



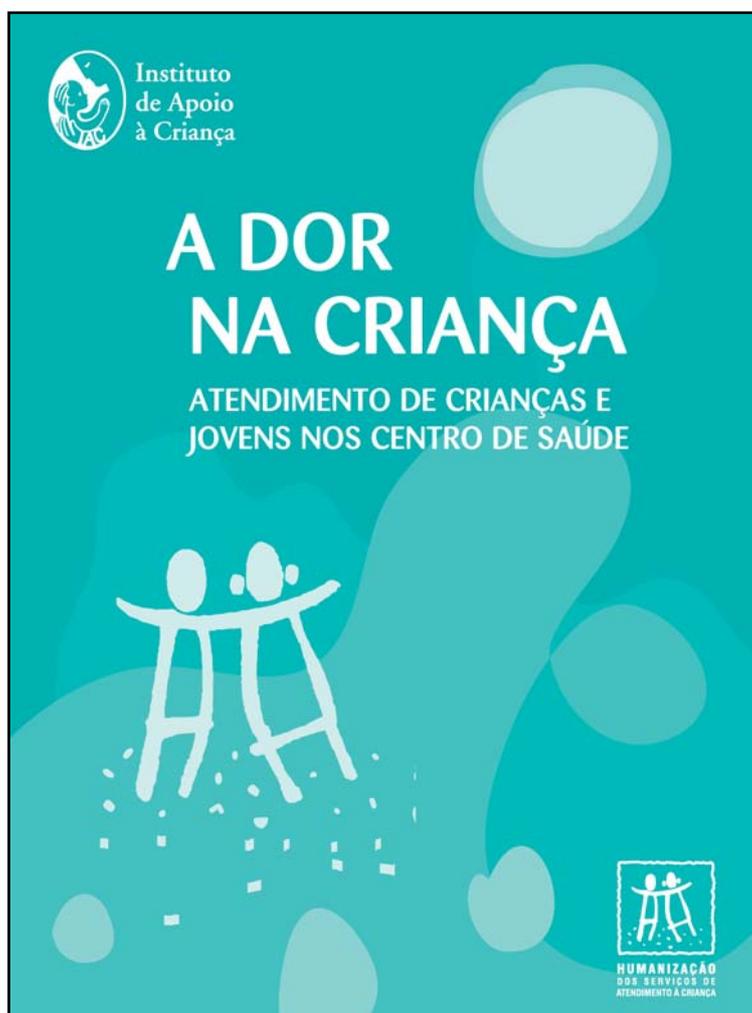
A DOR NA CRIANÇA

# ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS NOS CENTROS DE SAÚDE

A acção do Sector de Humanização dos Serviços de atendimento à Criança tem sido dirigida à criança hospitalizada. No entanto, atendendo ao importante papel dos Centros de Saúde (CS) no sistema de saúde português, particularmente na prestação de cuidados de saúde à criança e sua família, sejam eles dirigidos a crianças sãs ou doentes, em 2002, o Sector estruturou um estudo, designado "A Dor na Criança – Conceitos e Práticas".

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 ainda os procedimentos/comportamentos de profissionais que trabalham em Cuidados de Saúde Primários, face à dor na criança, decorrente de alguns procedimentos dolorosos mais frequentemente utilizados na prestação de cuidados.

O estudo foi feito mediante a aplicação de um questionário a uma amostra de 119 centros de saúde, no universo dos 357 a nível nacional.



Passamos a expor os principais resultados:

## POPULAÇÃO INSCRITA

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

poderá reflectir uma maior procura dos CS pelos idosos e também uma sobre inscrição dos maiores utilizadores, o que traduz a incapacidade do sistema para impedir as múltiplas inscrições.

## 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.

O "ratio" médico exercendo funções de clínica geral por 10.000 habitantes é de 5,9, o que é concorde com o ratio de 6/10.000 encontrado para Portugal, mas inferior à média europeia que é de 8/10.000.

O "ratio" de 1,1 enfermeiros por médico exercendo funções de 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.

O estudo identificou 25 pediatras, sendo que 78,0% dos CS não possuem esta especialidade. 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 nos Cuidados Primários Pediátricos e na vigilância da saúde das crianças na comunidade, quando equacionamos maiores exigências em termos de acompanhamento da saúde da Criança e quando verificamos que a procura de cuidados médicos à criança se tem desviado do clínico geral para o pediatra.

Assim, há 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, o que compromete a existência de equipas multidisciplinares que parecem ser a forma mais adequada de abordar, à luz dos conhecimentos actuais, os problemas da saúde e do desenvolvimento da Criança.

## ATENDIMENTO EM SAÚDE INFANTIL

Cerca de um terço (28,4%) dos CS disseram não ter "espaço próprio" para as consultas de vigilância em Saúde Infantil, donde poderemos supor, que muitas crianças serão atendidas em espaços que poderão não ser os mais adequados.

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.

## HORÁRIO PRÓPRIO

Embora todos os CS refiram haver um horário próprio de cada médico para a Saúde Infantil, verifica-se que em 12,9% dos CS, nem todos os médicos o utilizam, o que fere um direito dos utentes legalmente previsto no Dec-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril, "solicitar marcação de consulta em hora determinada pelo horário do seu médico".

## PRESENÇA DE ENFERMEIRO

A presença de um enfermeiro para prestar cuidados em Saúde Infantil, 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.

## ATENDIMENTO A CRIANÇAS DOENTES

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

## 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 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 crónicas 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.

## ATENDIMENTO DIFERENCIADO

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".

Dar "prioridade à criança" é a forma mais frequente (62,0% em



consulta e 33,3% em atendimento especial,) de diferenciar o atendimento à criança.

#### ACESSO TELEFÓNICO

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".

#### 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.

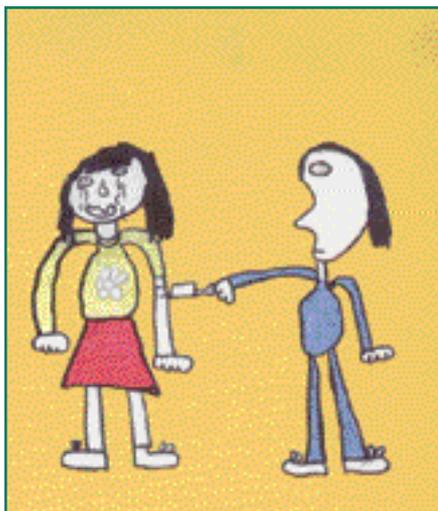
Verificou-se complementaridade entre o local e o horário de vacinação e as consultas de vigilância em Saúde Infantil em 90,0% dos CS inquiridos.

#### ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO

Na primeira ida ao CS verificou-se que, na maior parte dos casos, o 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%).

#### ATENDIMENTO A ADOLESCENTES

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.

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.

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 remete para a necessidade de diversificar a oferta de cuidados e aconselhamento nestes locais.

#### 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 conse-

quências 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. Verifica-se que em 80,9% dos CS, no caso do "teste do pezinho", em 57,3% nas vacinas, em 71,9% na administração de injetáveis, 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 enraizadas 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.

## RECOMENDAÇÕES

### 1- SERVIÇOS DE SAÚDE

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

– 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.

– 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.

– 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 Saúde Infantil com horários pré-determinados em todas as situações;

– Disponibilizar pessoal com formação específica para atender este grupo;

– Efectuar o atendimento às crianças em local adequado sempre que as instalações o permitam;

– Garantir a continuidade de atendi-

mento 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 na definição do modo de atendimento à criança, que (i) assegurem o acesso às consultas de vigilância a todas as crianças, 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 Centro de Saúde;

– 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 possibilidades 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.).

– 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.

– Impõe-se reforçar todas as medidas para promover a

necessária mudança de atitudes, nomeadamente: Continuar a discutir a 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; prosseguir 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.

### 2 – SECTOR DA HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA DO IAC

Na sequência deste estudo, o Sector da Humanização deverá:

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

– Organizar a divulgação dos resultados, através de encontros, reuniões, tendo por objectivo aprofundar a discussão e reflexão das práticas quanto aos procedimentos dolorosos, os seus riscos, quer entre os profissionais de saúde, quer com as famílias, utentes, associações de doentes, etc.

– Conceber material informativo sobre as diferentes manobras invasivas, destinado à criança, família, técnicos e à comunidade em geral.

Síntese da Publicação – Dez 2006  
"A DOR NA CRIANÇA – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde"

**LEONOR SANTOS**

Coordenadora do sector Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança