

O PAPEL DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL THE ROLE OF A PEDIATRICIAN ON INTEGRAL ASSISTANCE

Maria Haydée Augusto Brito

Pediatra Neonatologista. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Desenvolvimento Infantil pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Formanda em Psicanálise pela International Psychoanalytical Association (IPA).

RESUMO

Nos últimos anos, a clínica pediátrica vem superando a prática antiga, cujo objetivo parecia restrito aos aspectos orgânicos e à medicalização. Do mesmo modo, a puericultura, que se limitava à transmissão de noções e técnicas sobre cuidados de higiene e nutrição da criança, passou a abranger ações voltadas para a promoção da saúde e para a assistência integral. Hoje as rotinas pediátricas enfatizam, além do tratamento e da prevenção das doenças, a promoção de melhor crescimento e desenvolvimento mais apropriado. A individualização do cuidado e a preocupação com a saúde mental completam a abordagem pediátrica.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial, Pediatria, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In recent years, pediatric clinics has been on its way to overcoming the old practice, which seemed to be restricted to organic aspects and to medicalization. Child care has likewise gone beyond the simple teaching of notions and techniques regarding child hygiene and nutrition to include actions aiming promotion of health and integral assistance. Modern pediatric procedures emphasize not only disease prevention and treatment, but also promotion of better growth and more appropriate development. Individualization of care and attention to mental health complete the pediatric approach.

Keywords: Ambulatory Care, Pediatric, Health Promotion.

A clínica pediátrica vem apresentando mudanças em seu paradigma tradicional e adotando um modelo de atenção em que o processo saúde-doença na criança está deixando de ser tratado com foco exclusivamente nos problemas orgânicos e passando a ser visto como fenômeno complexo que resulta da interação de aspectos biológicos, psicoafetivos, sociológicos, ambientais e culturais.

Tal tendência pode ser percebida quando se observam, por exemplo, as ações em prol do aleitamento materno que, cada vez mais, se fundamentam em abordagens compreensivas, ao invés de se basear em argumentos meramente explicativos. Ou, em outro exemplo, a normatização feita pelo Ministério da Saúde para a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso¹, na qual se pode ver, de forma consistente, a idéia de assistir a criança inserida em seu ambiente e em sua história, com ênfase na individualização do cuidado e na subjetividade.

As consequências dessas mudanças favorecem os pacientes pediátricos que, como se sabe, experienciam seus problemas em todos os níveis de sua realidade, a saber: o corpo, a mente, o espírito e a sociedade à qual pertencem. E, como todos esses níveis estão impregnados por valores, crenças e pré-juízos, impõe-se que o pediatra conheça os mais diversos aspectos implicados nas situações em que se encontram as crianças e os adolescentes os quais assiste².

O papel do pediatra consiste em acompanhar a saúde da criança e do adolescente, de modo a ajudar cada paciente a superar os problemas com os quais se depara na vida e a contribuir para que o potencial trazido ao mundo por cada criança possa se expressar da maneira mais completa e harmônica que seja possível.

As condições mórbidas que podem atingir a criança envolvem, além das doenças em si, situações como dificuldades de aprendizagem, sequelas de câncer ou de tratamento intensivo, enfermidades

crônicas e/ou que cursam com deficiências, negligência, maus tratos e abuso sexual, gravidez na adolescência, alcoolismo, uso de drogas, depressão, isolamento, suicídio e tantas outras que podem vir a interferir no crescimento e no desenvolvimento.

Tais condições se constituem como desafios para os quais urge que se criem estratégias de manejo e prevenção, pois como o crescimento e o desenvolvimento humanos dependem das relações entre múltiplos fatores interdependentes, o pediatra deve tomar para seu âmbito de interesse tudo aquilo que favorece ou que entrava a adequação de tais processos.

A sociedade humana exige cuidado e o significado desse termo, compreendido e trazido ao âmbito do cuidado com a saúde da criança, implica em atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro⁴; em outras palavras: a sociedade exige que se promova a saúde em seu conceito mais pleno.

Na tarefa do pediatra encontra-se o ponto fundamental da promoção da saúde que é cuidar do crescimento e do desenvolvimento humanos. Com incursões que começam na vida intra-uterina e vão até a maturidade, a promoção da saúde é inerente à atividade pediátrica. Para Marcondes⁵, o pediatra tem como característica essencial uma profunda identificação com as ações preventivas, sem a qual não é pediatra.

Promover saúde significa assistir a criança e o adolescente em todas as dimensões e isso conduz a uma redefinição da prática pediátrica que, de acordo com Leite⁶, passa pela aquisição de atributos intelectuais, técnicos e psicoafetivos, capazes de compor um instrumental que permita ao pediatra compreender sua atividade no contexto social e histórico em que a desempenha.

Uma aplicação de tal compreensão pode ser vista quando Martinez⁷, ao discutir o problema do baixo

peso ao nascimento, pondera sobre os avanços obtidos na redução da morbimortalidade de bebês prematuros. Para o autor, a crescente sobrevivência de bebês nascidos cada vez mais imaturos e o fato de não haver redução significativa da incidência de muito baixo peso chamam atenção para a distinção a ser feita entre avanços científicos e inovações tecnológicas, pois a incidência de partos pré-termos permanece entre 7 e 12%, há trinta anos, nos países desenvolvidos, apesar dos progressos da obstetrícia moderna e da medicina fetal⁸.

Talvez seja preciso buscar ângulos ainda não esclarecidos da constituição desse fenômeno: Haveria a possibilidade do parto prematuro não ser determinado, exclusivamente, como se crê, por causas orgânicas? Poderia haver uma dificuldade prévia e inconsciente que contribuísse para desencadear o parto prematuro, como interroga Mathelin⁹, enveredando por um viés psicanalítico?

Não se pode considerar inusitada tal assertiva uma vez que o saber médico reconhece que estados e reações psíquicas manifestam-se como sintomas orgânicos quando aborda a questão dos transtornos psicossomáticos.

No campo da pediatria, a ponte entre o psíquico e o somático é muitas vezes enfocada, como se faz notar quando se estuda a associação entre gravidez não planejada e/ou não desejada e maior incidência de situações de alto risco para a mãe e o bebê¹⁰.

Ou quando se analisam os efeitos da separação entre a mãe e o bebê¹¹, apontando-se para prematuridade e para internação precoce e prolongada em UTI neonatal como determinantes de risco para distúrbios de crescimento e desenvolvimento, ocorrência de negligência e abuso parental em relação à criança.

Recordações da infância, experiências do passado, ou padrões de pensamento e de comporta-

mento atualizados em um momento de fragilidade emocional da gravidez ou do período pós-parto podem dificultar o contato íntimo e direto da mãe com seu bebê. Podem atuar como fantasmas e gerar violência na relação entre pais e filhos pequenos como foi descoberto em uma pesquisa, cujos resultados inauguraram a psicoterapia pais-bebê nos Estados Unidos¹².

Puccini e Bresolin¹³ estudaram dores recorrentes na infância e, após registrarem baixa ocorrência de causa orgânica para a queixa, verificada em apenas 5% a 10% dos casos, sugeriram que crianças e adolescentes com dores recorrentes sejam acompanhadas pelo pediatra em ambulatórios, unidades básicas de saúde ou consultórios privados. Para os autores, nesses serviços há mais condições para estabelecimento de vínculo afetivo na relação médico-paciente, permitindo uma atenção integral à saúde. Recomendam, ainda, que seja feito um esforço conjunto no sentido de melhorar a qualidade de vida da criança e consideram fundamental a realização de uma abordagem que apreenda não apenas as características da dor e de suas manifestações, mas que seja capaz de perceber a criança em sua subjetividade.

Os fatores ambientais, de acordo com Halpern e Figueiras¹⁴, têm um papel importante na gênese dos problemas emocionais da criança; enquanto outros autores afirmam que pensamentos, sentimentos e comportamentos imbricam-se com problemas orgânicos e repercutem na saúde física e mental, como relatam Russek e Schwartz¹⁵ ao provarem que o modo como a pessoa sente-se em relação aos cuidados que lhe foram dispensados na infância associa-se às doenças que apresenta na meia-idade.

Ansiedade e depressão desencadeiam alterações das funções endócrinas e imunológicas e aumentam a propensão a diversas enfermidades orgânicas, como retardo na cicatrização de feridas¹⁶, por exemplo, anunciando a existência

de uma trama entre o psíquico e o orgânico que desempenha um papel fundamental no processo saúde/doença.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁷, no início desse século, cerca de 450 milhões de pessoas sofriam transtornos mentais ou neurológicos ou tinham problemas psicossociais como os relacionados com álcool e com uso indevido de drogas, sendo a depressão uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo.

Além disso, a OMS denunciou que os governos e a comunidade de saúde pública têm sido negligentes no tocante à questão da saúde mental, pois apesar da alta prevalência e da disponibilidade de meios e conhecimentos científicos capazes de ajudar as pessoas que apresentam esses problemas, a abordagem à saúde mental não é satisfatória.

Do mesmo modo não tem sido dada atenção à saúde mental durante a infância e a adolescência, embora os transtornos mentais também sejam frequentes nessas faixas etárias. O interesse científico por doenças como depressão em crianças e adolescentes tornou-se mais visível somente a partir da década de setenta¹⁸, pois até que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) reconhecesse oficialmente, em 1975, a existência da depressão em crianças e adolescentes, acreditava-se que o transtorno fosse raro ou mesmo inexistente nessa faixa etária¹⁹.

Para Guédeney²⁰, pobreza, separação precoce e prolongada entre a criança e seus cuidadores primários, alcoolismo e violência na família são as situações que, mais frequentemente, trazem esse perigo de depressão, porque interferem na formação do apego, ou seja, na vinculação que supre a necessidade primária que a criança pequena tem de proximidade e de sentimento de segurança em relação aos pais.

Houve aumento na prevalência de depressão na infância e adolescência e essa tendência vai acentuar-se nos próximos anos¹⁸, de modo que as crianças estarão, cada vez mais, expostas a esse risco. Isso torna essencial o desenvolvimento de abordagens não apenas preventivas, mas promotoras da saúde mental, sendo função do pediatra identificar e intervir precocemente nos fatores de risco para o desenvolvimento desses distúrbios. Cabe aos pediatras, como afirmava Winnicott (1999, p.20)²¹, o cuidado “*com a riqueza da personalidade [...] e com a capacidade de ser feliz, bem como com a capacidade de revolucionar e rebelar-se*” de cada paciente.

Os resultados de estudos como esses sustentam a idéia de que o modelo clássico de puericultura, baseado em ações tradicionais como monitoração do crescimento, orientação nutricional e imunizações, não realiza a atenção integral à faixa etária pediátrica. É preciso incluir, na anamnese tradicional, questões que investiguem linguagem, escolaridade, disciplina, sociabilidade, sexualidade, rotina de vida, audição, visão, memória, raciocínio, ou seja, todas as condições que concorrem para o pleno desenvolvimento da pessoa.

A assistência à criança envolve tanto saúde física como saúde mental que se constituem como aspectos interdependentes da saúde, cuja separação é teórica. Enfermidades mentais e orgânicas distinguem-se apenas por serem expressões diferentes do processo saúde-doença, mas derivam, igualmente, de desequilíbrios na combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais que se interconectam por diversas vias.

A assistência pediátrica deve ser de tal modo que garanta como vocação primordial que a abordagem da saúde da criança e do adolescente seja integral, ou seja, que reúna tanto aspectos orgânicos como aqueles concernentes ao psiquismo e ao meio ambiente físico, social ou cultural.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde(Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Blanco O. Papel del pediatra general. Arch. Argent. Pediatr. 2003; 101(2):106-112.
3. Borges Duarte I. A fecundidade ontológica da noção de cuidado. [site na internet] Ciclo de Conferências: A Dimensão do cuidar na re-significação do espaço público com Maria de Lourdes Pintasilgo em Fundo. Universidade de Évora. Acessado em 15 de abril de 2010. Disponível: <http://www.fcuidarofuturo.com/conferenciascuidar.html>.
4. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
5. Marcondes E. Diretrizes para o ensino da pediatria. J Pediatr. 1993; 69:349-52.
6. Leite AJM. A questão do humanismo em pediatria: O desafio da prática. Clin Pediatr. 1992; 8.
7. Martinez JC. Avances e innovaciones en la prematuridad, la era de la reflexión. Arch. Argent. Pediatr. 2002; 100(5):220-24.
8. Norwitz ER, Robinson JN. A systematic approach to the management of preterm labor. Semin Perinatology. 2001; 25(4):223-35.
9. Mathelin C. O sorriso da Gioconda. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999.
10. Eisenberg L. Child mental health in the Americas: a public health approach. Bulletin of PAHO. 1992; 26(3):230-41.
11. Klaus HM, Kennell JH. Pais-bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
12. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In: Fraiberg L. Selected writings of Selma Fraiberg. Columbus: Ohio State University Press; 1987:100-136.
13. Puccini RF, Bresolin AMB. Dores recorrentes na infância e adolescência. J. Pediatr. 2003; 79(supl 1): S65 - 76.
14. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. J.Pediatr. (Rio J.) [online]. 2004; 80(2 Suppl):104-110.
15. Russek LG, Schwartz GE. Feelings of parental caring predict health status in midlife: a 35 years follow-up of the Havard Mastery of Stress Study. J. behav. Med. 1997; 18: 221-31.
16. Kielcot-glaser JK. et al. Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. Am. Psychol. 1999; 53(11):1209-18.
17. Organização Mundial de Saúde (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas / The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Ginebra; 2001.
18. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. J. Pediatr. 2002; 78(5):359-66.
19. Bhatara VS. Early detection of adolescent mood disorders. S D J Méd. 1992; 45(3):75-8.
20. Guédeney A. O apego e a resiliência: teoria, clínica e política social. In: Corrêa Filho L, Corrêa MEG, França PS. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E.; 2002.

Conflito de Interesse: Não declarado

CORRESPONDÊNCIA:

Maria Haydée Augusto Brito

E-mail: haydeebrito@gmail.com