram duas respostas distintas.

A "picadinha do pé" para o diagnóstico precoce de doenças metabólicas incluídas no Rastreio Nacional, era efectuada por enfermeiros de SI em 67,1% dos CS. Nos restantes CS (32,9%), este rastreio não era efectuado por enfermeiro de SI (Quadro 29).

Quadro 29

Existência de atendimento por enfermeiro da Saúde Infantil para a "picadinha do pé" (n=85)
2003

Nº.

Existência de atendimento por enfermeiro da SI para a "picadinha do pé"	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**85**	**100,0**
Existe atendimento por enfermeiro da SI	57	67,1
Não existe atendimento por enfermeiro da SI	28	32,9

3.4.2. Atendimento a Adolescentes

A existência de atendimento específico para adolescentes foi referida por 38,9% dos CS inquiridos (Quadro 30). Nestes CS, em número de 35, foram identificados 63 locais com consulta específica para adolescentes.

Quadro 30

Existência de atendimento específico para adolescentes (n=90)
2003

Nº.

Existência de atendimento específico para adolescentes	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**90**	**100,0**
Existe consulta específica para adolescentes	35	38,9
Não existe consulta específica para adolescentes	55	61,1

No que se refere à existência de consulta específica para adolescentes por tipo de CS, observou-se que os CS de tipo 4 apresentavam a maior proporção de CS com consulta específica de adolescente (57,1%) (Quadro 31).

Quadro 31

Existência de atendimento específico para adolescentes por tipo de centro de saúde (n=90)
2003

Nº.

Tipo de centro de saúde	Centros de saúde	Centros de saúde com consulta de adolescentes	%
1	2	3	4
TOTAL	**90**	**35**	**100,0**
1 - até 10 médicos	28	8	28,6
2 - de 11 a 20 médicos	34	12	35,3
3 - de 21 a 30 médicos	15	8	53,3
4 - de 31 a 40 médicos	7	4	57,1
5 - mais de 41 médicos	6	3	50,0

A maioria das consultas para adolescentes (66,7%) era aberta a "qualquer jovem". Em 18,2% dos CS com este tipo de consultas, estas eram abertas a qualquer jovem residente na área de influência do CS e em 15,1% a todos os jovens inscritos no CS (Quadro 32).

Quadro 32

Jovens a quem se destinam as consultas específicas para adolescentes (n=33)
2003

Nº.

Tipo de jovem a quem se destina a consulta	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**33**	**100,0**
Todos os jovens inscritos no CS	5	15,1
Qualquer jovem residente na área de influência do CS	6	18,2
Qualquer jovem	22	66,7

As consultas específicas para adolescentes não eram, na sua maioria, limitadas pela idade, ou seja, 68,6% dos CS que dispunham de consulta para adolescentes não impunham limite de idade (Quadro 33).

Quadro 33

Existência de limites de idade no acesso às consultas específicas para adolescentes (n=35)
2003

Nº.

Existência de limite de idade	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**35**	**100,0**
Existe limite de idade	11	31,4
Não existe limite de idade	24	68,6

Dos 11 CS que afirmaram limitar o acesso a estas consultas em termos de idade, 8 CS referiram a idade a partir da qual os adolescentes tinham acesso à consulta. Nos 8 casos, verificou-se que as consultas estavam abertas a adolescentes de idades inferiores a 15 anos.

Relativamente à idade até à qual os adolescentes podiam aceder à consulta, verificou-se que em 20,0% dos CS (2 CS) esta idade era de 15 anos, ou seja, as consultas não se destinavam a adolescentes com mais de 15 anos (Quadro 34).

Quadro 34

Idade máxima de acesso às consultas específicas para adolescentes (n=10)
2003

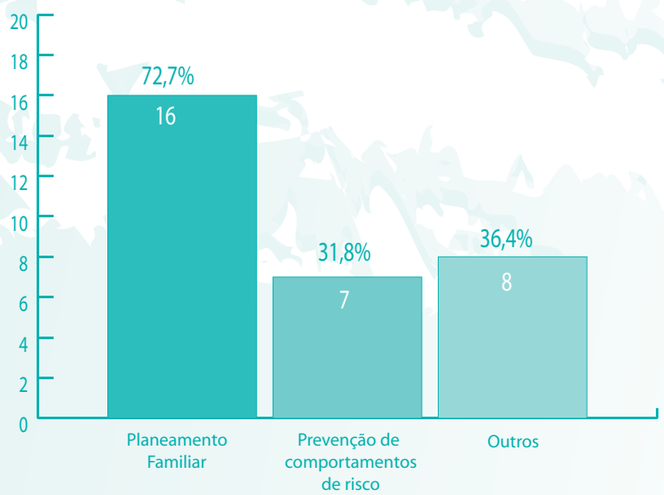
Nº.

Idade máxima	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**10**	**100,0**
15 anos	2	20,0
Mais de 15 anos	8	80,0

No que se refere à natureza dos cuidados prestados nas consultas específicas para adolescentes, 72,7% dos CS destacou o planeamento familiar e 31,8% utilizava esta consulta para a prevenção de comportamentos de risco (Gráfico 19).

Gráfico 19

Natureza do atendimento na consulta de adolescente (n=22)



Nota: nesta desagregação, o número total de CS não perfaz 22 pois alguns CS assinalaram duas respostas distintas.

Em 70,6% dos CS com consulta específica para adolescentes, esta realizava-se no próprio CS, em 14,7% a consulta era realizada fora do CS, em parceria com outras instituições, sendo igual a percentagem dos CS em que existia uma consulta no CS e outra no exterior (Quadro 35).

Quadro 35

Localização do atendimento específico para adolescentes (n=34)
2003

Nº.

Localização do atendimento específico para adolescentes	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**34**	**100,0**
Consulta situada no CS	24	70,6
Consulta situada no exterior do CS	5	14,7
Consulta situada no CS e outra consulta no exterior	5	14,7

3.5. A DOR NA CRIANÇA

3.5.1. Atitude face à Dor

No que se refere ao número de CS onde os profissionais reconhecem e valorizam a dor desencadeada pelos actos praticados à criança, verificou-se que a dor é reconhecida e valorizada em 83 CS. Destes 83 CS, 74,7% (62 CS) fundamentaram o seu reconhecimento e 25,3% (21 CS) não apresentaram qualquer fundamentação. Todos os CS que afirmaram não existir qualquer reconhecimento ou valorização da dor pelos profissionais não fundamentaram a sua resposta (Quadro 36).

Quadro 36

Nº de centros de saúde que reconhecem e valorizam a dor, com e sem justificações (n=89)
2003

Nº.

Preocupação com a dor	Sim	%	Não	%
1	2	3	4	5
TOTAL	**83**	**93,3**	**6**	**6,7**
Com justificação	62	74,7	0	0,0
Sem justificação	21	25,3	6	100,0

Nos 62 CS que fundamentaram o reconhecimento e preocupação face à dor provocada por actos médicos, verificou-se que a maioria dos CS (66,1%) apresentava, na sua fundamentação, "respostas evasivas expressando boa vontade", 22,6% diziam "preparar/envolver os pais" e 11,3% apontavam "medidas analgésicas indefinidas e não sistematizadas" (Quadro 37).

Quadro 37

Centros de saúde onde a dor é reconhecida e valorizada pelos profissionais: tipo de fundamentação (n=62)
2003

Nº.

Tipo de fundamentação	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**62**	**100,0**
Resposta evasivas expressando boa vontade	41	66,1
Preparar/envolver os pais	14	22,6
Medidas analgésicas indefinidas e não sistematizadas	7	11,3

3.5.2. Procedimentos de Combate à Dor

3.5.2.1. No Teste do "Pezinho"

Observou-se que 19,1% dos CS inquiridos (17 CS) referiram a existência de procedimentos instituídos para combater a dor no teste do pezinho (Quadro 38).

Quadro 38

Nº de centros de saúde com procedimento para combater a dor no teste do pezinho (n=89)
2003

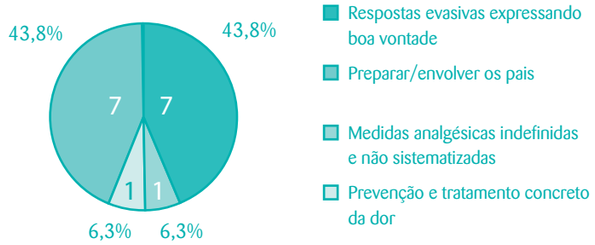
Nº.

Procedimento para combater a dor no teste do pezinho	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**89**	**100,0**
Sim	17	19,1
Não	72	80,9

Considerando os tipos de procedimento referidos encontraram-se "respostas evasivas expressando boa vontade" e "preparação e envolvimento dos pais" em 7 CS cada (Gráfico 20).

Gráfico 20

Tipo de procedimentos para combater a dor no teste do pezinho (n=16)



3.5.2.2. Na Administração de Vacinas

Verificou-se que 42,7% dos CS referiram ter um procedimento instituído para combater a dor na administração de vacinas (Quadro 39).

Quadro 39

Nº de centros de saúde com procedimento para combater a dor na administração de vacinas (n=89)
2003

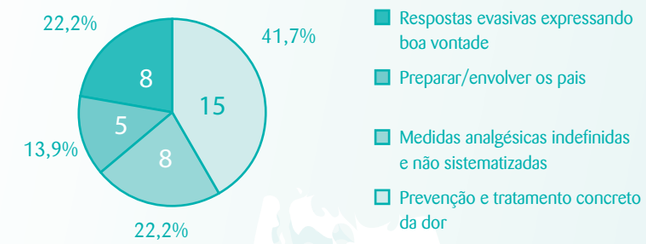
Nº.

Procedimento para combater a dor nas vacinas	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**89**	**100,0**
Sim	38	42,7
Não	51	57,3

Dos procedimentos apontados, 41,7% dos CS referiram medidas de "prevenção e tratamento concreto da dor" (Gráfico 21).

Gráfico 21

Tipo de procedimentos para combater a dor nas vacinas (n=36)



3.5.2.3. Na Administração de Injectáveis

Constatou-se que 28,1% dos CS inquiridos referiram possuir procedimento instituído para o combate à dor na administração de injectáveis (Quadro 40).

Quadro 40

Nº de centros de saúde com procedimento para combater a dor na administração de injectáveis (n=89)
2003

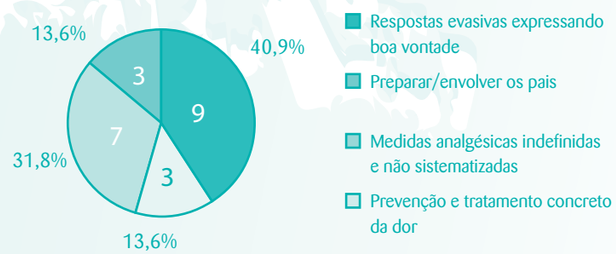
Nº.

Procedimento para combater a dor nos injectáveis	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**89**	**100,0**
Sim	25	28,1
Não	64	71,9

Na caracterização dos procedimentos, "respostas evasivas e expressando boa vontade" foram apontadas por 40,9% dos CS e 31,8% afirmaram adoptar "medidas analgésicas indefinidas e não sistematizadas" (Gráfico 22).

Gráfico 22

Tipo de procedimentos para combater a dor na administração de injectáveis (n=22)



3.5.2.4. Na Feitura de Pensos

Houve 42,7% dos CS inquiridos que referiram ter procedimentos instituídos para combater a dor na feitura de pensos (Quadro 41).

Quadro 41

Nº de centros de saúde com procedimento para combater a dor na feitura de pensos (n=89)
2003

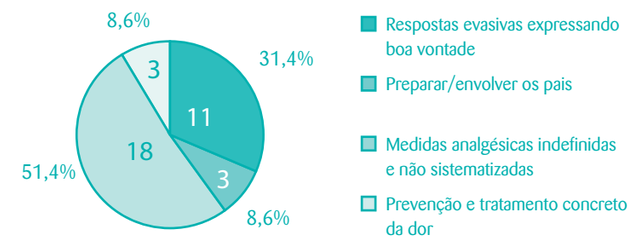
Nº.

Procedimento para combater a dor na feituria de pensos	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**89**	**100,0**
Sim	38	42,7
Não	51	57,3

Os procedimentos apontados foram "respostas evasivas expressando boa vontade" em 31,4% dos CS e 51,4% referiram "medidas analgésicas indefinidas e não sistematizadas" (Gráfico 23).

Gráfico 23

Tipo de procedimentos para combater a dor na feitura de pensos (n=35)



3.5.2.5. Na Manipulação Dentária

Em 27,0% dos CS não se efectua manipulação dentária. Naqueles em que se efectua (65 CS), foram identificados procedimentos instituídos para prevenir ou combater a dor causada na manipulação dentária em 9 CS, o que significa que em 86,2% dos CS não há qualquer procedimento de combate à dor (Quadro 42).

Quadro 42

Nº de centros de saúde com procedimento para combater a dor na manipulação dentária (n=65)
2003

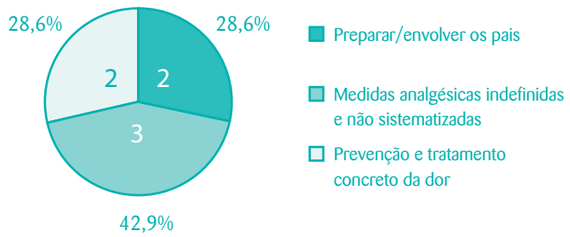
Nº.

Procedimento para combater a dor na manipulação dentária	Centros de saúde	%
1	2	3
TOTAL	**65**	**100,0**
Sim	9	13,8
Não	56	86,2

Dos 8 CS que especificaram o tipo de procedimento, 3 CS referiram a aplicação de "medidas analgésicas indefinidas e não sistematizadas", 2 CS afirmaram "preparar e envolver os pais" e 2 CS referiram fazer "prevenção e tratamento concreto da dor" (Gráfico 24).

Gráfico 24

Tipo de procedimentos para combater a dor na manipulação dentária (n=7)



4

DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

Os cuidados de saúde à criança são, em grande parte, prestados nos CS, sendo estes os responsáveis pela execução de alguns programas nacionais, como o *Programa de Saúde Infantil e Juvenil* (DGS, 2002) e o *Programa Nacional de Vacinação - PNV* (DGS, 2001).
Com este estudo, pretendeu-se conhecer algumas condições dos CS, no que se refere a meios físicos, a recursos humanos e a formas de organização que constituem factores condicionantes do acolhimento e atendimento à Criança e conhecer a atitude e procedimentos dos profissionais face à dor na criança, decorrente de alguns procedimentos dolorosos mais frequentemente utilizados na prestação de cuidados.

4.1. População

A população menor de 15 anos inscrita nos CS representava 13,7% do total da população que constituiu a amostra, percentagem que é inferior aos 15,9% de residentes menores de 15 anos, em Portugal Continental (INE, Censo de 2001). Esta discrepância, apesar de pequena, poderá reflectir não só uma maior procura dos CS pelos idosos, como também uma sobre-inscrição dos maiores utilizadores, o que é habitual verificar-se e que traduz a incapacidade do sistema para impedir as múltiplas inscrições.

4.2. Locais de Atendimento

Apesar de se ter dado uma definição que equiparava local de atendimento a imóvel (sede e extensões do CS), estamos convictos que alguns respondentes consideraram como locais de atendimento os andares ou os módulos. Assim, as respostas a esta pergunta não foram esclarecedoras dado que as respostas não têm por base o mesmo conceito, o que impede que se teçam grandes considerações sobre as mesmas.

4.3. Tipos de Centro de Saúde

A classificação *ad hoc* dos CS em função do número de médicos procurava estruturar um critério de dimensão do CS (variável independente) que pudesse levar a uma análise da distribuição de outras variáveis segundo essa característica. Esta divisão não se mostrou útil, tendo apenas sido usada para caracterização da amostra. De relevar apenas o facto de cerca de 68,2% dos CS ter até 20 médicos (classificados como de tipo 1 e tipo 2) e de apenas 6,6% terem 41 ou mais médicos, isto é serem de grandes dimensões. O elevado número de CS de pequena dimensão torna o sistema ineficiente dado que, independentemente do seu tamanho, cada CS tem um director, quase sempre um médico (Dec-Lei nº.60/2003), que mercê destas suas funções, acaba por ser desviado, pelo menos parcialmente, da actividade assistencial, agravando a falta de recursos médicos em termos de oferta de cuidados. Também na área de enfermagem se observam situações de natureza semelhante, dado que não só o pequeno número de enfermeiros especialistas leva à sua colocação nos CS de maior dimensão com prejuízo dos outros, mas também, o facto de se ter uma especialidade cria uma maior possibilidade de se assumirem funções não ligadas directamente à prestação de cuidados.

4.4. Recursos Humanos

Considerando o número total de profissionais identificados nos CS inquiridos, verificou-se que 46,5% são médicos exercendo funções de Clínica Geral, 49,4% são enfermeiros e apenas 4,1% correspondem a outros grupos profissionais. Estes valores estão próximos dos valores encontrados a nível nacional, respectivamente 46,9%, 50,6% e 2,5% (DGS, 2005).
O ratio médico exercendo funções de Clínica Geral por 10000 habitantes é de 5,9 o que é concordante com o ratio de 6/10000 encontrado para Portugal, mas inferior à média europeia que é de 8/10000 (Rodrigues et al., 2002).
O ratio de 1,1 enfermeiros por médico exercendo funções Clínica Geral encontrado no nosso estudo é ligeiramente inferior ao ratio enfermeiro por médico de 1,3 identificado para Portugal mas muito inferior em relação à média europeia de 2,5 (Rodrigues et al., 2002).
Dos 1580 médicos exercendo funções de Clínica Geral existentes nos CS inquiridos, os quais consideramos ser os primeiros responsáveis pelos cuidados prestados à criança, verificou-se que 5,9% não pertenciam à carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar. Esta percentagem é inferior aos 10,1% encontrados pela DGS (2005), não se encontrando para esta discrepância outra explicação, para além da que resulta da aleatoriedade da amostra.
Verificou-se que 53,6% dos 1679 de enfermeiros identificados têm treino ou experiência em SI. Este dado faz supor que é grande a possibilidade de uma criança ser atendida por um profissional não treinado ou inexperiente, nomeadamente nas actividades não programadas, o que se nos afigura como não sendo bom para nenhuma das partes envolvidas. O estudo mostrou que 3,2% dos enfermeiros são especialistas em SI/Pediatria. Não é possível fazer considerações sobre o valor relativo deste número, mas estamos perante um recurso que existe em 46,7% dos CS inquiridos e que poderá desempenhar um papel importante na organização dos cuidados às crianças, desde que a sua acção não se esgote, dada a escassez de recursos, na prestação directa de cuidados, inclusivamente a adultos.
Ao analisarmos o que se passa com o grupo de "outros profissionais" identificado nos CS, que como já vimos é pouco numeroso, verificámos que não parece existir qualquer critério de distribuição destes profissionais por tipo de CS. Pensamos ser preocupante que este grupo

seja tão reduzido dada a natureza das necessidades de saúde das crianças. A Saúde Oral (higienistas e médicos dentistas), os problemas emocionais de diversa natureza (psicólogos) e os problemas sociais (técnicos do Serviço Social) são cada vez mais relevantes. À luz deste dado, vemos muito difícil o cumprimento do previsto no Art.º 13 do Dec.-Lei 60/2003 de 1 de Abril no que toca às funções da Unidade de Apoio à Comunidade e de Enfermagem, cuja actividade "assenta numa equipa multiprofissional, constituída pelos enfermeiros, técnicos de Serviço Social e outros profissionais de saúde indispensáveis à prestação de cuidados globais e integrados aos utentes no CS" e cuja missão inclui "contribuir para o apoio psicológico e social à comunidade de utentes de cada CS".

O estudo identificou 25 pediatras, sendo que 78,0% dos CS não possuem este especialista. O baixo número de pediatras identificado era esperado, dado que os quadros dos CS não prevêem este tipo de especialista (os lugares existentes são a extinguir quando vagarem), remetendo os pediatras para os hospitais. A opção de afastar os pediatras da primeira linha dos serviços públicos de saúde leva-nos a questionar sobre a natureza do papel reservado aos pediatras dos serviços públicos de saúde nos cuidados de saúde de primeira linha, CPP, e na vigilância da saúde das crianças na comunidade, quando equacionamos as cada vez maiores exigências em termos de acompanhamento da saúde da criança. Tal pergunta afigura-se-nos ainda mais pertinente se levarmos em conta que (i) em Portugal, os pediatras prestam tradicionalmente cuidados de primeira linha nos consultórios privados, (ii) num estudo recente feito em 34 países europeus, apenas em 3 não existem pediatras ao nível da primeira linha (Katz e tal, 2002), (iii) não existe qualquer programa de formação contínua para os médicos de família na área da prestação de cuidados de saúde à criança e (iv) é provável que se verifique no nosso país a tendência que se verifica noutros países, em que a procura de cuidados médicos à criança se tem desviado do clínico geral para o pediatra (Freed et al., 2004).

Assim, do que nos é dado ver no estudo, o atendimento à criança nos CS poderá ser influenciado negativamente pelo facto de haver um número de médicos exercendo funções de Clínica Geral inferior à média europeia, situação que é agravada pela existência de um número de enfermeiros bastante inferior à média europeia e pelo baixo peso dos outros grupos profissionais existentes. Este contexto estrutural coloca sobre os médicos e sobre os poucos enfermeiros existentes nos CS a quase exclusividade da prestação de cuidados de primeira linha e compromete também a existência de equipas multidisciplinares as quais, à luz dos conhecimentos actuais sobre os problemas da saúde e do desenvolvimento da criança, parecem ser a forma mais adequada de abordar a sua solução.

A escassez de recursos dos CS e o facto de 70,0% dos médicos se situarem a nível hospitalar, condiciona toda a forma de atendimento do sistema de saúde, em que a debilidade da primeira linha, canaliza a procura para o nível hospitalar que se confronta com uma procura indevida, para além daquela que sabemos que é gerada pela própria oferta. A "pressão" sobre o sector hospitalar, mais forte que o sector dos cuidados primários e que, pela sua natureza, beneficia de decisões políticas que para ele canalizam a maioria dos recursos, gera um apelo suplementar de recursos que, ao ser satisfeito, vai, por um lado, fortalecer ainda mais o sector hospitalar e, por outro, aumentar a debilidade da primeira linha, criando um ciclo vicioso que em nosso entender inviabilizará, a prazo, o actual sistema. Esta presunção em termos de evolução do sistema de saúde, leva-nos a perguntar como será feito no futuro o acompanhamento da Saúde da Criança na comunidade e quem o fará.

4.5. Atendimento em Saúde Infantil

Como os CPP são os serviços de referência do SNS para o cumprimento do *Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil*, pareceu-nos importante avaliar as condições em que eram efectuadas as consultas de vigilância incluídas naquele Programa e a forma como estavam organizadas.

4.5.1. Consultas de Vigilância em Saúde Infantil

4.5.1.1. Estrutura Física

Cerca de um terço (28,4%) dos CS disseram não ter "espaço próprio" para as consultas de vigilância em SI. Este valor sugere que, apesar de não haver referência a espaço próprio para atender crianças nos documentos normativos relacionados com a construção de CS, em muitos locais, os profissionais procuram de alguma forma criá-los. No entanto, poderemos supor que muitas crianças serão atendidas em espaços que poderão não ser os mais adequados.

A organização de alguns CS por módulos nem sempre contempla a existência de um espaço próprio para atender crianças, o que coloca em causa o princípio que preconizamos, pelo que, dada a especificidade da criança, obriga a reflectir sobre como fazer as necessárias adaptações.

O facto de apenas 48,9% dos CS referirem ter uma sala de espera própria para crianças e só 11,1% terem instalações sanitárias próprias para as crianças é revelador da pouca atenção que as crianças merecem por parte das entidades que regulamentam e ou mandam construir CS e suas extensões, situação que urge modificar.

Embora sabendo que nem sempre a estrutura física do CS o permite, a existência de um espaço próprio, com equipamento adequado e uma equipa de enfermeiros com especialidade ou treino em SI será, por certo, facilitadora de melhores condições de acolhimento/atendimento das crianças, pelo que parece preocupante que, dos CS que dispunham de pelo menos um

espaço próprio, 40,0% afirme que nem todos os médicos o utilizam.

4.5.1.2. Horário Próprio

A existência de um horário próprio para as consultas de vigilância de SI favorece a acessibilidade aos cuidados, favorece as famílias e a organização da prestação de cuidados. Embora todos os CS refiram haver um horário próprio de cada médico para a SI, verifica-se que, em 12,9% dos CS, nem todos os médicos o utilizam. É preocupante e pouco compreensível este facto. Para além de ferir um direito dos utentes legalmente previsto no Artigo 5º., Nº.1, alínea b) do Dec-Lei nº60/2003 de 1 de Abril que é o de "solicitar marcação de consulta em hora determinada pelo horário do seu médico", afigura-se-nos ser potencialmente prejudicial quer para as famílias, quer para a organização do CS.

4.5.1.3. Presença de Enfermeiro

A presença de um enfermeiro para prestar cuidados em SI, em locais próprios, foi referida em 78,7% dos CS, o que poderá significar que nos locais em que tal acontece se verifica uma eventual maior acessibilidade da criança a cuidados de melhor qualidade e com uma continuidade mais adequada.

4.5.1.4. Alternativas para a Vigilância em Saúde Infantil

Dado que compete ao Estado garantir à criança o direito à identidade e ao nome, aos cuidados primários de saúde e à protecção social (DL 13/01) e a gratuitidade das consultas previstas no *Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil* (DL 70/2000), quisemos saber que alternativas ofereciam os CS nas situações em que o médico de família não seguia as crianças da sua lista ou em que a família não tinha médico de família atribuído.
Importa sublinhar que, mesmo com a escassez de recursos existente, a maioria dos CS encontra uma solução interna para esta questão. Assim, em 35,8% dos CS recorre-se a outro médico de família e em 19,4% a um pediatra. Já é mais preocupante quando o recurso apontado é a clínica privada (37,3%) ou o hospital (7,5%) e considera-se como inaceitável haver 9 CS que referem não dispor de consultas de vigilância para as crianças inscritas sem médico de família. Queremos ressalvar que a alternativa à clínica privada só se afigura aceitável desde que constitua uma primeira escolha por parte dos pais ou resulte de uma convenção com o SNS.

4.5.2. Atendimento a Crianças Doentes

Dado a SI não se limitar às consultas de vigilância, importava saber como se processava o atendimento a uma criança em situação de doença.

4.5.2.1. Acessibilidade

Na maioria dos casos (94,4%), o atendimento da criança era efectuado no horário da consulta de Clínica Geral do seu médico, constituindo os atendimentos especiais (SAP, SADU, CATUS, etc.) a principal alternativa na ausência do médico de família (78,0%) e nas situações de doença de crianças sem médico de família atribuído (68,4%). A situação referida de atendimento no horário da consulta de Clínica Geral coloca alguns problemas, nomeadamente de "competição" por uma vaga com os adultos com doença aguda ou crónicos com consulta marcada, o que, na situação de grande procura de consulta por escassez de recursos, leva à procura preferencial dos atendimentos especiais em todos os casos em que as práticas organizativas não levem em conta uma preocupação com as crianças em situação de doença.
Representando os atendimentos especiais uma resposta muito procurada em situações de doença aguda com os inconvenientes conhecidos (menor personalização dos cuidados, riscos de contágio, etc.), a sua existência não é referida em 23,1% dos CS. Esta situação é limitativa do acesso em caso de doença e teria sido importante conhecer a alternativa existente nestes casos e as razões para a não existência deste tipo de serviço (por exemplo, a pequena dimensão do CS e a proximidade do hospital).

4.5.2.2. Atendimento Diferenciado

A criança tem características que a tornam diferente de um adulto, pelo que foi posta a questão sobre a existência, ou não, de um atendimento diferenciado para as crianças, quando se trata de consultas e serviços predominantemente utilizados por adultos como são as consultas por doença aguda.
Num número significativo de CS não foi expressa qualquer forma de diferenciar o atendimento à criança, pois apenas 56,2% dos CS referiram a existência duma diferenciação na consulta, baixando aquele valor para 34,3% nos "atendimentos especiais".
Sobre o tipo de atendimento diferente proporcionado às crianças doentes, constatou-se que:

- A "prioridade à criança" é o mais frequente (62,0% e 33,3% em consulta e em atendimento especial, respectivamente);
- Em 24,0% e 28,6% dos casos, nas duas situações apontadas, só é considerada a "prioridade clínica";
- A prioridade às crianças referenciadas pela "Saúde 24" surgiu em 6,0% e 14,3% dos casos respectivamente;
- De destacar que 4 CS referiram ter um local e equipa própria para atender as crianças no atendimento especial;

Sendo incontestável que a prioridade clínica, independentemente da idade, deverá ser sempre respeitada, a questão foi colocada para se estimar qual a sensibilidade dos profissionais para a prioridade "ser criança". Considerando que esta deverá ser uma prioridade a ter em conta procurando soluções para a pôr em prática, sabemos que, muitas vezes, é difícil a sua aceitação por parte de outros utentes que estão em salas de espera comuns.

4.5.3. Acesso Telefónico

A possibilidade de estabelecer um contacto telefónico, com o médico e/ou enfermeiro, para o esclarecimento de dúvidas constitui um meio facilitador da acessibilidade e comunicação. Embora o estudo verifique que os contactos telefónicos são frequentes (98,8% dos CS referiram dispor desta possibilidade), em 13 CS (15,9%) este procedimento não foi considerado "generalizado entre os profissionais".
Na opinião de diversos profissionais, esta pergunta não teria sido bem formulada, prestando-se a diferentes interpretações e, por isso, não foi possível caracterizar, qualitativamente, este factor de acessibilidade. Teria sido importante saber, nomeadamente, da existência de um horário específico para este contacto.

4.6. Vacinação

A vacinação, para cumprimento do PNV, é preferencialmente dirigida às crianças e constitui uma actividade muito importante dos CS e da sua quase total responsabilidade.

4.6.1. Local de Vacinação

O estudo verificou que dos 405 locais onde se efectuavam vacinas, apenas 149 (36,8%) dispunham de uma sala exclusiva para o efeito. Esta situação poderá fazer supor que em alguns locais não estarão presentes as condições necessárias para garantir a qualidade do acto vacinal, ao considerarmos padrões europeus. No entanto, sabemos que este espaço para vacinação não está explicitado nos programas funcionais dos CS. Teria sido interessante conhecer em que locais e por quem são efectuadas as vacinas, nomeadamente quando não realizadas em espaço próprio, no sentido de percebermos que condicionalismos técnicos e outros tal situação coloca.

4.6.2. Horário da Vacinação

Um outro elemento determinante de um atendimento de qualidade é a complementaridade entre o local e o horário de vacinação e as consultas de vigilância em SI. Tal complementaridade reduz as oportunidades perdidas para cumprimento do PNV. Neste aspecto, é de realçar pela positiva que esta complementaridade é referida por 90,0% dos CS inquiridos.

4.7. Atendimento a Grupos Vulneráveis

Neste estudo, decidimos destacar, pela especificidade e particularidades próprias, o atendimento a dois grupos-alvo: o recém-nascido e o adolescente.

4.7.1. Atendimento ao Recém-Nascido

Parece-nos importante que, na primeira ida ao CS, o acolhimento da mãe e do bebé não seja apenas administrativo. No estudo, verificou-se que, na maior parte dos casos, esse acolhimento era "administrativo e de enfermagem", o que consideramos positivo.
Em 96,7% dos casos este primeiro contacto era aproveitado para "outras acções", com destaque para a educação para a saúde (74,4%), a marcação de consulta (68,6%) e a avaliação do bebé através de consulta médica ou de enfermagem (36,0%).
No que respeita ao diagnóstico precoce, só em 3 CS foi dito ser aproveitado este primeiro contacto para o realizar. Este resultado poderá ser explicado ou por uma má interpretação da pergunta ou por uma burocratização excessiva, visto que se perde uma oportunidade para realizar uma actividade indispensável para a saúde da criança. Em 28 dos CS (32,9%), este último procedimento não era executado pelo enfermeiro de SI, o que poderá ser uma oportunidade perdida para "ouvir e responder à mãe", numa altura em que as dúvidas e as ansiedades são sempre muitas e nos levanta interrogações sobre a competência técnica e relacional nesta área do profissional que vai efectuar uma manobra cruenta que desperta dor.

4.7.2. Atendimento a Adolescentes

Pretendeu-se avaliar quais os CS com atendimento específico para este grupo etário e as características deste atendimento. Alguns aspectos importantes não foram avaliados, nomeadamente os horários, tipo de profissionais envolvidos, gratuitidade, etc. Também teria sido importante colocar a questão da existência de um profissional (médico ou enfermeiro) de referência para o atendimento a adolescentes, nos locais em que não existe aquele atendimento específico.

Apenas 38,9% dos CS inquiridos referiram ter um atendimento específico para adolescentes, sendo este realizado em 70,6% dos casos exclusivamente no próprio CS. Em 14,7% dos casos a consulta realiza-se fora das instalações do CS em parceria com outra instituição e em igual percentagem existe uma consulta no CS e outra no exterior. Estes resultados estão muito longe do preconizado pelas orientações do Ministério. No entanto, considerando o actual contexto de escassez de recursos humanos, mostram a preocupação dos serviços públicos com este grupo vulnerável e representam um importante esforço no sentido de proporcionar um atendimento adequado aos adolescentes, disponibilizando os recursos humanos necessários, em competição com outras actividades dos CS, eventualmente com maior procura. O facto da maioria destes atendimentos se localizar no CS poderá constituir obstáculo à sua utilização pelos jovens, que como se sabe preferem a discrição e o anonimato nestes contactos.

Esta consulta é aberta a todos os jovens, residentes ou não na área do CS em 22 dos 33 CS que responderam à questão. Esta possibilidade de acesso, proporcionada pela maioria dos CS que têm atendimento organizado para jovens, mostra que existe sensibilidade para as exigências de anonimato e confidencialidade na relação com os serviços que caracterizam este grupo.

Em relação à idade, na grande maioria dos casos (68,6%), não existe limite de idade no acesso às consultas. Este facto vem também ao encontro das necessidades e características de desenvolvimento deste grupo etário vulnerável.

Estes resultados vão ao encontro das recomendações para o atendimento aos adolescentes da DGS e da Sociedade Americana de Medicina do Adolescente no que se refere às características de disponibilidade e acessibilidade da consulta e flexibilidade do atendimento.

O planeamento familiar foi apontado pela maior parte dos CS (72,7%) como a actividade principal destas consultas e só 31,8% utilizava esta consulta para prevenção de comportamentos de risco ou outros cuidados (36,4%).

Conclui-se que a saúde sexual e reprodutiva é o elemento fundamental destas consultas, o que nos parece insuficiente e redutor, dado que é muito mais vasto o conjunto de preocupações referidas pelos jovens em termos de necessidades de aconselhamento (Oppong-Odisen, 1997). Este facto remete-nos para a necessidade de diversificar a oferta de cuidados e aconselhamento nestes locais, levantando-se a questão da formação dos profissionais envolvidos nestas consultas, muitas vezes só clínicos gerais e enfermeiros, sem apoio de outras especialidades que permitam a abordagem de outros problemas.

4.8. Atitude face à Dor

O estudo evidencia que a grande maioria dos CS manifesta preocupação e diz valorizar a dor desencadeada por actos praticados pelos profissionais (93,3%) justificando, em 74,7% dos casos, o porquê da sua atitude. Estes resultados vão ao encontro da preocupação evidenciada pelos trabalhos desenvolvidos nas últimas dezenas de anos, alertando para as consequências psicossomáticas negativas da dor intensa e respectivos riscos e para a importância do seu tratamento.

Esta situação é contraditória com o facto da maioria dos CS que manifestaram preocupação com a dor na criança não dispor de procedimentos instituídos para combater a dor nas várias situações estudadas, como se pode verificar em 80,9% dos CS no caso do "teste do pezinho", em 57,3% nas vacinas, em 71,9% na administração de injectáveis, em 57,3% na realização de pensos e 86,2% na manipulação dentária.

A situação torna-se ainda mais complexa se atendermos a que a explicitação dos procedimentos adoptados nem sempre é precisa ou tecnicamente correcta.

Os resultados encontrados confirmam que não existem quer *guidelines* quer *mindlines* em relação ao combate à dor da criança provocada pelos procedimentos "rotineiros" executados nos CS, o que nos leva a supor que esta estará exposta com frequência a dor física que poderia ser tecnicamente reduzida ou evitada.

Estes dados obrigam a uma reflexão mais profunda sobre as representações mentais da dor, preconceitos e ideias feitas, enraizados na sociedade em geral e também ainda no subconsciente dos técnicos de saúde. Assim, profundamente entranhada dentro de nós, mantém-se a convicção que a dor é inevitável, impossível de controlar e até necessária e benéfica para o fortalecimento do carácter, devendo portanto ser suportada e aceite com resignação.

Neste caso, exactamente pelo facto de não serem totalmente conscientes e portanto reconhecidas e identificadas pelos próprios, são ainda mais difíceis de ultrapassar e modificar algumas das atitudes e práticas existentes.

5

CONCLUSÕES

5. Conclusões

As condições em que se processa o atendimento em SI são muito diversas em termos de recursos existentes e sua organização.

1. O número de profissionais existente nos CS é inferior ao desejável seja qual for a categoria considerada, pelo que é muito forte a probabilidade de advirem daí problemas de acesso e de qualidade dos cuidados, nomeadamente no que às crianças diz respeito.

2. A maioria dos CS tem um enfermeiro que se ocupa especificamente da SI.

3. Um grupo considerável de CS não tem a sua estrutura física adaptada ao atendimento a crianças, nomeadamente no que se refere a espaços de consulta, salas de espera e instalações sanitárias.

4. Alguns profissionais não utilizam nem o horário, nem o espaço próprio para atender as crianças.

5. Um pequeno grupo de CS não dispõe de consultas de vigilância em SI para as crianças inscritas sem médico de família.

6. Os atendimentos especiais são a principal alternativa para as situações de doença na ausência do médico de família e das crianças sem médico de família atribuído.

7. É frequente as crianças não terem qualquer atendimento diferenciado quando vistas em consultas e serviços predominantemente utilizados por adultos.

8. A maioria dos CS faz coincidir os horários das consultas com os horários da vacinação.

9. Na maioria dos casos, o primeiro contacto do recém-nascido com o CS não é exclusivamente de natureza administrativa e é visto como uma oportunidade para uma acção de educação para a saúde ou de observação da criança.

10. As características do atendimento a adolescentes não ficaram perceptíveis no estudo, dado que maioria dos CS não refere ter nenhum processo organizado para atender este grupo vulnerável.

11. Nos CS que referem ter atendimento específico para adolescentes, a oferta de cuidados centra-se fundamentalmente na área do planeamento familiar.

12. Os CS referem valorizar a dor, mas não existe tradução dessa valorização em procedimentos sistematizados para a combater.

6

RECOMENDAÇÕES

6. Recomendações

(i) Serviços de Saúde:

1 – Cada CS deverá ter um documento que defina o seu modo de atendimento à criança.

2 – Deverá ser redefinido o papel dos vários profissionais nos cuidados prestados à criança, nomeadamente os pediatras, numa perspectiva de intervenção por equipas multidisciplinares e de articulação dos CS com outros parceiros da comunidade.

3 – A DGS deverá definir, com clareza, se partilha ou não da opinião de que as crianças necessitam de um espaço adaptado às suas características e necessidades para serem atendidas nos serviços de saúde, neste caso, nos CS. Se tal opinião for perfilhada, deverá ter tradução nos programas funcionais que orientam a construção e reabilitação de instalações.

4 – Devem ser implementados todos os processos organizativos que tendam a proporcionar uma melhor acessibilidade das crianças e sua família aos cuidados de saúde, assim como a securizá-los em caso de dúvida ou de doença, nomeadamente:

- efectuar as consultas de vigilância em SI com horários pré-determinados em todas as situações;
- disponibilizar pessoal treinado para atender este grupo;
- efectuar o atendimento às crianças em local adequado sempre que as instalações o permitam;
- garantir a continuidade de atendimento e o acesso fácil aos profissionais de referência
  - médico de família ou enfermeiro da consulta de SI (disponibilidade de contacto telefónico e ou pessoal);
- disponibilizar alternativas claras e exequíveis, explicitadas numa definição de um modo de atendimento à criança, que (i) assegurem o acesso às consultas de vigilância a todas as crianças cujas famílias pretendam que tal aconteça nos serviços públicos de saúde e (ii) que garantam uma resposta adequada no caso de doença;
- organizar o acolhimento no primeiro contacto da criança com o CS;
- organizar o acolhimento/atendimento aos adolescentes tendo em atenção as especificidades deste grupo etário, investindo nas seguintes áreas:
  - criação de equipas pluridisciplinares para este efeito, constituídas por médico de família, enfermeiro, psicólogo, técnico de Serviço Social;
  - formação destes profissionais na área da saúde do adolescente, com oportunidades de supervisão e discussão de casos (clínicos) e orientação dos mesmos sempre que se identifique necessidade de apoio especializado (para consultas especializadas);
  - facilitação das condições necessárias ao atendimento dos jovens (espaço, tempo, privacidade, disponibilidade, etc).

5 – A dor na criança deverá ser abordada de forma generalizada e institucional a nível dos CS, através da elaboração de procedimentos e de formação sobre os mesmos, de forma a orientar a acção dos profissionais nas situações mais comuns. Esta recomendação é extensível a outros aspectos da saúde da criança e do jovem.

6 – Impõe-se reforçar todas as medidas para promover a necessária mudança de atitudes, nomeadamente:

- continuar a discutir o problema da dor na criança, os seus riscos, consequências e tratamento, quer entre os profissionais de saúde, quer com as famílias, utentes, associações de doentes, etc;
- conceber e distribuir folhetos informativos sobre este tema, destinados à criança, família e utentes dos serviços de saúde em geral;
- implementar a investigação na área da dor;
- aumentar o número de profissionais nos serviços e a respectiva formação nesta área, de forma a incrementar a sua disponibilidade e competência para a avaliação e tratamento da dor na criança.

(ii) Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança (IAC):

Na sequência deste estudo, o Sector da Humanização deverá:

1. implementar a investigação na área da dor, nomeadamente através de um novo estudo agora mais orientado para as lacunas detectadas e com maior incidência sobre os aspectos da dor.

2. Promover encontros e discussões para divulgar os resultados (continuar a discutir o problema da dor na criança, os seus riscos, consequências e tratamento, quer entre os profissionais de saúde, quer com as famílias, utentes, associações de doentes, etc).

3. Conceber e distribuir folhetos informativos sobre este tema, destinados à criança, família e utentes dos serviços de saúde em geral.

6

II PARTE - OPINIÕES SCRIPTO

A FISIOPATOLOGIA* DOS CENTROS DE SAÚDE

* Estudo das funções do organismo doente

*J. M. Ramos de Almeida***

AS CARREIRAS

Em meados do século passado, a carreira médica resumia-se à carreira universitária e à dos Hospitais Civis de Lisboa (HCL), não menos importante que a primeira. Decalcada da dos *Hôpitaux de Paris* era como que feita por medida para nós, para os nossos defeitos e qualidades.

Eça de Queiroz definiu-os magistralmente pela boca do administrador João Gouveia em *A Ilustre Casa de Ramires*: "fogachos de entusiasmo que acabam logo em fumo (...) o desleixo, a constante trapalhada nos negócios (...) a imaginação que o leva sempre a exagerar (...) um espírito prático sempre atento à realidade útil (...) a viveza, a facilidade em compreender, em apanhar (...) a esperança constante no milagre (...) a vaidade, o gosto de se arrebicar (...) um fundo de melancolia, apesar de tão palrador (...) a desconfiança terrível de si mesmo." [1]

Assim, ficámos impiedosamente retratados *à la minute*.

A carreira dos HCL constava de sucessivas provas públicas, teóricas de patologia e de terapêutica e clínicas, quer com relatório escrito, quer em face do doente – chamavam-lhes provas de caras. Os candidatos excediam largamente as vagas e cada prova obrigava a uma longa preparação.

Havia sempre uma grande assistência, porque as cenas tragico-cómicas de ignorância ou, pelo contrário, de inteligência, sabedoria e senso clínico eram frequentes e também porque os membros do júri gostavam de exibir durante o interrogatório a sua fatuidade e a sua veia histriónica. Essa assistência era, até certo ponto, um freio à fraude, tomando partido pelos melhores e apontando qualquer prepotência ou injustiça. Terminado cada um dos sucessivos graus do internato, que duravam entre dois e cinco anos, ficava-se de novo no desemprego, o que era um forte estímulo para se lançar ao concurso seguinte, recomeçando o ciclo de estudo intensivo e de provas difíceis. Assim, a carreira dos HCL baseada em concursos de competição por mérito relativo, obrigava a preparações repetidas durante anos – um seguro acicate para a nossa natural indolência e *laisser-faire*. Era o que hoje se designaria por formação contínua. Os *happy few* que chegavam ao cume da montanha – categoria de assistente hospitalar, assim se chamava então – conseguiam um cargo vitalício, acedendo só mais tarde por antiguidade ao de director. O lugar de assistente dos HCL era muito prestigiado e profissionalmente recompensador pela responsabilidade de ter a seu cargo uma vasta população hospitalizada ou ambulatória e, também, pela oportunidade para dar formação, pelo saber, pelo engenho e pelo exemplo aos internos da equipa. O horário hospitalar era em *part-time*, das 9h00 às 13h00, mas, na maioria dos casos, era cumprido com assiduidade e pontualidade.

Embora não perfeitamente estruturada, era em muitos aspectos uma excelente carreira.

Por incrível que pareça, não descansaram enquanto não a desmantelaram – e esta palavra parece-me a mais adequada. Alguns cérebros iluminados pela medicina anglo-saxónica, enchiam a boca com os termos *curriculum vitae* (CV) e preconizavam e conseguiram que o concurso por provas fosse totalmente substituído pela avaliação curricular. Ignoravam que CV fidedignos só se conseguem com uma actividade em dedicação exclusiva (não só de nome, mas real) e que a vida hospitalar só assim assegura um autêntico conhecimento dos internos e daí uma correcta avaliação. Como isto raramente acontecia, as informações para a avaliação curricular eram dadas em cima do joelho e, regra geral, insufladas pela má consciência dos próprios avaliadores que eram os primeiros a não dar o exemplo de dedicação e disso se resgatavam, elevando exageradamente a fasquia das classificações. Em síntese: informações curriculares que pecavam por subjectividade, não cimentadas por outras seguramente objectivas. Destas avaliações suspeitas resultou uma crescente percentagem de concursos impugnados por todos os que se julgavam prejudicados, levando a um longo impasse na evolução das carreiras.

Paralelamente, a carreira universitária - doutoramento, agregação, concurso para catedrático - dava uma boa preparação geral, à qual só faltava o referido acicate da feroz e contínua competição.

Muitos faziam as duas carreiras, optando, no fim, pelo lugar que mais os seduzia ou que mais lhes convinha ou, até, por ambos. O autor tem autoridade para as comparar porque fez as duas carreiras de ponta a ponta e hoje sente que a dos hospitais, mais árdua, contribuiu muito melhor para a sua formação. Verdade seja que foi uma carreira privilegiada por ter como assistentes Vasco Ribeiro Santos, Jaime Celestino da Costa, Leopoldo Laires, Horácio Menano e Luís Manuel Pena Monteiro Baptista, descendentes em primeira geração do professor Francisco Pulido Valente, o homem que mais alto soube elevar a nossa prática clínica.

Para os que não tinham conseguido acesso nestas duas carreiras, havia outras hipóteses como lugares por escolha e nomeação o que frequentemente significava nepotismo ou compadrio – intervenção de *lobbies* políticos ou religiosos ou maçónicos ou desportivos – a história do costume, que ainda não terminou. Acedia-se a hospitais estatais ou privados, empresas, forças armadas, seguros, autarquias, misericórdias. Eram chamados os "tachos", porque a sua principal missão era contribuir para encher os mesmos.

Havia finalmente a tentativa da prática independente de clínica privada, sempre um caminho agreste e não isento de riscos, principalmente para os doentes. Hoje em dia esse caminho seria inexequível. Em última análise, surgia a confortável opção por um casamento abastado o que, especialmente na província, não era difícil porque, noutros tempos, os doutores eram ainda figuras prestigiadas.

OS ORGANISMOS

A partir de certa altura, surgiu a carreira dos Serviços Médico-Sociais (SMS), as caixas, também, por alguma razão, chamadas as *boîtes*. O que se segue sobre a assistência no SMS é apenas o resultado de testemunhos ouvidos a muitas famílias que seguia no consultório, pois devo confessar, e disso me gabo, que nunca pertenci ao corpo clínico dos SMS. Os SMS eram olhados pelos médicos como sucedâneos, uma última hipótese, uma actividade triste, sem estímulo, nem prestígio, nem futuro. Era, afinal, um outro tacho. Não se exigia muito dos médicos, mas estes também não davam muito. Médicos desmotivados e utentes – aqui o termo estará adequado - ignorantes dos seus direitos, tudo contribuía para, salvo raras e honrosas excepções, um certo relaxamento.

Era uma medicina burocrática que tinha como actividade primacial dar baixas, pedir exames complementares, passar receitas, por vezes requisitados ou prescritas por outros. Pela razão já referida de má consciência, todos estes actos - baixas, requisições de exames, terapêuticas com fármacos de última geração - eram exagerados com consequências económicas desastrosas: buraco da Saúde 1.

Nos SMS, para além destas insólitas actividades, o acto médico tinha muito de especial: a história, o exame objectivo, a etiologia e a patogenia eram menosprezados. Praticava-se uma medicina de tratamento sintomático, centrada nas queixas que incomodavam os doentes. Com o Dr. Knock[2], considerava-se todo o cidadão um doente potencial, fomentava-se ou valorizava-se qualquer queixa, agindo depois em conformidade. Na dúvida, requisitavam-se exames cada vez mais onerosos e sofisticados (TAC, ressonância magnética, estudos hormonais): buraco da Saúde 2.
Era uma actividade médica burocrática relativamente ao doente, mercenária relativamente ao médico.

A partir de 1983, esta conjuntura mudou com a integração dos primeiros Centros de Saúde (CS) nos postos dos ex-SMS, aumento do prestígio das carreiras de Medicina Geral e de Saúde Pública e alargamento do espírito de Medicina Familiar: uma prática alicerçada na prevenção, no ensino, na reabilitação, na saúde ambiental, social e emocional. A preparação dos médicos de clínica geral foi alargada à competência em saúde infantil, do recém-nascido ao adolescente. Organizou-se a colaboração dos CS com os hospitais.

O ambiente geral altera-se: passa-se da dramatização da acção dirigida a casos esporádicos para uma assistência integrada e equilibrada com todos os elos da vida familiar. As famílias começam, de alguma forma, a perceber os mecanismos de funcionamento dos CS, a confiar, a cumprir.

De tudo isto, resultou uma significativa baixa da mortalidade infantil.

Nasceram assim os actuais CS, não perfeitos mas indiscutivelmente superiores no campo da eficácia e da realização profissional.

A POPULAÇÃO

Julgo que não haverá nada tão compensador para um médico como trabalhar rodeado pelas pessoas que assiste e por cuja saúde se responsabilizou. Entre muitos, sentiu-o João Semana, sentiu-o Fernando Namora e sente-o o chefe de clínica no meio da sua enfermaria ou o director no hospital que dirige. Sente-o hoje o médico de família no CS.

Penso, às vezes, que gostaria de exercer a minha profissão na ilha do Corvo, único médico entre a população ali concentrada e cercada de mar por todos os lados. Embora sem a mesma força territorial, isto também acontece numa aldeia, numa pequena vila, num bairro da cidade. E assim se cria uma forte relação médico-doente. Estará conseguido o primeiro passo para o funcionamento de um CS: número, identificação, moradas, idades, profissões dos pais, nível social, condições materiais, tudo isto se irá reflectir na vida das crianças. Depois, virá um primeiro contacto, uma primeira impressão à Conan Doyle, do tipo de personalidade, temperamento, medos, angústias, esperanças, ambições. Esta primeira impressão será o início de uma relação que irá crescer e desenvolver-se e aperfeiçoar-se no futuro.

Gradualmente, cada criança terá a sua ficha com história pregressa, história familiar, doença actual, exame objectivo e exames complementares. No cabeçalho, juntamente com a identificação, ficarão as palavras-chave que, na maioria dos casos, permitirão estar a par da situação com uma simples vista de olhos. Os pais deverão ser informados de que, salvo em casos mais especiais, terão periodicamente exames de rotina, o que lhes trará segurança e tranquilidade. Todas as consultas excepto as urgentes serão previamente marcadas. Terminará de vez a degradante situação da ida de madrugada para a fila do médico, a conseguir a vez. A consulta seguinte ficará logo marcada e será entregue aos pais um cartão com a data e a hora. Os intervalos entre as consultas crescem paralelamente com a idade: mensais até aos 6 meses, de 2 em 2 meses ao ano, trimestrais durante o segundo ano e depois de 6 em 6 meses.

O tempo normal de uma primeira consulta será cerca de 30 minutos, as outras serão mais breves, conforme o caso. Diariamente, o médico destinará uma hora para contactos telefónicos e as urgências. Essa hora será conhecida dos doentes, que a utilizarão sempre que achem necessário. Assim, se resolverão muitos casos – aguardar, mandar vir o doente para uma breve consulta, enviá-lo para exames ou tratamentos inadiáveis a um serviço de urgência – o que libertará o tempo do médico e dos pais e trará uma segurança adicional às famílias. No recurso a especialidades pediátricas, é útil que seja escolhido alguém relacionado com o médico de família, de modo que falem a mesma linguagem e facilmente se entendam. Para a observação dos exames complementares, pequenas entrevistas de alguns minutos bastarão e, de novo, os pais ganharão tranquilidade.

Escusado será dizer que este tipo de medicina não pode acontecer sem pontualidade – sinónimo de rigor, precisão, exactidão.

É que o acto médico não se compadece com pressas ou omissões. Além disso, um médico não pontual dá uma péssima imagem de si e da sua prática.

Os médicos têm uma longa habituação a viverem libertos do dever da pontualidade. Pensam até que estar atrasado prestigia, que significa muitos doentes, muitas "operações de barriga aberta", muitas conferências e também assim o pensam alguns doentes, ou por ancestral masoquismo ou porque sentem orgulho na hiper-actividade do seu médico.

É necessário acabar com estes falsos privilégios que só reflectem incúria, falta de organização e de respeito pelos outros, por si próprios e pela função que exercem. Cabe ao director do CS dar o exemplo e, se for necessário, exigir e punir. No Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos, aprendi que paradoxalmente os médicos se riem das penas do Código Deontológico - advertência, censura e suspensão - e só respeitam as penas pecuniárias ou as difundidas pelos meios de comunicação.
Compete ao director do CS saber incutir um espírito de missão que evitaria tais extremos.

A RELAÇÃO

Todos os fenómenos sociais se guiam pela segunda lei da termodinâmica, norma inexorável mas que apetece tentar apurar.

Na relação médico-pais, o primeiro passo é a escolha do médico que, se afirma, deve ser livre. O problema é não haver escolhas livres. Desde logo, a escolha está limitada geograficamente, depois os conselhos de familiares, de amigos e dos próprios médicos irão condicioná-la. Penso que as escolhas mais satisfatórias e eficazes são as dos amigos. As de médicos, por exemplo, de um obstetra para um pediatra, estão mais arriscadas a falhar. Suspeitar-se-á e, por vezes com razão, de cumplicidade, e o pediatra ficará, para sempre, com a sua liberdade coarctada e manietado por ser o colaborador daquele obstetra e, logo, desde o nascimento, exactamente a fase em que mais carece de total independência.

Após a recomendação virá o primeiro contacto, um passo sempre importante: ou se estabelece um fluido ou não. E se não – tão indispensável é a empatia nesta relação – o mais aconselhável será seguir outro caminho.

Os pais só se sentirão bem com a sensação da segurança de que escolheram acertadamente e, pelo seu lado, o médico com a sensação de que foi ele mesmo o escolhido e por alguma razão admissível. Isto parecerá muito natural, mas nem sempre assim acontece.

A partir daí, a relação cimenta-se com sucessivos contactos que por vezes duram gerações e serão a mais forte razão para a eficácia do acto médico. Mas esta relação deve ser gerida e cabe ao médico, pela sua estabilidade, experiência e segurança, controlá-la, evitando todos os mal-entendidos e excessos que levem à sua deificação e à perca da justa medida das coisas, manietando as famílias e tolhendo a sua liberdade.

Para o efeito, não hesitar em pensar em voz alta, deixando transparecer as dúvidas que sempre surgem e, destruindo *in herbis* o figurino do profissional omnisciente e omnipotente.

Assim se formará gradualmente a população que vai constituir uma clínica – grupo de pessoas assistidas por um médico. Estas pessoas acabarão necessariamente por ter muitas coisas em comum: padrão social, gostos, temperamento, atitudes perante a doença, regras de conduta. E a razão é simples: essas pessoas aprenderão com o médico, comportamentos e ao médico, confrontado com as famílias, acontecerá o mesmo. A clínica constitui assim um bloco que cresce em profundidade com os irmãos que vão nascendo e em superfície, com sucessivas camadas concêntricas, os amigos que se vão agregando. É por isso, por esses gostos e necessidades comuns, que uma clínica acabará por ser, embora pareça chocante, como um bem imobiliário que se pode transmitir. A prática é usual nos Estados Unidos da América. E tão forte é a sua coesão que estas transmissões só resultarão se acontecem entre médicos com idênticos modos de estar e personalidades do mesmo tipo. Se isso não acontecer, a clínica desagregar-se-á e volatilizar-se-á.

AS MANEIRAS DE ESTAR

A maneira de estar em Medicina transmite-se e aprende-se e, como para tudo, quanto mais cedo acontecer mais profunda a impressão. Em tempos, escrevi um artigo "Os Primeiros Educadores dos Médicos"[3] onde defendia que para as crianças que viessem a seguir Medicina, os primeiros educadores seriam os seus próprios médicos assistentes. Hoje, na minha maneira de estar perante as crianças e as famílias, encontro, a cada momento, tiques passados a papel químico dos meus dois médicos assistentes e como homenagem pelo que me ensinaram, cito-os aqui: o Dr. Manuel Marques da Mata, genuíno médico de família em Carcavelos, e o Dr. Álvaro de Lacerda e Melo, genuíno médico de família em Cascais.

Uma clínica é uma população de pessoas unidas em volta de um médico. São fortes os laços que os prendem e enormes as obrigações, pois os médicos não podem esquecer que têm nas suas mãos a vida do maior bem dos pais. E só a consciência dessa importância e dessa responsabilidade nos compensará do esforço de estar de chamada, 24 horas por dia, 365 dias por ano e da tensão de assistir crianças em risco grave. Diga-se de passagem que isto só acontece na clínica privada, e não nos CS, mas não faz mal lembrar que, embora compartimentado com horários, o espírito da clínica deve ser este. O cuidado e o permanente desassossego serão compensados por viver cercado de centenas de famílias cujos filhos ajudámos a crescer e pelas inapagáveis recordações das boas e das más horas; e mais tarde, ao surgir uma segunda geração, com pais-ex-crianças a quem se assistiu e avós-ex-pais dessas mesmas crianças, podemos pensar que afinal valeu a pena.

AS PALAVRAS

Apareceu recentemente nos estabelecimentos de Saúde, não se sabe se por geração espontânea como reacção a anos de humilhação ou se por ordem de serviço emanada do encéfalo de algum gestor, um tratamento a que se pode chamar: "o senhor José", senhor para a hipotética consideração, José para a identidade. Por habituação, muitos doentes permanecem indiferentes a qualquer tipo de tratamento e por isso não estranharão. Outros, ou pelo grau social, ou pelo grau profissional, nunca assim foram tratados e, por mais despretensiosos que sejam, não poderão deixar de estranhar e mais ainda se diminuídos por doença própria ou de um filho. O facto não é agradável. Curiosamente, tem maior acuidade, exactamente entre os médicos. Chamam-lhe os ingleses, mestres na hierarquia social: passar para o outro lado do lençol. Já por várias vezes ouvi a médicos a indignação que sentiram ao presenciarem o tratamento de "o senhor José", aplicado a colegas muito prestigiados, no próprio hospital em que trabalharam e por pessoal que não ignorava de quem se tratava, enquanto ao mesmo tempo se dirigiam a outros médicos presentes, mas que ainda se mantinham na posição vertical, por senhor doutor.

Todas as pessoas normais estranharão mas os médicos são os que melhor perceberão como isto deve ser doloroso.

Montesquieu desabafou: *ce n'est pas la mort qui m'inquiète, c'est mourir*.[4] Penso que se referia ao rebaixamento da situação e à incapacidade para lhe fazer frente. E Aragon, na mesma situação, reiterou: *je fais mon mieux* e julgo que queria dizer que estava a fazer o possível para entrar rapidamente em coma de modo a não incomodar mais e, talvez também, deixar de ser incomodado.

Que razão terá havido para que este hábito antes inexistente se propagasse como a gripe aviária? Não se pode deixar de pensar em alguma inconsciente vendeta, nascida em seres que durante anos se sentiram humilhados e verificaram que chegara a hora da indemnização.

O que está escrito acima é mais um desabafo de um médico, porque às crianças não se aplica. Tratam-se pelo nome próprio, o que é carinhoso e está certo, e aos pais é fácil tratá-los por "Pai" ou por "Mãe". No caso das crianças e dos pais, o que há a controlar é os excessos de paternalismo, muitas vezes desajustado e ridículo.

AS ATITUDES

A maior pecha social do pessoal de saúde é a arrogância. Nada tem a ver com a arrogância associada ao poder, à fortuna, ao saber, à linhagem. É uma arrogância menor, de soberba e presunção de estatuto ou posição. Atinge muitos, mas é mais notória nas hierarquias mais baixas. Acontece também em alguns médicos e, de novo, foram os anglo-saxónicos a baptizá-la: "*Doctors playing God*".

Circulam sérios, secos, hirtos, distantes, com os olhos focados no infinito, verdadeiros Senhores-Todo-Poderosos, abrindo caminho entre os comuns mortais que, resignados, esperam nos corredores. Há indícios de que esta espécie de médicos começa a estar em vias de extinção e há a esperança de que estes indícios se concretizem. Entretanto, este jeito vai-se atenuando com a idade e o *status* e cresce com a insegurança e a ignorância. Neste caso, é uma atitude que significa: não ouses aproximar-te, nem me faças perguntas, porque não te respondo. E porventura aí estarão a falar verdade, não respondem porque não sabem e não o querem confessar. Ignoram a favorável reacção dos doentes ou das famílias quando o médico confessa francamente que não sabe. E é natural porque quem assim o confessa tem conhecimento dos escolhos do *métier* e mais, tem o estofo psíquico necessário para enfrentar a situação. Para os ouvidos de qualquer médico experiente, as palavras "não sei" são a melhor prova de confiança e de honestidade.

Pelas mesmas razões, o sorriso é a melhor arma do médico, e tanto que um trabalho publicado há anos nos Estados Unidos da América provou que os médicos que sorriem, raramente têm processos disciplinares. Foi essa também a minha experiência em seis anos no Conselho Disciplinar do Sul da Ordem dos Médicos. O sorriso significa que um médico está tranquilo e confiante. E mesmo que o caso seja muito grave, o sorriso reflecte uma atitude positiva, a opinião de que o doente tem direito à esperança que nunca lhe deve ser roubada, tão incertos são os nossos diagnósticos ou prognósticos.

Com isto em mente, estive recentemente cerca de três horas no balcão de homens de um hospital da periferia a acompanhar um amigo com a suspeita de uma insuficiência coronária e entretive-me a avaliar a prevalência dos sorrisos enquanto aguardávamos os resultados dos exames. Em mais de uma dezena de médicos e enfermeiros, apenas uma senhora sabia sorrir e fazia-o, conversando com os doentes enquanto colhia sangue. À saída não resisti e alto e bom som cumprimentei-a e expliquei a razão porque a cumprimentava e ela sorriu mais uma vez.

Outra boa terapêutica para a tensão emocional é química: o café. Isto não quer dizer que o sorriso seja químico mas acredito que possa ser. Para tomar o café, os médicos vão à cafetaria e é humano que essa ida se prolongue, esquecidos a discutirem a justiça do cartão vermelho. Por isso, os ingleses e americanos fazem circular carros com café, chá, refrescos e bolos que compartilhados entre os doentes, as famílias e o pessoal serão outros antídotos para o stress e mais um estímulo para uma boa relação.

Mas os americanos vão mais longe. Têm aulas onde ensinam quais as palavras a dizer e quais calar, como se de um papel teatral se tratasse. Para a espontaneidade de um latino, para a autenticidade de um forte carácter, aceitar isto não é fácil. Um médico não é um papagaio amestrado e por vezes o discurso ensinado é uma espécie de diálogo à Ionesco, dirigido pelo absurdo. Também o observou um autêntico *newyorker*, Woody Allen, que num filme incarna alguém aterrorizado com a hipótese de ter um tumor cerebral, cujo terror se agrava com a conversa de um médico sem honestidade nem humanidade, conversa artificial porque não sentida.

Os tempos mudaram. Antes, a solidariedade era pessoal, humana, sensível, íntima, directa; hoje tende a ser social, técnica, cega, indiferente, computorizada.

Palavras só resultarão se interiorizadas e se no interior encontrarem um eco autêntico de comiseração e de ética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montesquieu, *Lettres persanes*, Paris, chez Firmin Didot Frères, 1938.
2. Ramos de Almeida, J. M., «Os Primeiros Educadores do Médico», Lisboa, *Vício de Pensar*, Grifo, 1998.
3. Romains, Jules, *Knock ou le Triomphe de la Médecine*, Paris, Librairie Gallimard, 1924.
4. Queiroz, Eça de, *A Ilustre Casa de Ramires*, Porto, Livraria Chardron de Lello & Irmão, 1920.

** Pediatra, Membro do Conselho Consultivo do Sector da Humanização do IAC

CUIDADOS À CRIANÇA. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A COMUNIDADE

*Artur Duarte**

Que Cuidados de Saúde Primários as crianças e jovens actualmente necessitam?

Que estratégias existem ou deverão existir para que todas as crianças usufruam desses Cuidados?

Quando falamos em Saúde é já consensual que não nos limitamos a considerar a ausência de doença mas, num sentido mais lato, à condição que permite o desenvolvimento pleno das capacidades de cada indivíduo, a um conjunto de circunstâncias que propiciam o melhor desenvolvimento possível físico, psicológico, social e moral. Não há boa Saúde sem boas condições de ambiente, habitação, educação etc.

Quando falamos de Cuidados de Saúde Primários, referimo-nos ao conjunto de cuidados que são necessários para que exista uma boa saúde do indivíduo e da comunidade e que não se baseiam, no caso dos cuidados médicos, em tecnologias muito diferenciadas e específicas só possíveis em instituições hospitalares (Hospitais centrais ou distritais).

Os indicadores de saúde mostram que a nossa posição é semelhante à dos países desenvolvidos, o que mostra que os cuidados médicos têm sido eficazes, como resultado da acção, quer das estruturas centrais, quer dos elementos no terreno, embora a eficiência e a qualidade do serviço prestado deixe frequentemente muito a desejar. No futuro é necessário centrar a prestação de cuidados médicos numa permanente actualização e desenvolvimento das capacidades clínicas, no respeito pelos outros como instrumento de humanização da medicina e na exigência de justiça social de forma a promover o acesso de todos aos melhores cuidados de saúde, quer em termos individuais, quer de Saúde Pública.

Os Cuidados de Saúde Primários dirigidos às crianças e aos jovens têm como objectivo alcançar e manter para cada um o melhor nível de saúde possível. Devem basear-se na promoção e incentivo para uma vida agradável, com qualidade e valores morais, sociais, éticos, nacionais e internacionais, de progresso e desenvolvimento.

Nas últimas décadas, verificaram-se profundas e importantes alterações nos factores condicionantes da saúde das crianças e jovens. Actualmente os seus problemas de saúde têm de ser considerados numa perspectiva global. As soluções propostas ultrapassam o âmbito restrito dos profissionais e dos serviços de saúde, sendo cada vez mais necessário acções concertadas interdisciplinares englobando outras áreas como a Educação, a Segurança Social, a Justiça e a Administração Autárquica.

Torna-se fundamental a existência nas estruturas de saúde de um Núcleo/Grupo/Equipa/ Interlocutor de Saúde Infantil a nível local (área geográfica do Centro Saúde ou Extensão) que, numa perspectiva da "população total infantil e juvenil residente" fomente as medidas que visem a prevenção da doença e a manutenção e promoção da saúde e do bem-estar óptimo a cada criança e jovem nessa comunidade.

Este núcleo, enquadrando-se no espírito e trabalho dos médicos e enfermeiros prestadores de cuidados de saúde primários, deve colaborar na análise da situação da Saúde Infantil e Juvenil, na elaboração, execução e avaliação dos planos de actividades dos Centro de Saúde, estabelecendo a articulação com o nível técnico-normativo da Unidade Local de Saúde e a nível assistencial com o hospital respectivo, aliando e responsabilizando todos os prestadores de cuidados públicos ou privados.

Este núcleo ao nível do terreno sinaliza e acompanha os casos de risco (deficientes, doenças crónicas, maus tratos, problemas sociais, económicos e outros casos de grau elevado de vulnerabilidade) da sua área de influência, providenciando para que tenham os cuidados clínicos que necessitam, reúne periodicamente com os representantes da Segurança Social, Escola (equipas de Saúde Escolar e de Educação Especial) e Autarquia para, numa revisão repetida dos seus processos, tentar resolver os problemas e dar o melhor encaminhamento possível às diferentes situações.

Esta estrutura terá um papel importante no desenvolvimento de uma adequada continuidade na prestação de cuidados, nomeadamente através de uma melhor interacção entre os diversos níveis de cuidados, na troca de informação e melhoria da comunicação.

A finalidade será o enquadramento de todas as actividades dirigidas à Saúde das crianças a nível local (área do Centro ou Extensão de Saúde) fomentando a participação conjunta dos vários agentes a elas ligados (Escola, Segurança Social, Justiça, Autarquia, Religião, Cultura, Desporto).

Na Saúde Infantil e Juvenil, é preciso estar particularmente atento ao período entre o nascimento e a entrada na escolaridade obrigatória, os primeiros dias e meses de vida, o relacionamento com os pais e outros familiares, o local onde a criança passa a maior

parte do tempo, com a mãe, com os irmãos, com os avós, na ama, na creche ou jardim infantil. À medida que a psicologia e pedagogia vão avançado, bem com a experiência clínica acumulada, *assume importância primordial a criação das condições para que as crianças desde o nascimento até entrada na escola tenham possibilidade de desenvolverem as suas aptidões sem estarem coarctadas por múltiplas causas, como ausência de meio estimulador, negligência, maus tratos activos e passivos, climas emocionais perturbadores, visando prioritariamente a obtenção dos seu pleno potencial de desenvolvimento.*

Nota-se em muitas famílias uma degradação dos valores morais e educativos que deveriam presidir às relações entre os seres humanos de forma a existir um harmonioso desenvolvimento de cada um e da sociedade. Em muitos casos os valores individuais de honestidade, da verdade, da disciplina, do sentido de ordem, do desejo de aperfeiçoamento ou os valores de justiça social, de cooperação, de respeito pelos outros, de sentido de responsabilidade, de respeito pela dignidade humana, estão ausentes ou são esquecidos em vez de enaltecidos. Para não falar nos valores nacionais tão fora de moda, de patriotismo e consciência nacional.

Penso que é necessário, no início deste novo século, ter a consciência do renascer da importância do social no campo da Pediatria e é imperioso a união de todos os que lidam com crianças na promoção dos valores humanos consensuais.

* Pediatra,
Membro do Grupo de Apoio Técnico do Sector da Humanização do IAC

FORMAR PARA ATENDER CRIANÇAS NA COMUNIDADE

*Ana Maria Ferrão**

A evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal nos últimos cinquenta anos é um dos indicadores que melhor retrata o desenvolvimento do país neste período, com uma contribuição indiscutível do seu Sistema de Saúde. De acordo com dados da OCDE, esta taxa desceu de 77,5 óbitos por mil nados vivos em 1960, para 3,8 em 2004 sendo hoje uma das mais baixas taxas do mundo.

O livro recentemente publicado *Cuidados de Saúde em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*[1] que descreve e analisa a implementação dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal, demonstrando simultaneamente as vantagens de uma maior orientação dos sistemas de Saúde para os CSP, analisa a evolução desta taxa ao longo do tempo e os diferentes contributos para este sucesso.

De acordo com os autores, a prestação de cuidados de saúde às crianças em serviços públicos está cada vez mais centrada nos profissionais de saúde dos CSP, em especial médicos de família e enfermeiros. Desde a implementação da carreira de Clínica Geral no início dos anos 80 até hoje, "relativamente à evolução das consultas nos centros de saúde observa-se, para o Continente, um forte crescimento das consultas de saúde infantil e juvenil", representando em 2002 cerca de 10.5% do total de consultas, passando de 1 171 200 em 1980 para 2 953 100 consultas em 2002.

A actuação destes profissionais, além de influenciar a diminuição da taxa de mortalidade infantil na sua componente pós-neonatal, contribuiu para uma diminuição significativa das assimetrias desta taxa entre distritos ao longo do tempo, pois obedece a uma distribuição geográfica que tornou acessíveis cuidados de saúde a populações que anteriormente não os tinham.

Cerca de três milhões de consultas de saúde infantil nos centros de saúde demonstram inequivocamente o papel dos médicos de família na vigilância da saúde das crianças em Portugal. Perante esta realidade e a orientação do Sistema de Saúde Português para os cuidados primários, coloca-se a questão da formação dos médicos de família para prestarem cuidados de saúde com um nível de qualidade que permita não só manter, como melhorar os resultados obtidos.

O Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar (MGF) é um internato bem

estruturado, com uma caderneta de estágio onde estão claramente definidos os conteúdos formativos para cada área assim como as competências a adquirir, e com estratégias de ensino/aprendizagem e avaliação periodicamente debatidas entre as Direcções de internato, orientadores e internos. A formação em Saúde Infantil tem uma componente de formação hospitalar num serviço de Pediatria com duração de três meses e outra ao longo dos três anos do internato, feita no centro de saúde com o Orientador de formação.
Nem todos consideram esta opção a mais adequada, apesar de ser consensual que a MGF é uma Disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica, uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários.

A definição europeia de MGF (Wonca Europa 2002)[2] identificou as onze características centrais que consubstanciam a disciplina, entre as quais se destaca a abordagem centrada na pessoa (através de cuidados longitudinais e de uma relação médico-paciente efectiva) e a modelação holística (uso de um modelo bio-psico-social, levando em conta as dimensões cultural e existencial). Estas onze características centrais que definem a especialidade de MGF podem ser agrupadas em seis competências nucleares essenciais à Disciplina, independentemente do sistema de saúde em que sejam aplicadas:

1. Gestão de cuidados de saúde primários
2. Cuidados centrados na pessoa
3. Aptidões específicas de resolução de problemas
4. Abordagem abrangente
5. Orientação comunitária
6. Modelação holística

Para exercer a especialidade, o interno deve ser treinado a aplicar essas competências na realização das tarefas clínicas, na comunicação com os pacientes e gestão da prática clínica, sem descurar os apectos do contexto sociocultural, da ética profissional, da investigação científica e da aprendizagem e melhoria da qualidade contínuas.

Como médica de família acredito que contar histórias é uma forma de reflectirmos sobre a especialidade que escolhemos e a sua evolução ao longo do tempo como disciplina autónoma, com metodologias e instrumentos próprios. Por isso, decidi pedir a ajuda do João, nome fictício para um menino real, para mostrar o que uma orientadora do internato de MGF entende por "formar para atender crianças na comunidade".

Conheço o João desde os cinco dias de vida quando veio ao Centro de Saúde fazer o teste do pezinho. Foi um encontro rápido, já que este procedimento é realizado pela enfermeira de saúde infantil, que nesta primeira abordagem informa os pais do que propomos para vigilância de saúde dos primeiros tempos de vida do seu filho e como juntos podemos optimizar esse processo. Eu vim apenas para que a Susana me apresentasse o João, seu primeiro filho.
Na verdade, não éramos totalmente desconhecidos. Afinal eu estava junto da mãe quando ouvimos pela primeira vez o seu coração bater, acompanhei o crescimento da barriga, a notícia de que era um menino, a forma ritmada como se mexia e os preparativos para a sua chegada. Não que seja da família, mas sou há muitos anos a médica de família que ajudou a preparar a sua chegada. Muito antes de sabermos que ele viria.

O médico de família é habitualmente o ponto de primeiro contacto do utente com o sistema de saúde, numa relação de proximidade em que o acesso é aberto e fácil e se procura dar resposta a todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão.

Entre outras responsabilidades, o médico de família deve garantir a utilização eficaz dos recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados, e trabalhando em equipa com outros profissionais dos cuidados primários. É ainda um gestor de recursos, fazendo a articulação com outras especialidades e a utilização de recursos comunitários e do sistema de cuidados de saúde para benefício dos doentes.

Quando soube que estava grávida a situação económica da Susana não era das melhores. Estava desempregada e o marido trabalhava muitas horas para dar resposta aos compromissos assumidos com o casamento. Enfrentar dificuldades económicas não era uma novidade na sua vida, ela que viveu uma infância e adolescência conturbadas, uma época que recorda como de "muitas asneiras que fiz e quero deixar para trás" e não seria isso que ia demovê-la do sonho de ter uma família feliz.

A MGF lida com as pessoas e os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida, desenvolvendo uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade. O foco do processo é a pessoa com as suas crenças, medos, expectativas e necessidades. Tão importante como intervir nos processos patológicos é conhecer o paciente, a forma como vive e encara a doença, e estimular a sua autonomia, para que seja um elemento activo na promoção da saúde.

Vi-o pela primeira vez em consulta com vinte dias de vida. Depois, várias vezes no primeiro ano e em todas as outras consultas que programámos segundo o esquema de vigilância habitual, porque a mãe compreendeu e cumpriu bem o seu papel nesta tarefa de ajudarmos o João a crescer saudável.

A prevenção é uma das competências da medicina familiar, através da identificação de riscos e primeiros desvios da normalidade em doentes que o médico conhece, no contexto de uma relação continuada com indivíduos e famílias. Para isso, há um processo de consulta em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, em que cada contacto entre o paciente e o seu médico de família contribui para uma história em evolução, não a simples história bio-médica de modelo hospitalar, mas uma "biografia clínica". A biografia clínica, segundo Falcão Tavares[3], é um método clínico "simétrico", em que há uma participação e investimento mútuos, do médico e do paciente, utilizando uma abordagem sistémica, dinâmica, e focada na relação do paciente consigo próprio, com a família e com a sua memória. Possibilitando que, num mesmo plano, haja acesso ao universo de crenças culturais do paciente e do médico. Como disse Balint [4] "usa a compreensão para que ela tenha um efeito terapêutico" pressupõe o equilíbrio entre efectividade e afectividade, numa atitude transdisciplinar.

E o João cresceu saudável. Teve pequenos problemas como qualquer criança, diarreia, varicela, dor de ouvidos, constipações e tosse, que coincidiram com a entrada para a creche, já a mãe tinha de novo trabalho. Problemas que foi resolvendo por ser um menino forte e saudável, como são quase sempre as crianças que habitualmente têm saúde, mesmo nos breves e auto limitados episódios de doença, que apenas precisam de uma família atenta e pequenas ajudas dos profissionais de saúde.

Os problemas de saúde apresentam-se na comunidade de uma forma muito diferente daquela com que se apresentam nos cuidados secundários, em contexto hospitalar.
Na medicina familiar, o padrão da doença é semelhante ao que se observa na comunidade, com grande incidência de doenças agudas e breves e uma alta prevalência de doenças crónicas e problemas comportamentais.

As doenças graves apresentam-se menos frequentemente que no hospital por não haver qualquer selecção prévia. É assim necessário um processo de decisão clínica baseado no conhecimento quer do doente, quer da prevalência e incidência de doenças na comunidade e na compreensão da diferença do valor preditivo de sinais clínicos e testes de diagnóstico em ambulatório ou em meio hospitalar.

Pequenas ajudas como as conversas sobre amamentação, cólicas, acidentes em casa, escolha de brinquedos e brincadeiras, sono, birras, febre, medos, comida, doenças, hospital, escola, sexo e tudo que uma mãe precisa de conversar quando há uma relação de proximidade e disponibilidade para a ouvir. E não são só conversas sobre o João que ajudam o João a crescer. O sono é o sono do João mas também o sono dos pais, a organização da família para todos poderem descansar, os medos são os medos do João mas também os medos dos pais na difícil tarefa de facilitar a sua autonomia, a comida é a comida do João e também os hábitos alimentares dos pais e a forma como vivem a hora das refeições lá em casa, o sexo é o sexo que os pais idealizaram para o futuro bébé, a sua descoberta da sexualidade e a influência da existência do João na sexualidade dos pais.

Uma das competências do médico de família é a promoção da saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas e, sempre que possível, baseadas em evidência científica adequada, tendo em conta que uma intervenção desnecessária poderá causar dano ao paciente e desperdiçar valiosos recursos de saúde.

O aumento vertiginoso da quantidade de informação a que as pessoas têm acesso na sociedade actual, leva a que o médico de família se posicione como um facilitador da autonomia/responsabilização da pessoa pela sua saúde, assim como da família na sua evolução ao longo do ciclo de vida.

Claro que também o observávamos atentamente, que houve alguns proecedimentos menos agradáveis, como o teste do pezinho, as vacinas ou o "pauzinho" para ver a garganta, algumas vezes foi preciso tomar remédios e, uma ou duas vezes, ir ao hospital onde o mais assustador é não conhecer as pessoas que nos recebem.

O diagnóstico precoce é uma responsabilidade específica do médico de família, especialmente em doenças em que o tratamento precoce afecta o prognóstico. O paciente apresenta-se frequentemente com sintomas que são inespecíficos e comuns a muitas doenças, sendo difícil fazer um diagnóstico nesta fase inicial, com base em informação limitada e numa altura em que o valor preditivo do exame e dos testes clínicos é mais incerto.

O nível de incerteza com que se trabalha em MGF é próprio das disciplinas que lidam com seres vivos, que são sistemas abertos e por isso, complexos. Quanto maior o nível de complexidade de um sistema, maior o grau de incerteza, e isso implica que o médico de família tem de estar preparado para gerir o risco, usando o factor tempo como auxiliar do diagnóstico, depois de excluir uma evolução grave imediata

O João tem hoje sete anos e um irmão de dois anos, o Duarte.
Vem regularmente ao Centro de Saúde, às suas consultas, ou acompanhar a mãe ou o irmão, e, apesar das "picas", conhece bem a enfermeira e a médica que o acompanham ao longo dos anos, gosta de brincar na sala de espera onde há uma casinha onde pode ficar à janela, uma casa de banho que parece de brincar, cadeiras para o seu tamanho e até um teatro de fantoches, embora já só tenha um fantoche. Mas o que gosta mais são os jogos na consulta, fazer construções com cubos e desenhos com lápis de cor.
Quando o João começou a fazer xixi na cama depois do nascimento do irmão e a mostrar dificuldade de concentração na escola, a mãe concordou em vir com ele à psicóloga do Centro de Saúde. Apesar desta intervenção, a professora diz que ele só mostra disponibilidade para trabalhar quando tem atenção privilegiada, desistindo se não está acompanhado. Mais recentemente tentou atirar-se da janela da escola. A criança aparentemente tranquila que observamos na consulta mostra através destes sinais uma dor que necessita do nosso olhar, de uma outra forma de olhar.
O que se passa com o João?
Decidimos pedir a sua observação na consulta de Pedopsiquiatria.

O médico de família é responsável pela prestação de cuidados continuados e longitudinais, de acordo com as necessidades do paciente, o que significa que o acompanha desde o nascimento (e por vezes desde antes desse momento) até à morte. Os cuidados são longitudinais porque prestados durante toda a vida e registados num processo clínico que é uma memória objectiva desse facto (embora apenas uma parte da história comum do médico e do paciente) e continuados porque a responsabilidade do médico não cessa mesmo quando necessita referenciar o doente a especialistas de outras áreas.

O que sabemos mais desta família que pode ajudar a diminuir a dor do João?

Blaise Pascal, um pensador francês do século XVII, dizia "Considero impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem conhecer as partes em particular". Esta é uma visão percursora do pensamento complexo, desenvolvido por Edgar Morin e outros autores, que alia o raciocínio linear à abordagem sistémica, que permite em MGF focar o pormenor sem perder de vista o global.

Para lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões, física, psicológica, social, cultural e existencial, é necessário reconhecer todas estas dimensões simultaneamente, ter presente que os sistemas interagem uns com os outros influenciando-se mutuamente, criando tensões e antagonismos que nem sempre têm solução. O comportamento na doença varia em função de muitas destas questões, por isso as intervenções devem ter em conta a raiz do problema e valorizar o facto de pequenas mudanças poderem conduzir a resultados importantes.

Conhecemos a Susana desde os catorze anos de idade.

Teve uma infância difícil, os pais separaram-se quando tinha oito anos, embora vivessem separados partilhando a mesma casa desde os seus sete anos. Recorda a vida conflituosa dos pais, diz que a mãe não tinha tempo para ela, chegando a esquecer-se de a ir buscar à ama durante dois ou três dias.
Após a separação, foi viver com a mãe e o padrasto até aos quinze anos, Mantém uma relação difícil com a mãe e, apesar do afecto que a une ao irmão mais novo, decide ir viver com o pai e a madrasta. O processo de adaptação a esta nova fase da sua vida foi muito difícil para os três e quando tem dezanove anos decide mudar de casa.
A viver sozinha, em conflito com o pai e a madrasta e contacto muito esporádico com a mãe, atravessa durante dois anos um período de instabilidade emocional, dificuldades económicas e depressão, em que procura apoio no namorado e na sua família.
Aos vinte e oito anos é mãe pela primeira vez. Apesar das dificuldades económicas está feliz, procura há algum tempo reaproximar-se dos pais e da madrasta. O sonho de ter uma família feliz parece agora possível.
Depois do nascimento do Duarte, começa a trabalhar como doméstica, em troca de um pequeno ordenado que ajuda a equilibrar o orçamento familiar. O João vai para a escola, o Duarte vai com ela, o marido traballha muito, como sempre.
Com o passar do tempo começa a aperceber-se que as ausências do marido aumentam, em trabalho, diz ele.
Quando vem pedir ajuda é evidente a grave crise conjugal, a separação parece inevitável, as crianças sentem as ausências do pai, a Susana não tem suporte familiar de apoio neste período de crise. O marido não quer sair de casa, a dependência económica obriga a que partilhem a casa apesar da ruptura conjugal.
O João vive agora aos sete anos a situação que ela viveu na mesma idade - pais separados, em litígio aberto, vivendo na mesma casa. A Susana procura encontrar um equilíbrio para os filhos mas está deprimida e revive o que então lhe aconteceu.
Pela primeira vez numa relação de vinte anos com a sua médica de família fala do que a levou a deixar a casa da mãe e nunca revelou a ninguém – as tentativas de abuso sexual por parte do padrasto, a mãe que nada via, a mãe que se esquecia dela em casa da ama, a mãe que continua a não estar quando precisa dela.

Este não é o final da história. A história de uma família é um processo em evolução, um continuum de factos e episódios, que se relacionam e interligam. A Susana tem na sua história momentos difíceis, mas também a força de querer mudar e ser feliz. Para o conseguir precisa sobretudo de gostar de si própria e acreditar que a família pode sobreviver à separação do casal. A terapia familiar que iniciaram recentemente poderá ajudar família a manter-se unida, ou ajudar o casal a separar-se sem comprometer a sua capacidade parental e sem dissolver a família. É dessa segurança que o João precisa.

Porque a família é um sistema complexo, tem a capacidade de se auto-organizar e preservar a sua identidade adaptando-se às mudanças. O papel do médico é apenas o de facilitador, contribuindo para manter a homeostasia, o grau de diversidade do sistema e a sua abertura ao exterior, para que o sistema se adapte a situações adversas, evoluindo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biscaia, A., Nunes Martins, J., Carreira M.F., Fronteira Gonçalves, I., Antunes, A.R., Ferrinho, P., *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos,* Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005, Lisboa, Padrões Culturais Editora, 2006.
2. Wonca Europa, *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar*, Lisboa, APMCG, 2003.
3. Tavares F., *A consulta consultada*, Lisboa, Editora Temática, 1999.
4. Balint, M., *O médico, o seu doente e a doença*, 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores, 1998.

* Médica de família,
Chefe de Serviço de Clínica Geral e Sócia Fundadora do Grupo de Estudos da Família (GEF)

A DOR DO RECÉM-NASCIDO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

*Fátima Pinto**

Nutrir uma criança
Sim
Mas não só com leite
É preciso pegar-lhe ao colo
É preciso acariciá-la
Embalá-la
E massajá-la
É necessário conversar com a sua pele,
Falar com as suas costas
Que têm sede e fome,
Como a sua barriga.

"Shantalla" Beboyer, F.

1 – ERA UMA VEZ … A DOR

O recém-nascido dormia entretido no seu carro estofado da *Chicco*. Tinha um belo e robusto rodado, uma alcofa de capota, sacos de apoio e puxador almofadado. Era quente mas pouco arejado… pensava na antiga cama aquática, de tom neutro, quase transparente mas ainda assim opaco, onde durante muito tempo pensava ser a sua definitiva morada.

Foi na luz fina da sala de partos que parou quando abalos sísmicos o empurraram no sentido da descida. Tentara opor-se mas de nada adiantara, a contracção do ninho e a curiosidade tinham-no descontrolado. Rolou e deixou-se levar na vertigem do nascimento; mais tarde viria a comemorar esta data… a da loucura inexplicável de se aventurar na mudança. E era bom estar cá, sentir o cheiro da mãe e sentir o toque das suas mãos, poder sugar o seu leite descorado mas muito, muito gostoso. Revirou um pouco a cabeça; atento, agora já mais acordado, abriu os olhos desalinhados. Alguém falava alto ali perto. Seria quem? A mãe ou a senhora de idade anteriormente agastada na cadeira ao seu lado. Aonde estava? Não percebera nada mas sentia no ambiente duro uma estranheza angustiante que lhe dava vontade de chorar. Tinha, achava, cinco dias e ainda não conseguia entender tudo como queria. Sentia-se aflito e perturbado, longe do coração da mãe. Revia o seio materno e perdia-se na ambivalência do medo da asfixia e do prazer de mamar. Adorava aquele líquido

morno que fluía quase como por milagre apenas obedecendo aos seus movimentos rítmicos de sucção… era só dobrar a língua e achatar o bico moldável contra o palato; às vezes era mais difícil, faltava-lhe a prática. Mas na altura do insucesso tentava melhorar e olhar no rosto da mãe na tentativa da sedução. Alguém voltou a falar alto, chamavam-no? Sentia o perigo à sua volta mas não conseguia evitá-lo, os seus membros em teimosa flexão impediam-lhe qualquer coordenação, sentiu falta de forças e o choro saiu-lhe sem querer, perdido na ignorância de saber o que fazer. Este lugar seria seguro? Quis voltar ao seu quarto de temperatura constante e luz suave. Não sabia porquê mas esse lugar atraía-o e dava-lhe paz, preferia ficar sempre lá, subir talvez à sala de jantar em tempos esporádicos e horários escrupulosamente convencionados. Mas agora estava ali, na sala de espera do Centro de Saúde, onde iria ser pesado, medido e picado. Não sabia como seria ser-se picado. Iriam despi-lo e rolá-lo na mesa fria e na balança gelada? Detestava o desequilíbrio e as arestas do papel amarrotado. Seria só uma coisa pequena, uma beliscadura no calcanhar? Apetecia-lhe mais do que nunca o colo da mãe. Apetecia-lhe ouvir o bater do coração com a face espetada na sua grade costal. Como era bom aquele bater tão rítmico e musical. Assustou-se… ouviu o abrir da porta. Era a sua vez. E lá foi, empurrado e rolando sobre as rodas do seu carro. Lá dentro sentiu-se pegado e despido. Sentiu frio. Sentiu o corpo perdido na nudez e ficou sem limites na alma. Os olhos fecharam-se em lágrimas e os membros agitaram-se-lhe. De repente, sentiu uma enorme dor no calcanhar e o sangue soltar-se na ferida espremida. Ai! Mais uma dor no braço e ainda outra. Desatou a gritar, o queixo tremia-lhe e o coração saltava-lhe. Teve falta de ar e concentrou-se no respirar. Queria ser enrolado na manta da avó e voltar ao antigamente, à solidão uterina onde não se lembrava de alguma vez ser dolorosamente estimulado ou ainda de ter chorado.

2 - O RECÉM-NASCIDO E A DOR

Perante a crescente valorização da vida humana e da ética médica, impõe-se uma modificação nas atitudes dos profissionais de saúde no sentido da percepção do doente como ser com direito à confiança e ao respeito, à singularidade e à individualidade. [1]

A assistência ao recém-nascido, mais exigente ainda, obriga à existência de técnicos diferenciados capazes de distinguir os desvios da "normalidade", de promover a vinculação mãe/bebé e de reconhecer as situações de stress e dor. O atendimento humanizado do recém-nascido implica a capacidade pessoal de cada um em se comover, ouvir e perceber as expressões comuns na comunicação não verbal emitidas pelo bebé. [1]

A dor é o sintoma mais antigo da história da Medicina e o seu alívio um dos seus principais pontos cardinais. Embora se saiba que o recém-nascido possui os componentes funcionais e anatómicos necessários à percepção dos estímulos dolorosos e que as experiências dolorosas nesta fase da vida modulam em definitivo a arquitectura do sistema da dor no adulto, permanece nos prestadores de cuidados de saúde à criança pequena uma insensibilidade a esta temática. [2]

O avanço tecnológico e farmacológico em neonatologia tem proporcionado um aumento da taxa de sobrevida do recém-nascido prematuro e do de termo, porém a avaliação da dor nestas crianças é muitas vezes insuficiente e/ou inapropriada.

A quase totalidade dos pediatras acredita na dor do recém-nascido mas apenas uma minoria se preocupa em preveni-la ou tratá-la e apenas 10% conhece escalas de dor e usa qualquer método de analgesia nas punções intramusculares (IM), subcutâneas (SC) e capilares e nas imunizações. A maioria tenta, de forma intuitiva, minimizar o desconforto com palavras de alento e com o toque, mas raramente tem conhecimento da capacidade apaziguadora do ambiente ou do efeito benéfico do controle do manuseio ou do uso de fármacos analgésicos, havendo notoriamente falta de protocolos de tratamento e padronização institucional. [3]

A dor é subjectiva e só reconhecida na verbalização, o que dificulta a sua quantificação nas crianças pré-verbais. O recém-nascido, sem palavras, exprime-a de modo próprio, com uma linguagem alternativa que os profissionais de saúde devem saber descodificar.

O vocabulário facial, universal na expressão de emoções básicas, é usado na avaliação da dor na criança não verbal. Perante um estímulo doloroso, o recém-nascido responde com alteração de parâmetros físicos e comportamentais que vão desde o aumento da frequência cardíaca, respiratória e tensional, ao choro e aos movimentos corporais de agitação motora e alterações da mímica facial. O choro sendo um dos parâmetros mais vezes valorizado, tem o inconveniente da não especificidade pela sua correlação com outros estímulos que não os dolorosos (fome, desagrado). A "fuga" ao ambiente agressor, também resposta à dor, é transmitida pela indisponibilidade do recém-nascido ao contacto visual e auditivo no período seguinte ao procedimento doloroso, resultando em dificuldade de alimentação ou na recusa da amamentação, no distúrbio do ritmo vigília/sono e ainda na relação com a mãe.[4,5,6]
Na descodificação da linguagem da dor na criança pré-verbal, foram criadas escalas multidimensionais que analisam parâmetros comportamentais. Dentre as variadas escalas em uso, as mais fiáveis são a NFCS (Neonatal Facial Coding System) (Tabela 1), a NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) (Tabela 2) e PIPP (Premature Infant Pain Profile).
A PIPP destina-se à avaliação de recém-nascidos prematuros e inclui vários parâmetros

funcionais como a frequência cardíaca.

A NFCS tem em conta a presença ou ausência de movimentos faciais: fronte saliente, olhar espremido, sulco naso-labial aprofundado, boca esticada na horizontal ou vertical, língua tensa e tremor do queixo. A cada item presente, é atribuído um ponto sendo presumida a dor quando a pontuação é superior a três. [5,6]

A NIPS é composta por 6 indicadores, incluindo a expressão facial, o choro, o movimento dos braços e pernas, o estado do sono/alerta e o padrão respiratório, considerando-se igualmente a presença de dor numa contagem superior a três.

A dor pode ser aguda, crónica, recorrente e decorrente de procedimentos dolorosos. A dor e o stress, embora diferentes (o stress não causa dor mas a dor causa stress), exigem prevenção e tratamento. [5,6]

A atitude preventiva a tomar depende do tipo de procedimento em causa e da condição clínica da criança. Em Cuidados Intensivos Neonatais é frequente a opção pelas medidas farmacológicas específicas cujos efeitos colaterais são sempre de esperar. Nos Cuidados Primários, a aplicação de vacinas e as punções capilares, nomeadamente a picada do calcanhar, devem ser consideradas como estímulos dolorosos de pequena intensidade pelo que exigem apenas tratamentos comportamentais ou farmacológicos sem efeitos indesejáveis. [7]

As intervenções, farmacológicas ou não, pretendem prevenir o processo doloroso, o desconforto, a agitação e a desorganização. Na dor de ligeira intensidade é suficiente diminuir o efeito nocivo através do controle da luminosidade, do ruído e do manuseio excessivo, promovendo a contenção com a fixação corporal, praticando o toque e o contacto físico no seu efeito calmante. A estimulação sensorial através da adequação dos espaços das manobras invasivas (paredes de cor atractiva, pintura de bonecos no tecto, luminosidade suave e música ambiente) proporciona conforto e distracção. A sucção não nutritiva com chupeta inibe a hiperactividade e modula o desconforto, facilitando a organização neurológica e emocional do recém-nascido durante e após o estímulo doloroso. O uso associado de glicose a 10% ou de sacarose a 24% por via oral nos dois minutos que precedem o procedimento atenua a expressão facial de dor e o tempo de choro. O paracetamol administrado por via oral ou rectal) e o EMLA (Eutectic Mixture local Anesthetics, com lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) usado em aplicação tópica e com penso oclusivo, são possibilidades farmacológicas de prevenção dolorosa em punções IM ou SC, devendo o primeiro ser administrado com 1 hora de antecedência e o segundo, ficar reservado às crianças com mais de 6 meses de idade; ambos são ineficazes na picada do calcanhar. [7]

O uso de sacarose a 24%, associado ou não ao uso da chupeta, é o método de analgesia mais aconselhado no recém-nascido prematuro e no de termo e na criança pequena. O seu uso deve ser generalizado na picada do calcanhar e nas imunizações. [7]

3 - PREVENÇÃO DO STRESS E DA DOR NO RECÉM-NASCIDO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

A – Medidas ambientais:
- Presença dos pais
- Redução do ruído
- Protecção da luz intensa
- Ambiente adequado

B – Medidas comportamentais:
- Posição confortável (flectida e uso de “ninho”)
- Suporte corporal
- Manipulação mínima e movimentos suaves
- Utilização de lancetas adequadas ou de dispositivos mecânicos na picada do acalcanhar

C – Medidas farmacológicas:
- Sacarose a 24% por via oral
- Paracetamol oral ou rectal
- EMLA em aplicação tópica com penso oclusivo

4 - PREVENÇÃO DA DOR E DESCONFORTO NOS PROCEDIMENTOS AO RECÉM-NASCIDO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

1 - Picada do calcanhar:
- Chupeta com sacarose a 24%
- Imobilização
- Contacto cutâneo com a mãe
- Manipulação suave
- O EMLA, o paracetamol e o aquecimento do calcanhar são ineficazes

2 - Punções IM, SC e capilares:
- Chupeta com sacarose a 24%
- Imobilização
- EMLA se idade> 6 meses

3 - Procedimentos de rotina:
- Chupeta com sacarose a 24%
- Imobilização
- Medidas ambientais
- Considerar uso de paracetamol

5 - ANALGESIA COM SACAROSE 24% - (estabilidade 7 dias)

a) Quem analgesiar?
- RN ≥ 2500g e lactentes ≤ 6 meses

b) Quando analgesiar?
- Picada do calcanhar
- Injecções SC e IM
- Imunizações

c) Posologia/ Modo de aplicação:

2 ml sacarose 24%

Aplicação oral por seringa, 1 ml em cada bochecha

ou

Aplicação oral por tetina/chupeta (mais eficaz)

- Até 2 minutos antes do procedimento.
- A dose pode ser repetida, 5-10 minutos após, mas não mais de 2 vezes numa hora, até 6-8x/dia.

RN < 2500 g

1500-2000 g c 0,3 ml
2000-2500 g c 0,4 ml

Não mais de 2 vezes numa hora, até 4x/dia.

Tabela 1 - NFCS (Neonatal Facial Coding System)

Movimento Facial	0 ponto	1 ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda Palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco naso-labial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protusão da lingua	Ausente	Presente
Tremor do queixo	Ausente	Presente

Tabela 2 - NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

NIPS	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	"Resmungo"	Vigoroso
Respiração	Normal	Aumentada	-
Braços	Relaxados	Flectidos/Estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Flectidas/Estendidas	-
Estado consciência	Dormir/calmo	Desconfortável	-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rolim, KMC, «O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém-Nascido de Risco: Refletindo Sobre a Atenção Humanizada», *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Janeiro-Fevereiro, 2006, 14(1): 85-92.
2. Chermont, AG., Guinsburg, R., Balda, RCX., Kopelman, BI, «O que os Pediatras Conhecem sobre Avaliação e Tratamento da Dor no Recém-Nascido», *Jornal de Pediatria*, Rio Janeiro, 2003, 79(3): 265-72.
3. Gaiva, MAM., «Dor no Recém-Nascido: Percepção de Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário», *Ver Paul Enf*, 2002, v. 21, n.º 3; 234-9.
4. American Academy of Pediatrics, «The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children and Adolescents», *Pediatrics*, 2001, Vol. 108 n.º 3, 793-97.
5. American Academy of Pediatrics, «Prevencion and Management of Pain and Stress in the Neonate», *Pediatrics*, 2000, Vol 105 n.º 2, 454-61.
6. American Society of Anesthesiologists, «Practice Guidelines and Analgesia by Non-Anesthesiologists», *Anesthesiology*, 2002, Vol 96 n.º 4, 1004-15.
7. Zempsky, WT., Cravero, JP., «Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems», *Pediatrics*, 2004, Vol 114 n.º 5, 1348-56.
8. «Consensos em Neonatologia», *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*, 2006, 46-51.

* Assistente Graduada de Pediatria

ACOLHIMENTO DA CRIANÇA NO CENTRO DE SAÚDE

*Providência Marinheiro**

ENQUADRAMENTO

O acolhimento da criança no Centro de Saúde merece-nos um momento de reflexão em torno das práticas em uso. Acolher é receber, oferecer conforto, simpatia e disponibilidade. Nos grupos etários mais jovens, digamos que até aos 10, 11 anos, a criança necessita de vir acompanhada por um familiar significativo, normalmente a mãe, quando se desloca aos serviços de saúde. Gradualmente e porque já frequenta uma escola longe de casa, deve ir adquirindo autonomia e responsabilidade nas suas opções. Pode, por isso, de livre vontade recorrer ao seu Centro de Saúde sem a companhia do pai ou da mãe, se sentir necessidade, interesse e confiança nos serviços que o mesmo lhe oferece. O consentimento informado exigido para este tipo de serviços pode ser exercido pela criança sem prejuízo dos seus direitos e sem desrespeito dos princípios éticos da prestação de cuidados de saúde.

Neste processo de acolhimento devem ter-se em conta cinco factores: a criança que é acolhida, o seu temperamento e nível de desenvolvimento; a família/acompanhante quando presente e as suas circunstâncias; o técnico que acolhe e as suas competências em saúde infantil e juvenil; o acto médico/enfermagem que motivou a ida da criança ao Centro de Saúde que pode ser invasivo e assustador para a criança ou não; o espaço onde o acolhimento acontece.

1 - A CRIANÇA

As crianças – entendidas de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pela Assembleia da República em Agosto de 1990, "como todo o ser humano menor de 18 anos" – constituem um grupo prioritário que justifica e requere de modo crescente o empenhamento, a disponibilidade e a actuação multiprofissional e interdisciplinar.

O direito à saúde é inalienável e está previsto na Constituição da República Portuguesa. As crianças estão entre os grupos vulneráveis e susceptíveis a desenvolver problemas de saúde em virtude da sua incapacidade inata, em idades mais jovens, em procurar os serviços de saúde. Assim, cabe à família ou seu substituto legal, o provimento dos cuidados de saúde à criança e, na omissão desta, deve o SNS criar condições para que qualquer cidadão nascido e residente em Portugal usufrua do seu direito à saúde. Lembramos aqui o papel das UCF na vigilância precoce de todos os recém-nascidos e subsequente encaminhamento para o

Centro de Saúde.

2 - A FAMÍLIA

Os profissionais de saúde devem estar conscientes da diversidade de crenças e práticas relacionadas com a saúde que são parte integrante da herança cultural das famílias. As suas competências em termos de saúde são decorrentes de múltiplos factores nos quais se incluem os socioeconómicos, os costumes e crenças populares e religiosas.

Nas relações com as famílias, deve ter-se em consideração a multiculturalidade da sociedade actual utilizando estratégias de comunicação verbal e não verbal promotoras de conforto e acolhimento, interagindo efectivamente com a família a partir da sua especificidade cultural.

3 - O ACTO MÉDICO/ENFERMAGEM

O Centro de Saúde é o primeiro nível de cuidados pela proximidade ao cidadão. Os Centros de Saúde são o "coração" do SNS, a estrutura de alicerçamento e o pilar central de todo o sistema de saúde.** É o serviço público que atende a criança nas suas necessidades de saúde básicas sendo o Médico de Família o profissional de referência no acesso aos diversos serviços do SNS.

Qualquer que seja o cuidado prestado, invasivo ou não, deve haver a preocupação para que o mesmo seja realizado cumprindo os princípios dos cuidados atraumáticos, tendo sempre presente que o tempo da criança é diferente de uma para a outra, pelo que se lhe deve mostrar uma disponibilidade efectiva para que se prepare para o acto, seja a administração de uma vacina, seja a avaliação do peso. A relação de confiança assume aqui um papel fulcral e o primeiro contacto da criança com aquele técnico de saúde que a acolhe é determinante do sucesso das interacções seguintes.

Cabe aqui referir a importância de premiar ou elogiar a criança ou adolescente pelo esforço e colaboração na consecução do cuidado prestado utilizando linguagem e/ou recursos adequados à idade, mesmo que o seu comportamento não tenha sido o melhor.

No que concerne às Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, o "Programa-Tipo de Actuação" da Direcção-Geral da Saúde (2002) em uso, tem como objectivos primordiais promover e avaliar o crescimento e o desenvolvimento, promover comportamentos saudáveis, a prevenção primária e secundária através da detecção precoce, rastreios e encaminhamentos das situações que possam traduzir-se por compromisso do crescimento e desenvolvimento e, consequentemente, das alterações motoras, sensoriais, psíquicas, afectivas e outras que possam dificultar o sucesso pessoal e comprometer o projecto de vida de todas as crianças.

A finalidade a atingir será promover a saúde e o bem-estar da criança considerada na totalidade da sua circunstância, pessoa em desenvolvimento, subsistema inserido num determinado sistema familiar e numa comunidade com características culturais próprias. Estes resultados esperados são o alvo, quer da actuação da Enfermeira de Família, quer do Médico de Família no cumprimento integral do Programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem-nos brindado com um avultado número de documentos, leis e despachos, num esforço quase desesperado para revitalizar um serviço que, sendo imprescindível no SNS, está em risco eminente de soçobrar por indisponibilidade de recursos humanos interessados e motivados para trabalhar em Cuidados de Saúde Primários. Existe um défice considerável de médicos e de enfermeiros e de outros técnicos de saúde (psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dietistas, higienistas orais, fisioterapeutas, entre outros) originando sobrecarga e insatisfação dos profissionais actuais.

O Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010, no capítulo "Orientações para obter mais saúde para todos – Crescer com segurança", descreve, na situação actual, que o Programa-tipo necessita de maior implementação. Corroboramos esta afirmação pois mantém-se a tendência de há décadas: a vigilância de saúde da criança e do jovem só é efectiva nos três primeiros anos de vida – a partir daí escasseiam os contactos da criança com o Centro de Saúde, ou porque não está doente, ou porque já acabou a primo vacinação, ou porque os profissionais estão sobrecarregados com outras responsabilidades ou tarefas de índole curativa, direccionadas quase sempre a outros grupos etários.

4 - ENFERMEIRA DE FAMÍLIA/MÉDICO DE FAMÍLIA

Para que a criança se sinta bem acolhida no Centro de Saúde deve ser recebida e cuidada por profissionais tecnicamente bem preparados para lidar com as suas necessidades e problemas específicos.

Na recente reestruturação dos Centros de Saúde, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar, definidas como a unidade nuclear de prestação de cuidados de saúde de proximidade ao cidadão, constituída por uma equipa multidisciplinar mínima capaz de garantir, com

autonomia funcional e técnica, um plano assistencial a uma população determinada, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

O Grupo Técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários defende que os princípios da modernização dos Centros de Saúde são, entre outros, a orientação para a comunidade, o trabalho em equipa multidisciplinar e a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos à população residente na área geográfica do Centro de Saúde.

O Relatório de Primavera 2006 acrescenta que o Ministério da Saúde deve concentrar-se noutras áreas nomeadamente "identificar as necessidades e dotar os Centros de Saúde de novas competências – psicólogos clínicos, fisioterapeutas, médicos dentistas, nutricionistas, etc".

Independentemente das incertezas e ambiguidades, os Cuidados de Saúde Primários continuam a basear-se numa concepção de saúde influenciada por factores tão diversificados como os factores biológicos, culturais, económicos, sociais e políticos em inter-relação. Nesta perspectiva, a saúde está ligada às condições de vida das famílias e dos grupos sociais, determinantes do processo saúde-doença e é dependente das diferentes fases da vida – do nascimento à morte".

O mesmo documento inclui as Unidades de Saúde como Settings para a intervenção, entre outros como a família, o infantário, as amas e o local de trabalho. Não sendo referido como se deve proceder esta intervenção, cabe aos profissionais ligados à saúde da criança definir estratégias que visem cativar a criança para o "seu Centro de Saúde", ligando-a afectivamente a figuras de referência como sejam o "seu Médico de Família" e a "sua Enfermeira de Família".

5 - ESPAÇO LÚDICO-PEDAGÓGICO PERSONALIZADO

Neste processo de apropriação do Centro de Saúde pela criança está implícito a criação de um espaço-tempo adequado à criança de modo a que esta se sinta bem acolhida e confortável nas relações que forçosamente tem de estabelecer com os profissionais de saúde, a saber, o seu médico de família e a sua enfermeira de família.

Os espaços que a criança utiliza devem ser humanizados – tanto a arquitectura como o equipamento devem estar organizados em função das suas etapas de desenvolvimento.

A sala de espera da criança e acompanhante, o gabinete de consulta, a sala de vacinação ou de tratamentos, devem merecer uma decoração e equipamento adequados aos seus utentes.

Tendo presente que são espaços utilizados por grupos etários muito diferenciados, embora sendo crianças, a sua decoração e equipamento deve ser versátil e ajustada, podendo incluir desde peluches, bonecas, bolas, puzzles, legos, livros, papel, canetas, lápis, plasticina, televisão, DVD, computador. O que é importante é que tanto a criança de um ano como a de dezassete encontrem objectos significativos neste espaço lúdico-pedagógico do "seu" Centro de Saúde.
A concepção deste espaço pensado para uma utilização esporádica e curta tem como finalidade ocupar o tempo de espera para o acto médico e/ou de enfermagem de uma forma lúdica e pedagógica, mas também deve ser aproveitado para que o médico, a enfermeira, o psicólogo, possam proceder a uma melhor avaliação da interacção da criança com o meio que a rodeia, seja com os objectos seja com as pessoas em ambiente informal e descontraído.

Assim se cumprirá o preconizado no documento "Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários", propondo que na implementação das USF se tenha em conta a acessibilidade, o conforto, a humanização e funcionalidade do espaço, uma imagem agradável e uma organização interna assente no trabalho em equipas nucleares e alargadas.

6 - PARCERIAS

Tendo em conta que as parcerias são encorajadas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente entre a saúde e a educação, será útil e profícuo para todos que se estabeleçam protocolos com instituições de ensino técnicoprofissional ou superior que permitam a dinamização deste espaço por estagiários de diferentes cursos, desde enfermagem, psicologia, educadores de infância, animadores culturais, etc., conforme os recursos disponíveis na comunidade. Outra forma de angariar animadores é o recurso ao voluntariado ou ao Centro de Emprego e Formação Profissional garantindo-lhes um campo de acção e de aprendizagem supervisada.

Quais são os ganhos para a saúde com estratégias deste tipo?

São, com certeza, uma fidelização do utente - criança/jovem ao seu Centro de Saúde. Só então se poderá dizer que o Centro de Saúde é o coração do SNS; poder-se-ia combater o não cumprimento do Programa-tipo da Saúde Infantil e Juvenil e cumprir os objectivos preconizados.

As consultas de atendimento a jovens (CAJ), com uma implementação ainda frágil e, onde

existem, quase sempre vazias, poderiam assumir um papel efectivo na prevenção primária específica e na promoção da saúde dos jovens, actuando ao nível dos riscos e vulnerabilidades deste grupo etário.

O documento "Saúde dos Jovens em Portugal" da DGS (2005) alerta-nos para a subutilização dos serviços oferecidos pelos Centros de Saúde a este grupo etário – 10-24 anos. Os dois tipos de obstáculos à prestação de cuidados mais vezes referidos – e também os mais importantes, na opinião dos respondentes – foram o medo da quebra da confidencialidade (62%) e o desconhecimento dos jovens do tipo de oferta dos serviços (59%). Seguiram-se a pouca disponibilidade temporal dos profissionais (44%) e o desinteresse dos jovens (40%).

Entre os factores de melhoria na intervenção aos jovens apontados pelos CS respondentes, destacam-se a maior disponibilidade dos profissionais (62%), a criação ou melhoria de projectos em promoção da saúde dos adolescentes (53%) e melhor preparação em saúde dos adolescentes (38%).

Estes três factores apontados revelam, por parte dos serviços respondentes, sensibilidade dos profissionais para as insuficiências da sua oferta e prestação de cuidados a este grupo etário. É preciso dar o passo seguinte: agir! Agir numa perspectiva multidisciplinar criando equipas motivadas para trabalhar com os adolescentes e incorporando nelas outros parceiros provenientes de entidades da comunidade como sejam escolas, universidades, autarquias, associações recreativas, desportivas ou outras.
Fica claro que a qualidade e quantidade da oferta de serviços não depende exclusivamente da motivação e preparação técnica dos elementos da equipa multidisciplinar. Ela é refém da dotação adequada dos Centros de Saúde em enfermeiros, pediatras, médicos, psicólogos, higienistas, dietistas e outros, mas também da sua efectividade na actividade e no próprio local de trabalho. Há excessiva mobilidade interna e externa dos profissionais de saúde e áreas afins. Esse é um grande obstáculo à apropriação do profissional a um qualquer projecto por mais interessante que lhe pareça. É necessário paixão e fidelidade para que os resultados sejam consistentes e sustentados ao longo dos anos. É fundamental alimentar e estimular sinergias de interesses, conhecimentos e habilidades para consolidar uma equipa de trabalho.

Nem sempre os órgãos de decisão têm esta filosofia na gestão dos recursos humanos e o resultado é a fragmentação do cuidado, o desinteresse, a desmotivação, a crítica destrutiva ou indiferença absoluta sobre os resultados a médio e longo prazo das suas intervenções junto da população.

Tendo nós consciência de que os passos dados nestes processos de reforma têm sido hesitantes, queremos acreditar que os riscos de uma destruturação completa dos Cuidados de Saúde Primários não serão imputados aos profissionais de Enfermagem que neles apostaram e sempre reivindicaram um papel mais activo ao nível dos órgãos de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca, Aurora, Perdigão, Ana, *Guia dos Direitos da Criança – 2ª edição revista e actualizada*, Lisboa, IAC, 1999.
2. Direcção-Geral da Saúde, *Saúde Infantil e Juvenil – Programa-Tipo de Actuação*, Lisboa, DGS, 2002.
3. Direcção-Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, *Saúde dos Jovens em Portugal – elementos de caracterização*, Lisboa, DGS, 2005.
4. Instituto de Apoio à Criança, *Convenção dos Direitos da Criança*, Lisboa, IAC, 1990.
5. Ministério da Saúde, *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010*, Lisboa, MS, 2004.
6. Ministério da Saúde, *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2005.
7. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, *Relatório de Primavera 2006 – Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados*, Lisboa, OPSS, 2006.

* Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria,
Mestre em Saúde Pública

AS CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL NOS CENTROS DE SAÚDE

*Paulo Eiras**

A Saúde Infantil constitui uma das práticas mais gratificantes ao nível dos cuidados de saúde primários.

Os exames de saúde constituem uma das actividades mais nobres das consultas de saúde infantil, tendo resumidamente como objectivos:

- Avaliação do crescimento e do desenvolvimento: perímetro cefálico, desenvolvimento motor, sensorial, da linguagem, psíquico, comportamental e social.
- Promoção de comportamentos saudáveis, entre os quais:
  - nutrição adequada, com realce para a prática do aleitamento materno durante os primeiros meses de vida, para a quantidade e qualidade dos alimentos, prevenção de situações de subnutrição, de obesidade, de atraso de crescimento e promoção de práticas alimentares correctas.
  - estilo de vida saudável da família, da criança e do jovem (prática de exercício físico, gestão do stress, evitar consumos nocivos, etc.)
- Prevenção primária, através de:
  1. cumprimento do Programa Nacional de Vacinação.
  2. suplementação vitamínica e mineral quando justificada.
  3. prevenção dos acidentes e das intoxicações;
- Prevenção secundária através do processo de detecção precoce/rastreios e referenciação aos cuidados de saúde secundários das situações que possam traduzir-se por compromisso do crescimento e do desenvolvimento, nomeadamente: doenças metabólicas, malformações congénitas (doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, criptorquidia), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do crescimento (peso, estatura, perímetro cefálico) do desenvolvimento motor e psico-afectivo.
- Prevenção, diagnóstico e terapêutica precoce das situações de doença mais comuns: infecções respiratórias agudas, do tracto urinário e outras, parasitoses, anemias, doenças da pele, etc. triando e encaminhando para os cuidados de saúde secundários as situações de maior gravidade.
- Sinalização e apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias e encaminhamento quando necessário.
- Detecção precoce, apoio e orientação de situações de disfunção familiar, violência, abuso físico e sexual e outras formas de maus tratos; controlo da mortalidade por suicídio nos jovens.
- Promoção da auto-estima dos Jovens, escolha de estilos de vida saudáveis, adaptação social adequada e vivência sexual responsável.
- Cuidados antecipatórios, nomeadamente através de acções de educação para a saúde consideradas prioritárias a nível do indivíduo ou da região - nomeadamente a hepatite B e a SIDA – sem esquecer as condições essenciais que permitem o crescimento e o desenvolvimento das potencialidades da criança e do jovem num ambiente adequado e estimulante.

Durante as consultas de vigilância o médico de família constrói uma base sólida para a continuidade de cuidados com os restantes elementos do agregado familiar.
Apesar da melhoria das condições nutricionais e de imunização existe ainda um grande número de crianças à mercê de situações de risco que os últimos anos de imigração vieram agravar. Deste modo o papel do Clínico Geral/Médico de Família assume um carácter primordial ao nível da saúde da criança e do adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cartwright, S., *Guia Prático Climepsi de Clínica Geral*, 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores, 2004.
2. McWinney, IR., *Manual de Medicina Familiar*, Lisboa, Inforsalus, 1994.
3. Ministério da Saúde, *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2004.
4. *Saúde Infantil e Juvenil – Programa-Tipo de Actuação*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2002.

* Assistente de Clínica Geral e Medicina Familiar

O PAPEL DA SAÚDE ESCOLAR NA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E JOVEM

Leonor Murjal *

As limitações da família

A capacidade da família está reduzida na sua função educadora, em resultado das energias gastas pelos progenitores para manter uma situação económica, que permita desenvolver um estilo de vida "ideal".

A quase generalidade das famílias atribui à escola o papel de formadora completa na formação e desenvolvimento dos filhos e assume um comportamento passivo e de observadora neste processo.

Em vez de se envolverem também nos objectivos pessoais dos filhos, as famílias confiam na assertividade da escola e esperam que a mesma leve as crianças e jovens a não adoptarem práticas prejudiciais e auto-destrutivas tais como sedentarismo, alimentação pouco saudável, consumos prejudiciais (álcool, tabaco, drogas), comportamentos de risco (sexuais, agressividade), entre outras.

As limitações da escola

Considerando que a saúde é um recurso para a vida e está relacionada com o estilo de vida, é importante uma aquisição tão precoce quanto possível de conhecimentos relacionados com esta área.

No contexto actual de escolaridade obrigatória, a escola é por excelência o tempo, o lugar e o modo das crianças e jovens modelarem as suas atitudes e comportamentos que condicionam a sua conduta futura enquanto cidadãos.

Mas a escola representa apenas parte da experiência do aluno em matéria de educação para a saúde na hora de adoptar atitudes e comportamentos saudáveis. A família, a comunidade, e até a comunicação social, integram também o quadro de referência principal para as crianças e jovens, com repercussão directa nas atitudes e comportamentos relacionados com saúde.

Os professores têm um papel a desenvolver na promoção da saúde durante toda a vida escolar do indivíduo. Nas matérias que dizem respeito à saúde, os professores necessitam de formação e de efectuarem um trabalho conjunto com a equipe de saúde escolar donde poderá resultar uma maior efectividade na abordagem de questões problemáticas como a SIDA ou o consumo de drogas.

As limitações da medicina familiar

A intervenção da medicina familiar na saúde de crianças e jovens privilegia a prevenção, detecção precoce de problemas de saúde e tratamento da doença.
Na lógica da medicina familiar são delegadas para segundo plano as intervenções de educação para a saúde que promovem a saúde física, psíquica e social das crianças e jovens.

Por outro lado, a capacidade dos serviços para vigilância de saúde infantil e juvenil está condicionada à oferta e saturada com a procura. Esta situação hipoteca qualquer estratégia de vigilância de saúde dos jovens que não procurem os serviços de saúde.

Também se constata que a procura dos serviços de saúde por crianças e jovens vai diminuindo ao longo dos anos, cingindo-se em algumas idades, nomeadamente na adolescência, aos cuidados de urgência.

A intervenção da equipe de saúde escolar

A intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e dos jovens em ambiente escolar, pode favorecer a aquisição de estilos de vida saudáveis e complementar a prestação de cuidados personalizados.

A saúde escolar é também uma oportunidade de articulação entre a medicina familiar, a escola e a sociedade, tendo por objectivo compreender os problemas e necessidades das crianças e jovens e propor a adopção de medidas que concorram para o sucesso escolar e para a formação enquanto cidadãos.

A estratégia de intervenção em saúde escolar, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assenta em actividades executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo e preferencialmente integradas num projecto da escola: a vigilância do cumprimento dos exames de saúde, do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e da legislação sobre evicção escolar, a agilização dos encaminhamentos, através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do SNS, para a melhoria das respostas às crianças com necessidades de saúde especiais, a promoção da saúde oral e o incentivo de estilos de vida saudáveis.

A equipe de saúde escolar desenvolve ainda várias actividades no sentido da prevenção de problemas de insalubridade e insegurança na escola, tentando contribuir para que a escola seja um local seguro e agradável.

Os resultados de saúde escolar

De acordo com os dados disponíveis da Direcção-Geral da Saúde, no ano lectivo 2003/04, dos 357 Centros de Saúde existentes em Portugal, 96% fizeram Saúde Escolar.

Esta actividade foi desenvolvida em 4 329 (85%) jardins de infância, 7 717 (86%) escolas do ensino básico e secundário e 47 (41%) escolas profissionais.

Apesar da boa cobertura das escolas, dos alunos, dos professores e dos auxiliares de acção educativa pelo Programa de Saúde Escolar, a execução de algumas actividades, nomeadamente, a monitorização do estado de saúde dos alunos (exames globais), não obstante a melhoria nos últimos anos, é ainda baixa, quer aos 6 (73%), quer aos 13 anos (34%).

Dos alunos com necessidades de saúde especiais, detectadas na escola (12.485), pouco mais de 50% (6.761) teve o seu problema de saúde resolvido no final do ano lectivo.
A avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas é o contributo da saúde para o diagnóstico dos riscos, no ambiente escolar, apontando a avaliação do ano lectivo 2003/04, realizada em 4.955 escolas das 7.717 que têm saúde escolar, para a existência de boas condições de segurança e higiene do meio ambiente em, respectivamente, 67% e 79% das escolas e boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos em 19% e 28% das escolas, também respectivamente.

O apoio ao desenvolvimento curricular da promoção e educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, cobre áreas tão diversas como a educação alimentar, vida activa saudável, prevenção da violência, educação para a cidadania e educação sexual e afectiva, SIDA, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas, nos diferentes níveis de ensino.

O sucesso escolar versus sucesso educativo

O sucesso escolar, como objectivo, só se alcança se houver sucesso educacional, em indivíduos com auto-estima e sentido crítico, a quem são prestados cuidados de saúde adequados.

O sucesso educacional, impossível de medir, resulta da conjugação do desempenho das famílias, das áreas da educação e da saúde, bem como do contributo que o ambiente escolar pode dar em termos de segurança.

Existem aspectos particulares que concorrem para o sucesso educativo que são da competência da escola e da saúde, como parceiros:

- integração das crianças e jovens com necessidades especiais no ambiente e dinâmica escolar;
- descoberta do potencial de saúde;
- ajuda o desenvolvimento nos jovens escolarizados de competências e de sentido de responsabilidade que os ajudem a conviver com múltiplos factores de risco sem que se verifique prejuízo para a sua saúde;
- assegurar que a escola é vivida pelos utilizadores como um local seguro e agradável, de forma a não ser por si só um factor de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Promover a saúde da juventude europeia – educação para a saúde nas escolas*, Lisboa, Ministério da Educação, 2001.
2. *A saúde dos adolescentes portugueses – Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS*, Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, 2000.
3. *Programa Nacional de Saúde Escolar* – Circular Normativa n.º 7/DSE de 29/6/06 da DGS.
4. *Avaliação do Programa de Saúde Escolar – Ano lectivo 2003/04*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Escolar, 2005.
5. *Ganhos em Saúde – Ponto de situação*, Lisboa, DGS, 2002.
6. *The European health report 2005 – Public health action for healthier children and populations*, Denmark, WHO, 2005.
7. *Plano Nacional de Saúde (2004 - 2010) - Orientações estratégicas*, Lisboa, DGS, 2004.
8. *Saúde infantil e juvenil – Programa-tipo de actuação*, Lisboa, DGS, 2002.

Sites consultados na Internet:
www.dgs.pt
Www.who.int/en/
www.who.int/child-adolescent-
www.iaah.org/main/healthpros/
www.nichd.nih.gov/about/about.cfm
www.who.int/school_youth_health/en/
www.paho.org/

* Médica Assistente Graduada de Saúde Pública

TÃO DIFERENTES... E TÃO IGUAIS

*Ana Paula Luís**

INTRODUÇÃO

Sentada à frente de uma folha branca onde somente o título está escrito, penso nas crianças e adolescentes que conheci ao longo de vinte anos de carreira e com quem interagi e também aprendi, hoje homens e mulheres, uns totalmente integrados na sociedade, outros nem por isso.

Tento decidir-me no meio de uma amálgama de pensamentos e vivências sobre o que vou escrever na tal folha branca.

Poderia falar de muitos aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente, todos eles muito importantes, todos eles já tratados e debatidos por técnicos reconhecidos, decerto com uma maior formação nesta área do que eu, médica de família.

Olhando para trás, relembro os vários grupos de jovens que me marcaram de uma ou outra forma e decido-me; vou escrever sobre a deficiência. Afinal, foram eles que mais me marcaram e que me transmitiram nalguns momentos lições de vida tão diferentes e por vezes tão iguais à de todos outros tidos "normais".

Finalmente tenho um tema, mas a deficiência é tão vasta que mais uma vez dou comigo a pensar que tema vou abordar. E aí como a vida nunca foi fácil opto por um tema também nada fácil, "A SEXUALIDADE NA CRIANÇA E JOVEM COM DEFICIÊNCIA".

Quando procuro uma definição para a sexualidade, vem-me de imediato ao pensamento a da OMS, completa e abrangendo as vertentes biológicas e psicossocial da sexualidade. Segundo a OMS, " a sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e por isso influencia a nossa Saúde física e mental.

1 - SERÁ MUITO DIFERENTE A SEXUALIDADE NO DEFICIENTE?

Diria que não, todos os aspectos realçados nesta definição são válidos para todos nós, portadores ou não de deficiência, tendo em conta as várias particularidades inerentes a cada tipo de deficiência que mais adiante abordarei.

Embora do ponto de vista biológico o objectivo da sexualidade seja a reprodução da espécie, situação esta desaconselhada em certos casos de deficiência, para além da reprodução, a sexualidade humana tem outra finalidade: a busca do prazer e de manifestações de ternura, afecto e comunicação.

Esta dimensão da sexualidade é fundamental numa criança ou jovem com deficiência, fazendo parte da relação com o outro na busca de amor e carinho.

Pode-se então afirmar que a sexualidade tem uma dimensão biológica indiscutível; mas também na dimensão psicossocial.

A sexualidade inicia-se no período pré-natal onde têm lugar processos bio-fisiológicos sexuais muito importantes e acompanha-nos durante toda a vida.
Vou então debruçar-me sobre os períodos da vida a que diz respeito este texto: a infância e a adolescência.

Segundo o sexólogo Félix Lopes, os dois primeiros anos de vida são muito importantes para o desenvolvimento da sexualidade, nomeadamente as relações que as crianças mantêm com as "Figuras de Apego" ou seja com as pessoas que cuidam delas, quer se trate dos progenitores ou outros com os quais as crianças criam laços afectivos.

Ainda segundo Félix Lopez, as relações afectivas entre as crianças e as "Figuras de Apego" fazem surgir na criança Sentimentos, bem-estar e segurança se estão juntos ou a angústia se estão separados; Comportamentos, procura de contacto físico, de proximidade; Expectativas, esperando do outro um determinado comportamento.

É com as figuras de apego que a criança aprende a tocar e a ser tocada; olhar e ser olhada e a compreender o que os outros dizem, elementos fundamentais para a expressão futura da sua sexualidade.

Quem já não observou um bebé a mamar no seio da mãe, olhando-a nos olhos e a ser olhado por ela, tocando com a sua pequenina mão na face que a mãe afaga com carinho?

Quantas carências terão todas as crianças deste mundo que não tiveram a felicidade de ter Figuras de Apego?

Enquanto a sexualidade no primeiro ano e meio de vida desenvolve-se estritamente relacionada

com as sensações físicas e com a interacção com as Figuras de Apego, a partir dos 18 meses a criança desenvolve competências motoras, mentais e linguísticas que lhe permitem um maior grau de autonomia e uma compreensão mais aprofundada da realidade que a rodeia.

São impostas algumas regras sociais; aprende a controlar as esfíncteres, passa mais períodos separada dos pais, surgem os ciúmes e a curiosidade sexual. Descobre as diferenças físicas entre o rapaz e a rapariga e a existência de papéis sexuais diferentes.

Então surgem as perguntas:
- Como se fazem os bebés?
- Porque é que o mano tem "pilinha" e eu não?
- Como nascem os bebés?

E as perguntas são tantas que poderia encher uma folha inteira nesta "Idade dos porquês".

Os adultos com maior proximidade com as crianças funcionam como modelos de identificação e de imitação, permitindo assimilar o modelo "Homem" e "Mulher", que influenciará a vivência futura da sua sexualidade.

Entre os 6 e os 12 anos, a criança já adquiriu um vocabulário extenso que lhe facilita a comunicação verbal, já adquiriu uma certa independência em relação aos pais e assimilou normas sociais e morais, demonstrando algum controle sobre os seus comportamentos.

Surge então a adolescência, período de vida onde ocorrem enormes alterações Bio-fisiológicas, Psicológicas, Intelectuais e Sociais, levando o adolescente a relacionar-se de forma diferente consigo próprio, com os outros e com tudo o que rodeia.

Inicia-se a puberdade e com ela, as alterações físicas e sexuais ocorrem a uma velocidade por vezes estonteante, quer para o adolescente, quer para a família.

O jovem questiona, formula hipóteses, raciocina e tira conclusões. Começa a dar "os primeiros passos na vida" sem ajuda e a criar o seu espaço próprio dentro da família e no grupo de amigos que habitualmente passa a ser misto: surgem os modelos sociais, os ídolos e os riscos.

Este grupo de amigos torna-se fundamental na vida da adolescente o que por vezes não é muito bem compreendido pelos pais.

Surgem os conflitos com a família, com a escola e com as regras sociais. No entanto, se os pais foram modelos válidos, continuarão a sê-lo e este período de turbulência dará lugar, num futuro breve, a um período de acalmia sem ruptura com a família.

Deambulei pela infância e a adolescência de uma criança e jovem sem deficiência, no entanto, alguns pais com filhos portadores de deficiência dirão: "mas tudo isto aconteceu com o meu filho, talvez em tempos diferentes ou com algumas pequenas adaptações".

Então vamos agora abordar as particularidades da sexualidade na deficiência.
A deficiência pode ser física ou mental, ligeira, moderada ou profunda mas também pode ser congénita ou adquirida, num momento da vida da criança ou da adolescência.

2 – CRIANÇA E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

As crianças que nascem com deficiência física habitualmente apresentam uma maior capacidade de aceitação da sua deficiência e de adaptação ao seu grau de incapacidade.

Desde muito cedo, esta adaptação é influenciada pelas atitudes de super-protecção ou de rejeição demonstrada pelas pessoas com as quais a criança se relaciona.

As atitudes negativas ou positivas perante a deficiência irão dificultar ou facilitar o modo como a criança a irá integrar no seu dia-a-dia, sendo determinante para a forma como irá encarar a sexualidade.

Por vezes, o contacto corporal, o jogo, a comunicação, a exploração do corpo e do meio que a rodeia pode não ser fácil, dependendo do tipo de deficiência. No entanto, deve-se estimular e incentivar a criança e o jovem a procurar, dentro das suas limitações, o contacto com outras crianças e jovens e com o meio que o rodeia. A imagem corporal no jovem é muito importante tal como no deficiente que se pode sentir "diferente".

Tal como qualquer outro jovem, ele irá captar informações sobre a sexualidade através da família, dos educadores, dos amigos, dos media, etc.

O papel dos pais é fundamental no desenvolvimento da sexualidade do seu filho, a par com os educadores e devem ser sempre incluídos em qualquer projecto de educação sexual em que o seu filho esteja inserido.
Não esqueçamos o papel dos técnicos de saúde que podem ser um suporte fundamental na

educação sexual do jovem com deficiência.

Quando a deficiência física surge na sequência de um acidente traumático, de forma abrupta e por vezes numa altura em que o jovem começa a criar o seu projecto de vida, o suporte familiar e dos técnicos de saúde é fundamental para a adaptação a esta nova situação.

O projecto de reabilitação escolhido deve sempre envolver não só a componente de reabilitação física mas também o reequilíbrio fisiológico com a aceitação da sua nova imagem corporal, sendo imprescindível não esquecer a reabilitação sexual.

A rede de suporte que passa pela família, amigos e técnicos de saúde assim como a forma como o jovem desenvolveu as suas relações interpessoais anteriormente ao acidente irão ter um papel fundamental na sua reabilitação.

3 – CRIANÇA E JOVEM COM DEFICIÊNCIA MENTAL

As crianças portadoras de deficiência mental constituem um grupo heterogéneo, dependendo da etiologia e grau de deficiência, à qual por vezes se associam várias deficiências físicas.

De acordo com a American Association of Mental Deficiency existem quatro tipos de deficiência mental, ligeira, moderada, severa e profunda.

Como é óbvio, o grau de deficiência vai influenciar a capacidade para compreender, aprender e para se relacionar com os outros e com o meio que o rodeia, com implicações directas no grau de autonomia.

As oportunidades e vivências oferecidas à criança com deficiência mental irão certamente influenciar o seu desenvolvimento psico-afectivo, sendo o papel da família fundamental.

Não esquecer que por vezes os comportamentos super-protectores dos pais e educadores, sobretudo no que diz respeito às relações interpessoais, estão associados ao medo que embora legítimo, leva a um maior controlo do deficiente e dificulta a sua socialização.

O ambiente onde o deficiente se movimenta é por vezes limitado à família e escola, não possibilitando o convívio em espaços comuns a outros jovens.

Deve-se investir na auto-estima e na imagem corporal do jovem que na adolescência se torna fundamental à integração em grupos.

As crianças com deficiência mental vão crescer e passar pelas transformações biológicas próprias da adolescência. Os impulsos sexuais, a atracção, o desejo e a masturbação são comportamentos comuns a todos os jovens com ou sem deficiência.
No entanto, no jovem com deficiência mental, o desenvolvimento psíquico não acompanha o desenvolvimento físico e surge a dificuldade em interiorizarem as regras morais da sociedade.

Esta situação pode levar a comportamentos sexuais em público por vezes difíceis de gerir pelos pais e educadores.

Há que ter consciência que o jovem com deficiência mental não é um indivíduo sem necessidades sexuais ou, pelo contrário, um "tarado sexual". O deficiente tem impulsos sexuais iguais aos outros jovens, a vivência da sexualidade é que ocorre de forma diferente de acordo com as suas limitações.

Tudo isto torna prioritário criar programas de educação sexual destinados a jovens portadores de deficiência, nos quais seja possível elaborar um projecto individual para cada jovem, de modo a permitir ao deficiente viver a sua sexualidade de forma gratificante, de acordo com as suas limitações e que pode não implicar relação sexual mas somente, formas de comunicação interpessoal, de contacto e carinho. Deverá ser da responsabilidade dos Centros de Saúde a criação de atendimentos específicos para jovens com deficiência, visando os problemas da Sexualidade e Planeamento Familiar, hoje em dia restringidos a experiências pontuais como a do Centro de saúde do Bonfim – Setúbal.

É preciso ajudar cada jovem deficiente a adaptar-se à sua sexualidade porque afinal todos somos diferentes... mas iguais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gamble, R., *The American Association on Mental Deficiency - the authoritative voice on mental retardation*, 1971.
2. Fredericks, DW., Williams, WL., *New definition of mental retardation for the American Association of Mental Retardation*, 1998.
3. Reeve, A., «Understanding the adolescent with developmental disabilities», *Pediatric Annals*, 30, 2001.
4. Pereira, M.ª Manuela, Freitas, Filomena, *Educação Sexual - Contextos de Sexualidade e Adolescência*, Lisboa, Edições ASA, 2001.
5. López, F. (et all), *Psicología Evolutiva - Desarrollo cognitivo y social del niño*, Madrid, Alianza, 1984.

* Médica de Família

A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO

*Pedro Pires**

INTRODUÇÃO

A saúde mental das crianças e dos adolescentes tem-se tornado num tema extremamente actual, sendo trazido à discussão geral, muitas vezes, pelos meios de comunicação social. E os técnicos de saúde, qual a sua postura perante a saúde mental? Provavelmente, os mais especializados na área adoptam uma posição fechada sobre si mesmos, mostrando alguma resistência à necessária abertura, os que não são especialistas tendem a delegar a resposta nos primeiros. Na realidade, a compreensão e intervenção na área da saúde mental implica um trabalho conjunto entre todos e principalmente com as estruturas da comunidade. Aliás, o último Relatório Mundial da Saúde da O.M.S., 2001, define como uma das recomendações de acção o investimento no tratamento das perturbações mentais em cuidados primários de saúde [1]. Também a nossa legislação, lei da saúde mental [2], faz referência à importância da prestação de cuidados de saúde mental ao nível da comunidade. A Direcção-Geral da Saúde, na sua publicação sobre a "Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental", [3] salienta como dois dos projectos prioritários no novo Plano Nacional de Saúde Mental, a promoção da saúde mental e prevenção das doenças mentais e a saúde mental na infância e na adolescência.

1 - A SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Quando se pensa em saúde mental é frequente a associação imediata com a doença mental. O conceito de saúde mental diz respeito a um estado de equilíbrio, não absoluto mas com oscilações ao longo da vida, que permite ao indivíduo relacionar-se com os outros e sobretudo ser capaz de criar ligações significativas. Potenciar este equilíbrio significa promover a saúde mental.

As estatísticas sobre a prevalência da doença mental na infância e adolescência são preocupantes e apontam para valores compreendidos entre os 10 e 20% da população infanto-juvenil [1]. Mas não são só os números que merecem a nossa atenção, também a gravidade das patologias psiquiátricas tem sido foco de reflexão por parte dos técnicos de saúde mental infantil. Esta gravidade é traduzida muitas vezes pela precocidade no aparecimento de sintomas graves. Salientaria sete áreas de problemas emergentes [4], referenciando Dr. Luís Simões Ferreira (Director do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Dona Estefânia): as situações de maus-tratos extremos, os abusos sexuais, os comportamentos auto-agressivos, a difusão do consumo de "*cannabis*", as depressões, e as perturbações de comportamento em crianças cada vez mais novas. Acrescentaria a questão das repercussões das depressões pós-parto, ainda hoje bastante sub-diagnosticadas, na relação mãe-bebé e consequentemente no desenvolvimento do bebé.

Hoje sabemos como os primeiros anos de vida são fulcrais na estruturação do funcionamento do nosso aparelho psíquico. Na infância, principalmente em idades mais precoces, o impacto das intervenções preventivas e terapêuticas, aliás ambas são indissociáveis em saúde mental, é significativo e sobretudo muito eficaz nos seus efeitos a longo prazo. Por isso, torna-se urgente olhar de forma mais cuidada para as crianças e em particular para os "nossos" bebés.

2 - OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA.

Considero que é na gravidez e primeira infância (dos 0 aos 3 anos de idade) que os cuidados de saúde primários podem ter um papel preponderante na prevenção das perturbações mentais.

A gravidez é um período muito sensível na vida da mulher e durante o qual ocorrem muitas transformações psíquicas: mudanças ligadas à sua própria identidade, reformulação da sua própria infância e da relação com sua mãe, os pensamentos sobre o seu bebé, etc. De facto, as primeiras ligações mãe-bebé ocorrem durante a gravidez. Nessa fase ainda de uma forma muito ligada ao imaginário, mas que é concretizada com o confronto com o bebé real após o nascimento. Esta ligação mãe-bebé irá influenciar de forma decisiva a interacção e a relação entre os dois.

As intervenções durante o período da gravidez e nos primeiros tempos de vida são uma tarefa com grande impacto positivo no desenvolvimento psico-afectivo do bebé [5]. Neste sentido, é função do técnico de saúde detectar possíveis factores de risco e de resiliência e actuar sobre estes, minimizando os primeiros e potenciando os segundos [6]. Neste domínio, os cuidados de saúde primários são privilegiados pelo facto de serem a principal porta de entrada das grávidas e dos bebés no sistema de saúde. São, portanto, momentos-chave fundamentais para a avaliação diagnóstica e intervenção.

Outro aspecto que me parece pertinente diz respeito à capacidade de avaliação e referenciação, nos cuidados de saúde primários, das crianças com sintomatologia do foro psíquico. Sabe-

se que as crianças e os adolescentes apresentam sobretudo queixas físicas nas consultas com o seu médico de família, só 2 a 5% delas é que verbalizam problemas emocionais e do comportamento [7]. Na área da saúde mental, a maioria das queixas relaciona-se com alterações de comportamento e desde idades precoces, por exemplo, são frequentes as queixas de condutas de oposição em crianças em idade pré-escolar [7]. Estudos recentes [7] têm conseguido determinar alguns indicadores indirectos que estão fortemente associados a patologia psiquiátrica. São exemplos: a frequência e intensidade dos sintomas físicos, a elevada utilização dos serviços de saúde e a existência de comportamentos de risco (consumos de drogas, p. ex.). Os cuidados de saúde primários podem, quando bem preparados, detectar precocemente problemas do foro emocional e encetar medidas, sobretudo preventivas, antes da referenciação para um especialista em saúde mental.

3 - CAMINHOS PARA O FUTURO

A dinâmica de funcionamento dos serviços nos cuidados de saúde primários, nomeadamente com técnicos com diferentes áreas de formação e fortemente implantados na comunidade, é uma grande vantagem na intervenção orientada para a promoção e tratamento em saúde mental. Este aspecto reforça a importância da articulação entre os cuidados de saúde primários e os especialistas em saúde mental.

Salientaria três pontos de articulação e acção conjunta entre os dois níveis de prestação de cuidados do nosso sistema de saúde.

Um primeiro ponto refere-se à necessidade de formação complementar dos técnicos dos cuidados de saúde primários em saúde mental da infância e da adolescência. Através da dinamização de acções de formação de carácter mais teórico e também pelo desenvolvimento de projectos de formação a longo prazo, com objectivos mais voltados para a resolução de problemas da prática clínica. Saliento o projecto europeu, "European Early Promotion Project" [8], como exemplo na área de formação de técnicos dos cuidados de saúde primários e orientado sobretudo para a promoção da saúde mental durante a gravidez e período perinatal.

Como segundo aspecto, parece-me crucial a existência de um trabalho conjunto na supervisão e discussão de casos clínicos. Considero que esta proximidade facilita a comunicação entre técnicos e promove a definição de uma estratégia de actuação dentro das estruturas da comunidade, para além do componente de formação subjacente à discussão mais teórica dos casos clínicos.

Por último, reforçaria a importância de serem desenvolvidas acções de apoio às grávidas e às relações precoces entre a mãe e o seu bebé. Os grupos de grávidas, já existentes em muitos Centros de Saúde, constituem um espaço também de promoção da saúde mental da mãe e do bebé. Estes deveriam manter-se durante algum tempo após o parto, permitindo um apoio maior durante um período muito sensível no estabelecimento da relação entre a mãe e o bebé. Ainda neste âmbito, parece-me altamente preventivo e até terapêutico a existência de visitas domiciliárias mais frequentes às famílias de maior risco, pois permitem uma melhor avaliação da qualidade da interacção mãe-bebé e também da relação com outros elementos da família e, assim, definir-se um plano de intervenção mais eficaz.

Gostaria de terminar com uma frase da Drª Teresa Ferreira, da sua obra "Em defesa da criança. Teoria e prática psicanalítica da infância", considerada uma referência incontornável na história da Pedopsiquiatria em Portugal, pela capacidade dos técnicos em se tornarem terapeutas, o que me parece ser válido para todos aqueles que tenham que trabalhar com crianças.

"Ligamos Psique, a alma, a Cupido, símbolo do amor, dando à criança a nossa própria capacidade de amar."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde, «Panorama Geral», In Direcção-Geral da Saúde (Ed.), *Relatório Mundial da Saúde, 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*, 1ª ed., pp XV-XVI, Lisboa, Climepsi Editores, 2002.
2. Ministério da Saúde, *Lei nº 36/98. Lei da Saúde Mental*, Diário da República, 1ª ser. A, 24 Julho 1998, 169, 3544-50.
3. Ministério da Saúde, *Direcção-Geral da Saúde, Rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2004.
4. Simões Ferreira, L., «Patologias emergentes em pedopsiquiatria», *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 21, 45-56, 2006.
5. Wendland, J., «Les premier liens: perspectives thérapeutiques et preventives», *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 71-77, 2005.
6. Cordeiro, M., «Treating infants and mothers in psychic distress: a mental health program for infancy», *Infant Mental Health Journal*, 18, 145-157, 1997.
7. Kramer, T., Garralda, M., «Child and adolescent mental health problems in primary care», *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 287-294, 2000.
8. Davis, H., *Primary Health Care Working Training Manual*, Belgrade, Institute for Mental Health, 2000.
9. Ferreira, T., *Em defesa da criança. Teoria e prática psicanalítica da infância*, Lisboa, Assírio & Alvim, 2002.

* Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência,
Membro do Grupo de Apoio Técnico do Sector da Humanização do IAC

O ESPAÇO DOS ADOLESCENTES NO CENTRO DE SAÚDE

*Hortense Dias**

Desde os anos sessenta que a Organização Mundial da Saúde começou a encarar a **adolescência** como um grupo etário que necessita de uma atenção especial e de uma resposta específica às suas necessidades.

As questões que se prendem com a **saúde dos adolescentes** têm vindo a ser abordadas pelo Ministério da Saúde, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (1990) onde diz na alínea c) do n.º1 da Base II que, "são tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças e os adolescentes…", realçando os adolescentes enquanto grupo etário alvo de Programas de Saúde. Colocam-se assim novos desafios aos serviços de saúde, com vista à concretização plena do potencial biológico e psico-social dos jovens, como um grupo alvo para a promoção da saúde. Os **adolescentes** são um grupo cada vez maior, quer pela antecipação biológica da puberdade, quer pelo atraso social do estatuto de adulto.

As actividades desenvolvidas no Programa de Planeamento Familiar constituem uma componente fundamental na prestação de cuidados em saúde reprodutiva. Os **Centros de Saúde** tornam-se então o local ideal para a realização dessas actividades porque se encontram no seio da comunidade. Os adolescentes são considerados alvos prioritários das actividades de Planeamento Familiar e, por essa razão, devem ser-lhes proporcionados horários flexíveis e atendimento desburocratizado. Devem igualmente ser criadas condições que facilitem o acesso dos homens, principalmente dos mais jovens, a estas consultas (Direcção-Geral da Saúde, 1998).

De acordo com a Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto, "os jovens podem ser atendidos em qualquer consulta de planeamento familiar, ainda que em centro de saúde ou serviço hospitalar que não seja da área da sua residência". Pelo disposto no Art.º 9º do Decreto-Lei nº259/2000 de 17 de Outubro, "os adolescentes são considerados como **grupo de intervenção prioritária** no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis [devendo ser] tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino".
Como **enfermeiros** temos a responsabilidade de promover a divulgação da consulta de Planeamento Familiar, assim como a isenção de pagamento da mesma, uma vez que o desconhecimento destes dois factores é, muitas das vezes, a causa para a ausência de adolescentes nesta consulta. O enfermeiro como prestador de cuidados no seio de uma equipa multidisciplinar tem para oferecer uma consulta de enfermagem para o atendimento aos jovens que recorrem aos serviços de saúde sendo, na grande maioria das vezes, com o enfermeiro que se estabelece o primeiro contacto.

A **confidencialidade** é um princípio básico no atendimento dos adolescentes, para que a relação entre o jovem e o profissional de saúde seja fortalecida, sendo esta uma das características mais valorizadas pelos jovens na sua relação com o profissional de saúde.

O que significa dizer que um dos aspectos essenciais na relação do enfermeiro com os adolescentes passa pelos princípios do código deontológico, nomeadamente do direito ao cuidado, do dever de informação, do dever de sigilo profissional e do respeito pela **intimidade**. O profissional de saúde deve, segundo Hayman, "ter sempre presente que a sexualidade não é um assunto neutro e pacífico e que os adolescentes vivem uma etapa da sua vida em que os medos, dúvidas, sentimentos de culpa, são muito grandes e dificilmente expressos", pelo que o adolescente deve ser encorajado a expressar as suas dúvidas e a colocar questões.

O enfermeiro, como profissional de saúde, pode contribuir para que os adolescentes assumam, de forma gradual, **responsabilidades** sobre as suas condutas pessoais face à sua saúde, desenvolvendo actividades no âmbito da promoção da saúde com vista à adopção de **estilos de vida saudáveis**. "Muitas vezes a adopção de estilos de vida saudáveis é vista pelos adolescentes como cinzenta, aborrecida, desprestigiante e «desinteressante», ao passo que os consumos e as velocidades, por exemplo, e em geral «transgredir», não usar cinto de segurança, envolver-se em lutas, não usar capacete, são vistos como excitantes e fontes de prestígio social" (Matos, 2000). Importa referir que estilos de vida adquiridos na adolescência poderão ter implicações para toda a vida. Castanheira (1991) fala-nos da importância da escolha de estilos de vida saudáveis referindo que, "para além das expressões imediatas de doença, a escolha de estilos de vida feita durante a juventude é decisiva, ainda que as suas consequências se comecem a evidenciar na idade média da vida". Assim, as abordagens de **promoção da saúde** nos jovens devem ser bem direccionadas e inovadoras, promovendo a auto-estima e as abordagens positivas. Para isso, é importante encarar os adolescentes como pessoas numa fase da vida muito particular, em que as transformações, tanto biológicas como psicológicas e sociais, acontecem e necessitam ser compreendidas. Só assim é possível que todo o potencial que existe nos jovens se possa desenvolver harmoniosamente, encarando-os como uma esperança e não como um problema. Compreender, aceitar e ajudar deverá ser o propósito de **quem** lida com adolescentes.

A nós, profissionais de saúde que diariamente estamos em contacto com adolescentes, cabe-nos a função de formadores e compete-nos transmitir conceitos, modelar atitudes e orientar na elaboração de estratégias que norteiem os comportamentos destes jovens para o seu bem-estar físico, mental e social.

A consulta de adolescentes deve constituir um espaço onde o jovem pode ter ajuda acerca de diversas questões como seja lidar com os problemas familiares ou no grupo de amigos, relacionamento afectivo, rendimento escolar, estados depressivos, comportamentos obsessivos, distúrbios alimentares, consumo de álcool e drogas, situações de luto, processo de tomada de decisão, baixa auto-estima, ansiedade elevada, entre outros.

Implementar um programa de saúde dos adolescentes é sempre gratificante, ainda que exija alguma reorganização dos serviços, capacitação dos profissionais existentes e integração de outros, não menos importantes, sem os quais não é de todo possível resolver os problemas apresentados – como nutricionista, psicólogo, dermatologista e assistente social – e isto não é fácil. O trabalho com adolescentes requer, para além de formação específica nesta área, profissionais com apetência, polarizando motivações e iniciativas no campo da saúde dos adolescentes.

Independentemente do local onde funciona, dentro ou fora das instituições de saúde, por telefone, por correio electrónico, ou face-to-face, o importante é que exista um espaço de diálogo, escuta e apoio de forma confidencial, anónimo e gratuito, sem barreiras burocráticas, gerido em função dos assuntos que para aquele adolescente são pertinentes para que se sinta melhor consigo próprio e com os outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castanheira, J., «A cidade, os jovens e a saúde», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.9, n.º 2, Abril/Junho, 1991.
2. Chaya, N. [et al], «Preservativos contam – Abordar as necessidades na era do VIH/SIDA», *Relatório do Population Action International*, USA, 2002, p.2-39.
3. Direcção-Geral da Saúde, *Saúde Reprodutiva e Planeamento familiar*, Lisboa, 1998.
4. Hayman, S., «Serviços de Apoio aos adolescentes», in *II Jornadas Nacionais de Planeamento Familiar*, Espinho, Instituto Pasteur de Lisboa, 1982.
5. Matos, M. [et al], *A saúde dos adolescentes portugueses – Estudo Nacional da rede Europeia*, Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos, 2000.
6. Silva, M., *O Modelo de Educação Sexual Falhou e nem o Governo nem ninguém quer mudar nada*, Pública, Janeiro, 2004.

A CRIANÇA E A DOR: ATITUDES E COMPORTAMENTOS DO MÉDICO DE FAMÍLIA

*Zaida Azeredo**

INTRODUÇÃO

A Medicina Familiar é uma especialidade médica de Cuidados de Saúde Primários que presta cuidados personalizados, continuados e globais a um indivíduo. Na Medicina Familiar, pretende-se cuidar da pessoa, desde que ela é concebida até à sua morte, numa perspectiva que integra as componentes biológica, psíquica, social e espiritual do indivíduo.

A compreensão do indivíduo no seu habitat é também fundamental à prática de uma Medicina Familiar eficiente e eficaz que visa não só uma medicina curativa mas também uma medicina preventiva e antecipativa.

Não é de estranhar que o Médico de Família que acompanha um indivíduo e a respectiva família se preocupe com o bem-estar da criança, da família onde ela cresce e dos restantes membros que a compõem (quer co-habitem ou não no mesmo espaço).

As interacções que se geram no espaço e no tempo são para estes profissionais um objecto de estudo essencial à compreensão do desenvolvimento do indivíduo. A sua compreensão é um dos pilares da medicina de antecipação.

A criança é um ser vulnerável, que se encontra numa fase inicial do ciclo de vida, ávida de uma aprendizagem a vários níveis, ainda com pouco poder selectivo, necessitando por tal motivo de uma certa "condução" no percurso que vai fazendo. Por estes motivos, encontra-se também numa fase da vida em que qualquer trauma, ainda que incipiente para um adulto, lhe pode causar grande sofrimento e perpetuar-se por toda a sua vida, por vezes com agudizações.

Com este artigo pretende-se fazer uma reflexão sobre a criança, a dor/sofrimento na mesma e de que forma o Médico de Família gere a(s) situação(ões).

DESENVOLVIMENTO

O grau de interesse que uma sociedade manifesta em relação aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente as crianças e os jovens, reflecte em grande parte o seu nível de desenvolvimento e de aprofundamento da sua vivência democrática (Ministério da Saúde - 1993)[1].

* Enfermeira Graduada

De facto, a saúde e o bem-estar da criança têm implicações determinantes na saúde dos adultos (actuais e futuros) e do país em geral.

A evolução do conceito de saúde (como um estado que se pretende atingir, percorrendo um binómio instável que é o existente entre o estado de saúde e o estado de doença), bem como a interiorização pelos cidadãos de que a saúde é um direito universal em que a responsabilização para a manter ou promover é de todos (e não apenas dos profissionais), associado a um envelhecimento populacional em que a criança se vai tornando num bem precioso e escasso, fazem repensar a assistência a prestar a esta e a jovens adolescentes.

A compreensão da família como um sistema no interior do qual se gere um dinamismo que lhe é próprio, que ao interagir com a sociedade produz mudanças, a consciencialização de que a socialização da criança hoje não é feita apenas na família nuclear, intervindo também a escola/infantário, os pares e as novas tecnologias de informação, obrigam o profissional de saúde a estar muito mais atento ao desenvolvimento e crescimento da criança e ao impacto de possíveis fontes de sofrimento ou de bem-estar e a pensar em cuidados antecipatórios.

A inter-comunicação entre os diversos intervenientes na educação/formação da criança é fundamental, não só para evitar cuidados paralelos (em vez de complementares), mas também para que esta não receba informações contraditórias. A necessidade da criança crescer interiorizando valores que lhe permitem mais tarde reconhecer-se como membro de um grupo social é também importante, pois o ser humano é essencialmente um ser social em que a partilha de tarefas é cada vez mais evidente e necessária num mundo cada vez mais urbanizado.

Efectivamente, a criança que cresce na teia urbana (que cada vez é maior) está diariamente em contacto com uma diversidade cultural e de valores que lhe podem infligir sofrimento ou confundi-la nos seus valores, criando dúvidas e anseios que uma vez interiorizados poderão perturbar outras fases do ciclo vital.

Na perspectiva comportamental, os problemas psicológicos da criança e do adolescente são considerados como formas de comportamentos adquiridos através da aprendizagem, sendo actualmente concedida grande importância aos aspectos cognitivos e de interacção social (Ministério da Saúde – 1993) [1].

O diagnóstico de situação das crianças com problemas de comportamento bem como a sua prevenção e tratamento requerem uma equipe multidisciplinar e multiprofissional que deverá envolver, para além da família e de elementos da comunidade, elementos do sector educativo, médicos de várias especialidades, psicólogos, enfermeiros e técnicos do serviço social. As instituições enquanto instituições também devem ser envolvidas. Neste processo, a equipe de Cuidados de Saúde Primários desempenhará um papel fundamental, quer de carácter informativo, quer como pivot de referência e centralizador das diversas informações. Pode ainda ser catalisadora de acções conjuntas e coordenadas, dando um contributo importante no planeamento de estratégias.

Para Kleinman (1988), as crenças sobre a doença, os comportamentos manifestados pela pessoa doente, as suas expectativas de intervenção terapêutica e a forma como a família e os profissionais de saúde lhe dão resposta são aspectos de uma realidade social[2]. São construções culturais ponto de encontro entre a doença, as respostas a esta, os indivíduos que a vivenciam e os que a tratam e as instituições sociais a ela ligadas[3].

Durante séculos, sofrimento e dor tinham significados semelhantes, estando ligados aos primórdios da Humanidade, porem, só no século XIX é que os cientistas (filósofos e biólogos) separam o termo dor do de sofrimento[4].

Em 1979, a International Association for the Study of Pain definia dor como uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com destruição tecidular actual ou potencial, ou descrita em termos dessa destruição. Para Scarry (1985), cit. por Fernandes (2000), pode haver dor sem que haja agente ou lesão, mas estes são utilizados como referentes de dor, de tal forma que antes da aplicação do estímulo potencialmente doloroso já a pessoa está a ter manifestações de dor. São exemplos frequentes o choro intenso e os berros das crianças quando sabem que vão ser vacinadas (iminência de uma injecção- estímulo que provoca dor física) ou perante a visão do estetoscópio (estímulo que provoca a sensação desagradável de frio e de pressão sobre a pele-desconforto); o medo do desconhecido também pode provocar reacções antecipatórias de dor/sofrimento. A dor é assim um fenómeno complexo com uma componente sensorial e uma psicossocial reactiva. A dor pode ter uma dimensão física, mas também em outros casos tem uma componente psicológica emocional e/ou situacional[3]. É pois importante saber distinguir na criança a dor da manifestação de dor que pode apenas traduzir sofrimento.

Na criança, a manifestação da dor como comportamento antecipatório traduz frequentemente uma experiência prévia (vivenciada ou não) dolorosa. A educação dos pais para que não transmitam aos seus filhos como sinónimo de punição a ida ao médico ou a "pica" dada pelo profissional é uma tarefa importante na prevenção de comportamentos antecipatórios

de dor na criança que dificultam a tarefa dos profissionais de saúde e causam sofrimento naquela. O reconhecimento pela criança da causalidade da dor pode provocar dor. Assim, frequentemente, a criança associa uma experiência desagradável anterior (exemplo um internamento hospitalar) aos futuros actos clínicos como sempre dolorosos. A compreensão do que a criança interiorizou facilita a tarefa dos profissionais na pretensão do seu bem estar; só um trabalho conjunto dos familiares e dos profissionais de cuidados de saúde primários poderão minimizar o sofrimento da criança quando se dirige ao seu médico para vigilância da sua saúde . Nas crianças mais velhas, a dor no presente ainda pode ser potencializada pela perspectiva de dor futura; é o caso da criança oncológica ou daquela que tem um irmão (irmã) com doença oncológica[5].

Segundo Le Breton (1995), citado por Fernandes, não há dor sem sofrimento, sem manifestações afectivas[2].

O sofrimento da criança devido a situações vivenciadas ou ainda presentes (de carácter biológico, psicológico ou social) pode projectar-se nos profissionais, sendo difícil para eles gerir as suas próprias emoções, de forma a demonstrar à criança e seus familiares uma empatia, calma e competência necessárias ao bom êxito do acto clínico em curso. A experiência do profissional, associada a uma boa e adequada formação, bem como tempo, disponibilidade para atendimento e privacidade são essenciais[6].

Para Strauss et all (1985), uma das características do trabalho médico é o facto de este se desenvolver com e sobre pessoas e por tal motivo estar sujeito a contingências que advêm do elemento doente poder reagir de forma própria, afectando o trabalho, mas também poder participar nesse mesmo trabalho. O grau de participação pode ser influenciado por vários factores, nomeadamente, estado de saúde/doença da pessoa, idade, sexo, grau de instrução, personalidade, relação médico-doente e aspectos organizacionais do serviço de saúde (tempo, recursos, espaço físico, etc.)[7,8,9].

O Médico de Família, ao prestar cuidados a um indivíduo desde que ele é concebido até que morre, está numa situação privilegiada para estabelecer com a criança uma relação de empatia, permitindo-lhe intervir sem causar sofrimento na criança. A colaboração dos pais e cada vez mais frequentemente dos avós (cada vez mais são eles que cuidam e trazem a criança à consulta) é essencial na abordagem da criança (saudável ou não). A necessidade de instigar calma e mitigar ansiedades na criança e nos pais (muitas vezes infundadas) é também muito importante, mas só conseguida com uma relação médico/doente baseada na confiança, na veracidade de factos e na competência médica. O facto de o Medico de Família ser um clínico que acompanha o ciclo vital da família permite-lhe um conhecimento aprofundado dos factores genéticos e sociais, bem como das dinâmicas de relação do meio onde a criança cresce e se desenvolve. Pode assim prestar cuidados antecipatórios evitando dor/sofrimento na criança, que possa ser prevenível.

A comunicação estabelecida na presença da criança entre o Médico de Família e familiares da mesma é uma comunicação triangular, isto é, processa-se (ainda que esta não fale) entre a criança, o médico e os familiares sendo, em simultâneo, enquanto durar a comunicação, todos eles receptores e emissores.

O espaço físico em que se desenrola a consulta é também essencial. A criança tem que reconhecer este espaço como familiar, agradável e confortável, não só em termos de temperatura mas também na sua decoração. Identificar objectos de que gosta, poder-lhes tocar, poder-se sentar onde quer, são pequenos pormenores que a fazem sentir estar num ambiente familiar que diminui a “agressão” de uma consulta.

SÍNTESE FINAL

A dor é um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além da sensação, é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais dos que a rodeiam (Deodato 2003)[10].

As manifestações de dor/sofrimento de uma criança numa consulta de Medicina Familiar podem ser influenciadas por diversos factores:

- Características da criança

1- Idade

Quanto mais velha é a criança mais possibilidades tem de já ter vivenciado experiências dolorosas, porém, há evidência de que um recém-nascido ou um lactente memorizem estímulos auditivos, tácteis e visuais desagradáveis embora haja autores que defendem que o bebé ainda não tem capacidade para atribuir um significado à dor, isto é, de apreender uma situação do ponto de vista afectivo e de reagir emocionalmente após o final do procedimento, como o faz uma criança mais velha (Anand e Hickey 1987 citado por Fernandes, 2000).

A criança mais velha que já fala tem outros meios de mostrar a sua dor/sofrimento e de se fazer compreender nas suas angústias.

2 – Personalidade

3 – Experiências prévias

Sejam elas vivenciadas ou apenas interiorizadas por lhe terem sido ensinadas (ex. medo da " pica").

4 – Cultura/educação

Embora hoje se saiba que a socialização se faz em todas as fases da vida (embora de forma diferente), é até aos 3 anos de vida que a criança mais "assimila" a cultura familiar, valores e a forma de estar face a situações.

Sabe-se que a cultura pode influenciar as manifestações de dor/sofrimento. O Médico de Família que na sua lista de utentes tem pessoas culturalmente diversificadas tem que saber interpretar estas manifestações para melhor cuidar

- Factores situacionais

1 – Presença/ausência dos pais/avós

O modo como a dor/sofrimento é percepcionada pode também ser influenciado por factores afectivos, como seja, a presença ou ausência de alguém significativo.

A presença de um familiar calmo, que não transmita angústia ou medo, pode influenciar as manifestações de dor/sofrimento duma criança. A sua presença junto da criança dá-lhe a sensação de protecção.

2 – Estímulo doloroso

Por vezes, o estímulo não é intenso mas pode causar na criança grandes manifestações de dor/sofrimento, quando acompanhado de atitudes/comportamentos menos correctos para o efeito, sobretudo de quem produziu o estímulo (ex. vacinação, sutura de ferida, etc.).

3 – Ambiente

O ambiente pode ser físico ou social. Ambos podem diminuir ou exacerbar os factores stressantes que influenciam o limiar da dor/sofrimento.

4 – Preparação para a intervenção

O Médico de Família deve ter tempo e disponibilidade para preparar a criança para as acções que vai desenvolver, começando por criar empatia com ela e lhe explicar o que pretende fazer. O modo de o fazer varia com a idade da criança, sua personalidade e o acto em si.

A influência entre si dos diversos factores concorre para que o estímulo nociceptivo seja modulado produzindo uma sensação de dor diferente em face de um estímulo semelhante (Fernandes, 2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde, *Comissão Nacional de Saúde Infantil – Relatório*, Lisboa, 1993.
2. Kleinman, Arthur, *The ilness narratives*, New York, Basic Books, 1988.
3. Fernandes, Ananda, *Criança com dor: o quotidiano do trabalho de dor no Hospital*, Coimbra, Ed. Quarteto, 2000.
4. Cardoso, Mª Alice, *Manual de tratamento da dor crónica*, Lisboa, Lidel – edições técnicas, Lda, 1999.
5. Azeredo, Zaida, Amado, João, Silva, Helena et al., «A família da criança oncológica: testemunhos», *Acta Médica Portuguesa*, 2004, 17, 375-380.
6. Diamond A. W., Coniam, S.W., *Controlo da dor crónica*, Lisboa, Climepsi Editores, 1997 (ed. portuguesa).
7. Strauss, Anselm, Fagerhaugh, Shisuku, Suczeck, Barbara et al., *Social organization of medical work*, Chicago, The University of Chicago Press, 1985.
8. Telmo, Isabel C., *A criança e a representatividade do espaço*, Lisboa, Livros Horizonte, Lda., 1986.
9. Gomes-Pedro, João, Levy Gomes, António, Correia, Manuela et al., *Pediatria preditiva*, Lisboa, ACSM Editora, 2001.
10. Deodato, Sandra, «Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão», *Dor*, 2003,11 (4), 29.

* Doutorada em Saúde Comunitária,
Especialista em Medicina Familiar e
Presidente da Comissão de Humanização de um Centro de Saúde

ANEXO

QUESTIONÁRIO “A DOR NA CRIANÇA”

QUESTIONÁRIO
"A Dor na Criança"

I PARTE
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS NOS CENTROS DE SAÚDE

I - Identificação do Centro de Saúde

1. Nome: _____
2. Região de Saúde: _____
3. Sub-Região: _____
4. Observações: _____

_____

_____

II - Características do Centro de Saúde

1. Recursos Humanos

	Total	Total Horas semanais
1. Médicos da Carreira de C.G. (MF).....		
2. Médicos a fazer C.G. não pertencentes à Carreira.....		
3. Pediatras.....		
4. Enfermeiros (total).....		
5. Enfermeiros especialistas em Saúde Infantil.....		
6. Enfermeiros c/ experiência/treino em Saúde Infantil.....		
7. Estomatologistas/Médicos Dentistas.....		
8. Higienistas Orais.....		
9. Psicólogos.....		
10. Técnicos do Serviço Social.....		

11. Observações: _____

_____

_____

_____

2 - População

1. Residentes da área de influência: (Censo 2001) [ ]
   1.1. Residentes menores de 15 anos : [ ]
2. Inscritos: (Dezembro 2002) [ ]
   2.1. Inscritos menores de 15 anos: [ ]
3. Inscritos sem MF: (Dezembro 2002) [ ]
   3.1. Inscritos sem MF menores de 15 anos: [ ]

4. Observações: _____

_____

_____

3. Locais de Atendimento (Sede e Extensões)

1. N.º Total de Locais de Atendimento : [ ]
2. Locais de Atendimento em que se faz consulta de vigilância em Saúde Infantil [ ]

3. Observações: _____

_____

_____

III - Características do atendimento das crianças seguidas no C.S.

As respostas às perguntas seguintes devem referir-se à prática/situação mais frequente no C.S.

1. Consultas de Vigilância

1. N.º de MF que seguem as crianças inscritas nas suas listas, dos 0 aos 15 anos, em consultas de vigilância: _____
2. Se as crianças não são seguidas pelo seu MF em consultas de vigilância fazem o seu seguimento em:

- 2.1. Pediatra do C.S. sim [ ] não [ ]
  - 2.1.1. Se sim, até que idade? _____
- 2.2. Outro MF do C.S. sim [ ] não [ ]
  - 2.2.1. Se sim, até que idade? _____
- 2.3. Outro sim [ ] não [ ]
  - 2.3.1. Qual? _____

3. As crianças inscritas sem MF atribuído fazem consultas de vigilância no C.S.? sim ☐ não ☐

- Se sim, em:

• 3.1. Pediatra do C.S. sim ☐ não ☐

- 3.1.1. Se sim, até que idade ? _____

• 3.2. MF sim ☐ não ☐

- 3.2.1. Se sim, até que idade ? _____

• 3.3. Outro Médico sim ☐ não ☐

- 3.3.1. Se sim, qual? _____
- 3.3.2. Até que idade? _____

4. Em quantos Locais de Atendimento existe espaço próprio para a consulta de Vigilância em Saúde Infantil? _____

- 4.1. Até que idade as crianças são vistas nesse espaço ? sim ☐ não ☐
- 4.2. Todos os Médicos a exercer nesses locais de atendimento utilizam esse espaço ? sim ☐ não ☐

5. Em quantos locais de atendimento a consulta é realizada em horário próprio ? _____

- 5.1. Até que idade as crianças são vistas nesse horário ? sim ☐ não ☐
- 5.2. Todos os Médicos tem horário específico para estas consultas ? sim ☐ não ☐

6. Em quantos locais de atendimento existe Enfermeiro (a) que se ocupa especificamente da S.I.? _____

7. Em quantos locais de atendimento é possível aos pais estabelecerem contacto telefónico com o Médico e/ou Enfermeiro para esclarecerem dúvidas sobre a saúde dos seus filhos ? _____

8. Este procedimento é generalizado entre os profissionais ? sim ☐ não ☐

9. Em quantos locais existem salas de espera específicas para as crianças ? _____

10. Em quantos locais existem instalações sanitárias próprias para as crianças ? _____

11. Observações: _____

2. Consultas de Doença

1. As crianças inscritas em MF são observadas, habitualmente, pelo seu MF, dentro do seu horário de consulta geral, em situação de doença? sim ☐ não ☐

- 1.1. Se não, qual a alternativa ? _____

2. Que alternativa têm as crianças inscritas em MF que a ele recorrem fora do horário de consulta ou na ausência do seu MF ? _____

3. Que alternativa têm as crianças inscritas sem MF atribuído quando recorrem ao Centro de Saúde em situações de doença ? _____

4. As crianças doentes têm algum tipo de atendimento diferente dos adultos? sim ☐ não ☐

- 4.1. Se sim, especifique: _____

5. Observações: _____

3. Consultas de Doença em "Atendimentos Especiais"

1. Existe algum serviço (forma de atendimento) desta natureza instituído na área do centro de saúde? sim ☐ não ☐

2. Em quantos locais? _____

3. Quantos funcionam durante 24h? _____

4. Outros horários – Quais? _____

5. Algum destes serviços (atendimento) é assegurado em parceria com outro centro de saúde? sim ☐ não ☐

6. Nesses serviços há, em regra, procedimentos que diferenciem o atendimento a crianças do atendimento a adultos? sim ☐ não ☐

6.1. Quais? _____

7. Observações _____

4. Vacinação

1. Em quantos locais de atendimento há vacinação ? _____

2. Em quantos locais a vacinação é efectuada em sala destinada exclusivamente à vacinação ? _____

3. As vacinas são administradas nos dias, no horário e no mesmo edifício em que se efectuam as consultas de vigilância ? sim ☐ não ☐

4. Observações: _____

5. Atendimento a Recém-Nascidos

1. Na primeira ida de uma mãe ao Centro de Saúde com o seu filho recém-nascido que tipo de atendimento é feito:

- 1.1. Apenas administrativo para marcação de "picadinha do pé" e/ou consulta ? sim ☐ não ☐
- 1.2. Administrativo e de Enfermeiro(a) ? sim ☐ não ☐
- 1.3. A "picadinha do pé" para a colheita de sangue para o Rastreio das doenças metabólicas é efectuada por Enfermeiros da Saúde Infantil ? sim ☐ não ☐
- 1.4. Este primeiro contacto é habitualmente usado para outras acções? sim ☐ não ☐
- 1.5. Quais? _____

2. Observações: _____

6. Atendimento de Adolescentes

1. O C.S. tem atendimento específico para adolescentes? sim ☐ não ☐

Se sim:

- 1.1. Em quantos locais de consulta? _____
- 1.2. A consulta está aberta a:
- 1.2.1. todos os jovens inscritos sim ☐ não ☐
- 1.2.2. qualquer jovem residentes na área de influência do C.S. sim ☐ não ☐
- 1.2.3. qualquer jovem sim ☐ não ☐

2. Há limites de idade? sim ☐ não ☐

Se sim:

- 2.1. qual o limite inferior? _____ anos
- 2.2. qual o limite superior? _____ anos

3. Qual a natureza desse atendimento? _____

4. Observações: _____

II PARTE

I - ATITUDE FACE À DOR

1. A dor desencadeada por actos praticados pelos profissionais é reconhecida e valorizada ? sim ☐ não ☐

2. Fundamente a sua resposta: _____

3. Há algum procedimento instituído para combater a dor:

- 3.1. No teste do "pezinho"? sim ☐ não ☐
  3.1.1. Se Sim, qual? _____
- 3.2. Na administração de vacinas? sim ☐ não ☐
  3.2.1. Se Sim, qual? _____
- 3.3. Na administração de injectáveis? sim ☐ não ☐
  3.3.1. Se Sim, qual? _____
- 3.4. Na feitura de pensos? sim ☐ não ☐
  3.4.1. Se Sim, qual? _____
- 3.5. Na manipulação dentária? sim ☐ não ☐
  3.5.1. Se Sim, qual? _____

4. Observações: _____

BIBLIOGRAFIA, SIGLAS E ACRÓNIMOS

Bibliografia

- Aires, A.L., *Ser Criança no séc. XXI*, Pulsar, 2004, 16, pp. 10 – 13.
- ARS LVT, Circular Normativa n.º 2/98 de 12/02 de 1998, *Aperfeiçoamento organizativo da clínica geral nos CS.*
- CNSCA (Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente), *Pediatra consultor no Centro de Saúde. Recomendações*, Dezembro 2004, in http://mercurio.iqs.pt/cnsca consultado a 13/03/2005.
- CNSCA (Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente), *Atendimento prioritário das famílias com grávidas e/ou com crianças nos Centros de Saúde. Recomendações*, Abril 2004, in http://mercurio.iqs.pt/cnsca consultado a 13/03/2005.
- Declaração Alma Ata (http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=199).
- Decreto-Lei n.º 73/90. *Regulamento das carreiras médicas.*
- Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio. *Regime Remuneratório Experimental.*
- Decreto-Lei n.º 70/2000 de 4 de Maio, Rectificação à Lei n.º 4/84 de 5 de Abril, *Protecção da Maternidade e da Paternidade*, Anexo, Capítulo 2, Art.º 7º n.º 1.
- Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro.
- Decreto-Lei n.º 13/2001 de 25 de Fevereiro, *Registo de nascimento.*
- Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, *Rede de prestação de cuidados de saúde primários.*
- Definições da DGS e INE (http://conceitos.ine.pt/pesquisa2.asp)
- Department of Health, Executive Summary, *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*, London, 2004.
- DEPS, *Normas para o planeamento dos equipamentos de Saúde*, Lisboa, 1989.
- Despacho n.º 18 de 21 de Agosto, Remete para os directores dos centros de saúde e para os órgãos dirigentes das Administrações Regionais de Saúde a programação dos horários dos médicos da carreira de clínica geral.
- DGCSP, *Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil*, 1983.
- Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, *Instalações de Centros de Saúde. Guia de Programação Funcional*, Divisão de Planeamento e Avaliação, Lisboa, Março de 1992.
- DGS, *Recomendações com vista à normalização e integração dos cuidados primários em saúde materna e infantil*, 1979.
- DGS, *Circular Normativa n.º 12/DSDT. Transporte e Armazenamento de Vacinas e Produtos Afins. Normas e Recomendações*, 1994.
- DGS, *Programa Nacional de Vacinação. Orientações Técnicas*, n.º 10, Lisboa, 2001.
- DGS, *Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de Actuação. Orientações Técnicas*, n.º 12, Lisboa, 2002.
- DGS, *Centros de Saúde e Hospitais do SNS*, 2003.
- DGS, *Plano Nacional de Saúde. 2004-2010*, Volume II, Orientações estratégicas, 2004.
- ENSP 2001, in www.ensp.unl.pt/act_editorial_t_2001.shtm, consultado em 7 de Junho de 2005.
- European Parliament, «Health Care Systems in the EU (1998)» in Rodrigues, L.A., Ginó, A., Sena, C., Dahlin, K., *Comprender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*, Edições Colibri, 2002.
- Finlay, F., Simpson, N., Jones, R., «Adolescents Health Services. Letters to the editor», *Arch Dis Child,* 1998, 78: 194.
- Freed, G.L., Tammie, A.N., Wheeler, J.R.C., «Wich Physicians Are Providing Health Care to America's Children? Trends and Changes During the Past 20 Years», *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004, 158: 22-26.
- Hall, D., Sowden, D., «Primary Care for Children in 21st Century. General practitioners must adapt to the change spectrum of illness», *BMJ*, Volume 330, 26 February 2005, pp. 330-331.
- INE, 2001, in www.ine.pt/prodserv/quadros/mostra_quadro.asp, consultado em 16/02/05.
- Katz, M., Rubino, A., Collier, J., Rosen, J., Ehrich, J.H.H., «Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training», *Pediatrics,* Vol 109, Nº. 5 May, 2002, pp. 788-796.
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, *Lei de Bases da Saúde. Base II. Política de saúde.*
- Lei 120/99 de 11 de Agosto, *Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.*
- Lemos, N. L., «Treino Pós-Graduação ao nível dos Cuidados Primários», *in Cuidados Primários de Saúde à Criança Portuguesa. XII Curso de Actualização e Aperfeiçoamento da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, DGS, 1979.
- Ministério da Saúde, *Novos Centros de Saúde. Critérios de Programação*, Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento, 1999.
- Ministério da Saúde, *Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde*, 1ª fase, Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, 2001.
- Cunha, O., «Evolução Histórica da Pediatria», in *Reflectir as Práticas para Melhorar o Desempenho – Actas do Encontro*, IAC, 2000, pp. 9 - 13.
- Oppong-Odiseng, A.C.K., Heycock, E.G., «Adolescent health Services – through their eyes», *Archives of Disease in Childhood*,1977, 77:115-119.
- Reid, J., Department of Health, Executive Summary, *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*, London, 2004, pp.18.
- Resolução da Assembleia da República n.º 28/2004 de 19 de Março, *Medidas de prevenção no âmbito da interrupção voluntária da gravidez.*

- Rocha, L., "Interface dos Cuidados de Saúde Primários e ...." in *Reflectir as Práticas para Melhorar o Desempenho – Actas do Encontro*, IAC, 2000.
- Rodrigues, L.A., Ginó, A., Sena, C., Dahlin, K., *Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*, Edições Colibri, 2002.
- Sakellarides, C., "Políticas de Saúde" in *Publica*, n.º 452 de 23 de Janeiro de 2005, pp.5 - 8.
- Tripp, J., «Sexual health, contraception, and teenage pregnancy», In Russell, V., *ABC of adolescence*, BMJ, 2005, 330, 590-593, consultado em 15/03/2005 no endereço http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/330/7491/590?etoc.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CNSCA – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente
CS – Centro de saúde
CPP – Cuidados Primários Pediátricos
DGS – Direcção-Geral de Saúde
DGCSP – Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
IAC – Instituto de Apoio à Criança
MI – Mortalidade Infantil
SI – Saúde Infantil
SMS – Serviços Médico-Sociais
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UE – União Europeia
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Instituto de Apoio à Criança

HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN

Instituto de Apoio à Criança
Largo da Memória, 14
1349 - 045 Lisboa
Tel: +351 213 617 880 Fax: +351 213 617 889
e-mail: iacsede@netcabo.pt

Sector de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança
Rua Sampaio e Pina, 12, r/c
1070 - 249 Lisboa
Tel: +351 213 807 300 Fax: +351 213 869 199
e-mail: iac.humanizacao@gmail.com
http://www.iacrianca.pt