

O Programa de Saúde da Família e a Puericultura*

Family Health Care Program and child health care

Luiz Antonio Del Ciampo ¹
Rubens Garcia Ricco ¹
Julio César Daneluzzi ¹
Ieda Regina Lopes Del Ciampo ²
Ivan Savioli Ferraz ¹
Carlos Alberto Nogueira de Almeida ²

Abstract *This paper suggests a proposal of Child Health Care, to children and adolescents, to be developed in the Family Health Care Programs.*

Key words *Primary care, Child health, Family health, Family practice, Primary child care*

Resumo *O trabalho apresenta uma proposta de atendimento em Puericultura, para crianças e adolescentes, que pode ser desenvolvida no contexto das atividades dos Programas de Medicina de Família e Comunidade.*

Palavras-chave *Atenção primária em saúde, Puericultura, Medicina de família e comunidade, Programa de Saúde da Família, Atenção primária em pediatria*

* Trabalho desenvolvido com o apoio da Faepa – Fundação de Amparo ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

¹ Departamento de Puericultura e Pediatria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes 3.900, Monte Alegre, 14049-900 Ribeirão Preto SP. delciamp@fmrp.usp.br

² Curso de Medicina, Universidade de Ribeirão Preto.

Introdução

Os serviços de atendimento à saúde são estruturados pela sociedade de modo a atender dois objetivos principais:

- 1) a otimização da saúde da população por intermédio do conhecimento atualizado das causas e manejo das doenças, visando maximizar o bem-estar físico, emocional e social;
- 2) a redução das diferenças de oportunidades entre os distintos grupos populacionais, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde¹.

Dentre os diferentes modelos de serviços de saúde, pode-se destacar aqueles que se incumbem de oferecer a chamada Atenção Básica à Saúde, cujo trabalho utiliza, fundamentalmente, profissionais com grande base de conhecimento, atuando com uma visão interdisciplinar, com o objetivo de aumentar o índice de resolução dos problemas, sem causar elevação dos custos². A atenção primária à saúde ocupa, desde a 30ª Reunião Anual da Assembléia Mundial da Saúde, realizada em 1977, lugar de destaque entre as ações de saúde empreendidas nas últimas três décadas em todo o mundo. Em 1978, após a Conferência de Alma-Ata, ela foi reconhecida como uma ação integral e permanente que deve compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade.

A Atenção Básica é desenvolvida por meio de um conjunto de ações práticas que requerem, para sua implementação, grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativa baixa complexidade. Pode ser entendida como o nível de entrada no sistema de saúde, fornecendo atenção sobre a pessoa para todas as condições, além de coordenar e integrar a atenção obtida em outro lugar ou por terceiros. Representa a base do trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde e atua de modo a oferecer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A Atenção Básica enfoca os problemas de saúde mais prevalentes de cada grupo social. Suas ações visam a modificar as condições de vida da comunidade, em função do controle de fatores sociais e ambientais, além de hábitos e estilos de vida, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos^{1,3,4}.

A proposta de atuação

Apoiado nesses preceitos e procurando refletir experiências realizadas em outros países, é implantado no Brasil, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com a proposta de modificar e expandir o acesso da população aos serviços de saúde, tornando-se a porta de entrada do sistema vigente até então. Segundo o Ministério da Saúde⁵, trata-se de *uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados*. Atuando sob a luz dos princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe multiprofissional, tem como uma de suas principais metas a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções personalizadas e individualizadas².

Como estratégia diretamente relacionada à atenção primária, o PSF deve procurar compreender a saúde das pessoas no contexto dos seus diversos determinantes, quer seja no ambiente físico da comunidade, quer seja nas relações sociais, alcançando muito além do simples enfoque sobre a enfermidade dos cidadãos. A família, além do indivíduo, passa a ser objeto de atenção no ambiente onde vive, ampliando-se a sua compreensão diante do processo saúde/doença. Em 2004, o País contava com 17.608 equipes, que atuavam em 49.276 municípios e cobriam cerca de 57 milhões de habitantes. Este número vem crescendo continuamente⁶.

Estimativas feitas a partir do censo de 2000 apontam que a população brasileira conta, atualmente, com mais de 178 milhões de habitantes. Destes, cerca de 40% (mais de 70 milhões) encontram-se na faixa etária que vai do nascimento aos 19 anos, sendo 33,6 milhões de crianças até 10 anos de idade e 36,4 milhões de adolescentes⁷.

Os programas estruturados para oferecer Atenção Básica à saúde da criança têm como metas principais promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Necessitam da efetiva participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração de diversas classes profissionais que atuam em equipe, devidamente calcados nos saberes interdisciplinares e apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde. Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade dentro da assistência à saúde infantil, a fim de garantir o

crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social. Desta forma asseguramos o pleno desenvolvimento do potencial genético da criança, que levará a um adulto mais saudável, capaz e feliz possível, bem como procuramos reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade ainda verificadas em diversas populações^{8, 9, 10}.

A puericultura, área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental pois as ações médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não terão sucesso¹¹.

O profissional médico que pratica a Puericultura, por meio de revisões periódicas, deve desempenhar seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade³. O puericultor, como é também chamado este médico, deve oferecer apoio constante à família, auxiliando na minimização dos efeitos sociais e emocionais das doenças sobre a criança e seus familiares¹².

Dentre os vários papéis desempenhados pelo puericultor destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona à mãe e à família. Esta, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua auto-estima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança. Citando o inesquecível professor Eduardo Marcondes, podemos afirmar que o puericultor não atende crianças e sim, famílias¹³.

Diante das considerações apresentadas e da experiência profissional dos autores, adquirida

em várias décadas de atuação na área de atendimento de Puericultura e atenção primária em Pediatria, este texto pretende divulgar a proposta de um programa de atendimento em Puericultura que possa ser incorporado às atividades do Programa de Saúde da Família.

Este Programa de Puericultura (PPUE) deve se estender a toda a população na faixa etária que vai do nascimento aos 20 anos incompletos, com seguimento longitudinal e distinto entre as diferentes idades, e ser realizado por meio de atendimento ambulatorial individualizado, visitas domiciliares e participação em grupos de educação e socialização¹⁴. Independentemente da faixa etária atendida, seus objetivos gerais são:

- a) vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual;
- b) ampliar a cobertura vacinal;
- c) promover a educação alimentar e nutricional;
- d) promover a segurança e a prevenção de acidentes;
- e) promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico;
- f) estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade;
- g) promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias;
- h) propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social.

De acordo com as diferentes faixas etárias dos pacientes, o PPUE observa algumas particularidades:

- a) O recém-nascido (RN): suas principais características são a completa dependência do adulto para sobrevivência, grande imaturidade e incapacidade de controlar impulsos e emoções. Trata-se de uma criança que apresenta maiores riscos e necessita de cuidados mais intensos. Portanto, durante a primeira semana de vida, após a alta hospitalar, deverá receber visita domiciliar de uma enfermeira, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde. Os objetivos desta visita são proporcionar maior contato entre o binômio mãe-filho e, por parte da equipe de Saúde da Família, identificar dúvidas e dificuldades da puérpera em desempenhar o papel de mãe, oferecer orientações sobre os cuidados básicos ao recém-nascido e avaliar a adaptação da criança ao meio extra-uterino. É uma excelente oportunidade para fortalecer a implantação e estimular a prática do aleitamento materno. Ao término dessa visita, já

será marcada a primeira consulta médica do RN para sua matrícula no programa;

b) O lactente: caracteriza-se por ser uma criança que se encontra em um período de rápido crescimento pôndero-estatural e desenvolvimento neuromotor, que evolui rapidamente de uma condição de vida dependente para uma vida de relacionamento com os pais e com o ambiente familiar, ganhando autonomia progressivamente. A criança adquire maior movimentação voluntária, amplia seu espaço social e é muito estimulada pelo ambiente. Nesta ocasião ocorrem ainda o início da construção da inteligência e a fase oral do desenvolvimento da personalidade. As crianças nesta faixa etária, que se estende dos 28 dias aos dois anos de vida, serão acompanhadas por consultas médicas mensais, durante o primeiro semestre de vida, bimestrais, no segundo semestre, e trimestrais, entre 12 e 24 meses de idade;

c) O pré-escolar: período que se estende dos dois aos sete anos de idade, caracterizado por desaceleração do crescimento e menores necessidades nutricionais do que na fase anterior. Com a especialização do desenvolvimento neuromotor, a criança vai adquirindo autonomia, ampliando o seu ambiente social e diminuindo a dependência dos adultos, que se torna mais emocional e intelectual do que física. Sua evolução sócio-adaptativa e cognitiva permite o início do processo de aprendizagem formal, embora ainda tenha pequena capacidade de prever riscos e de reconhecer o perigo. O objetivo é obter um candidato fisicamente forte, mentalmente capaz e socialmente ajustado para entrar na escola. As crianças serão avaliadas em consultas médicas semestrais entre dois e sete anos;

d) O escolar: caracteriza-se por ser um período de crescimento estável, quando o sistema nervoso central está se completando e pronto

para receber alfabetização e realizar operações concretas. Nesta fase, a criança sofre muitas influências externas e é insuficiente e inadequadamente vigiada pelos adultos. O programa indica consultas médicas semestrais, entre sete e 10 anos de idade;

e) A adolescência: inicia-se aos 10 anos, caracterizando-se por significativas e intensas mudanças físicas e emocionais, que visam a preparar o indivíduo para a vida adulta, definindo sua identidade e integração social. Neste período, ocorre a maturidade física e reprodutiva, identidade sexual e psíquica e independência emocional. O adolescente necessita de auto-afirmação, pois ainda é inexperiente e apresenta espírito desafiador e aventureiro. A partir dos 10 anos, as consultas são semestrais até os 20 anos de idade. Atenção especial deverá ser dada para o estadiamento puberal que ocorre durante este período, avaliando-se a maturidade sexual.

Considerações finais

Finalmente, a propósito das considerações discutidas acima, podemos recordar o verso do poeta inglês W. Wordsworth (1770-1850) “a criança é o pai do homem”, que consegue aquilatar a importância de um programa de Puericultura eficiente e contínuo, desde o nascimento (ou até mesmo antes dele), na projeção do adulto mais saudável e feliz, pleno de suas potencialidades e cidadania. De tal forma, estamos tão convictos de sua importância que não hesitamos afirmar que a Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente somente se plenifica ética e tecnicamente quando inclui, nos papéis de todos os membros da equipe que dela participam, a doutrina e a prática da Puericultura.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
2. Alves CRL, Viana MRA. Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 2003.
3. Dominguez BNR. O Programa de Saúde da Família: como fazer. 1ª ed. São Paulo: CGE Computação Gráfica/Editora Ltda; 1998.
4. Martin Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y practica clínica. 4ª ed. Madrid: Editora Hartcourt; 1999.
5. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1998.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS) [acessado agosto 2005]. Atenção básica e saúde da família. Disponível em: <http://www.dtr2001.saude.gov.br/psf//programa/index.asp>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acessado agosto 2005]. Censos demográficos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
8. Crespin J. Puericultura. Ciência, arte e amor. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1992.
9. Del Ciampo LA, Ricco RG, Rosa F. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. *Pediatria* 1994; 16(4):158-61.
10. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura: princípios e práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
11. Ricco RG, Almeida CAN, Del Ciampo LA. Puericultura: temas de pediatria 80. São Paulo: Nestlé; 2005.
12. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Puericultura ambulatorial. [Documento Científico]. Porto Alegre; [Fevereiro] 2004.
13. Issler H, Leone C, Marcondes E. Pediatria na atenção primária. 1ª ed. São Paulo: Editora Sarvier; 1999.
14. Daneluzzi JC. Programas de Puericultura: uma experiência bem-sucedida. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CA. Puericultura: princípios e prática. Atenção integral à saúde da criança. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p. 5-8.

Artigo apresentado em 18/10/2005

Aprovado em 25/10/2005

Versão final apresentada em 30/11/2005