

RÚBIA MIRANDA NOGUEIRA

**AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO NA ESF SÃO JOÃO I (CAIC),
CONSELHEIRO LAFAIETE – MG**

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2010

RÚBIA MIRANDA NOGUEIRA

**AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO NA ESF SÃO JOÃO I (CAIC),
CONSELHEIRO LAFAIETE – MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2010

NOGUEIRA, Rúbia Miranda.

Ações de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança no Primeiro Ano de Vida: Proposta para Implantação na EFS São João I (CAIC) Conselheiro Lafaiete MG./ Rúbia Nogueira – Belo Horizonte: UFMG,2010.
34p.

Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

1. Crescimento 2. Desenvolvimento

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo, em especial a comunidade e equipe Estratégia de Saúde da Família São João I (CAIC) do município de Conselheiro Lafaiete – MG.

Resumo

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida é de extrema importância para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Este acompanhamento tem como características a baixa complexidade tecnológica e resultados positivos na identificação precoce e prevenção de agravos nutricionais proporcionando assim hábitos de vida saudáveis. O presente estudo teve como finalidade a elaboração de uma proposta de implantação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na equipe de Saúde da Família São João I (CAIC) situada na cidade de Conselheiro Lafaiete - MG.

Abstract

Monitoring growth and development in the first year of life is extremely important for health promotion and disease prevention. This monitoring was characterized by low technological complexity and positive results in early identification and prevention of nutritional disorders thereby providing a healthy lifestyle. This present study had as purpose of the proposal elaboration of monitoring of the growth and development in the team strategy Family Health São João I (CAIC) located in the town of Conselheiro Lafaiete -MG.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	8
3. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	9
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	11
4.1. Ações de Acompanhamento do Crescimento.....	11
4.2. Ações de Acompanhamento do Desenvolvimento.....	16
4.3. Caderneta de Saúde da Criança.....	20
5. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOÃO I (CAIC).....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2004 iniciei minhas atividades na cidade de Itaverava (MG), no Programa de Saúde da Família (PSF), hoje estratégia de Saúde da Família (SF). Lá permaneci por quatro meses e logo em seguida, em junho do mesmo ano, ingressei na SF São João I (Centro de Apoio Integral à Criança CAIC) na cidade de Conselheiro Lafaiete.

Como enfermeira, venho atuando nos diversos ciclos de vida - criança, adolescentes, gestantes, adultos e idosos - sempre buscando aprimorar meus conhecimentos, para deste modo prestar uma assistência qualificada aos meus assistidos.

Na busca da promoção da saúde e prevenção de doenças, percebi que ações aparentemente simples como mensuração de peso, avaliação da aquisição de novas habilidades e manuseio da Caderneta de Saúde da Criança nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelos profissionais inseridos nas ESF. Daí a opção por desenvolver um trabalho relacionado com as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida.

O crescimento e desenvolvimento da criança em seu primeiro ano de vida estão relacionados às condições sócio-econômicas, culturais e biológicas. Nesta fase da vida da criança, o acompanhamento direto por profissionais de saúde é de extrema importância. Vale ressaltar que este acompanhamento tem como características principais a baixa complexidade tecnológica e resultados positivos na identificação precoce e prevenção de agravos nutricionais e promoção de hábitos de vida saudáveis.

Atuar diretamente no acompanhamento da saúde da criança no primeiro ano de vida é de fundamental importância para seu crescimento e desenvolvimento. Este acompanhamento só é eficaz quando há uma sensibilização e mobilização dos profissionais inseridos na equipe, seguida de capacitação técnica e articulação das ações básicas de saúde no primeiro ano de vida.

A finalidade do presente trabalho é desenvolver uma proposta para atuação concreta da ESF São João I (CAIC) em relação às ações do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida.

2 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo desenvolver uma proposta de implantação de ações sistematizadas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida na ESF São João I (CAIC).

O trabalho tem como meta ampliar essa proposta para as demais ESF da cidade de Conselheiro Lafaiete.

3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A ESF São João I (CAIC) foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada anexa à Escola Municipal Dr. Rui Pena (CAIC), na periferia do bairro São João, em Conselheiro Lafaiete-MG. A Unidade atualmente está bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe.

Na área adscrita à ESF São João I (CAIC) predomina uma população carente, onde se encontram mães muito jovens, compreendendo a faixa etária entre 13 e 22 anos. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (2010), a ESF tem 58 crianças menores de um ano cadastradas e destas, 38 são filhas de mães adolescentes, ou seja, um pouco mais de 65%. Percebe-se que esse grupo de mães não dá muita importância à prevenção de doenças e agravos, deixando para procurar a Unidade somente quando seus filhos apresentam algum tipo de patologia. Frente à situação tenta-se estabelecer um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento a essas crianças menores de um ano.

Na Unidade existe um caderno de registro de gestantes identificadas por micro-área, que fica de posse da enfermeira. Nele se registra os seguintes dados da gestante: nome, endereço, número do SIS Pré-Natal, data da última menstruação, data provável do parto e data das consultas realizadas de pré-natal.

Quando a data provável do parto está se aproximando, a enfermeira já entra em contato com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por aquela gestante, para que seja acompanhada mais de perto. Assim que a criança nasce, o ACS agenda uma visita domiciliar à puérpera, que deverá ser realizada preferencialmente até o quinto dia de vida. Assim, a enfermeira da Unidade vai até a casa do recém-nascido (RN), avalia seu estado geral, orienta a mãe sobre cuidados básicos de higiene, aleitamento materno, vacinação e teste do pezinho. Aproveita o momento para dar uma breve explicação sobre o programa de puericultura, enfatizando que o objetivo principal da adesão ao mesmo é a prevenção de doenças e promoção da saúde e, logo após, agenda a primeira consulta para a criança.

A adesão à primeira consulta é total, porém da terceira consulta em diante esta já diminui, talvez pelo fato de que muitas das mães retornam ao trabalho ou à escola.

Outro fato possivelmente relacionado à má adesão ao programa é a precária qualidade da visita domiciliar que o ACS realiza mensalmente. A maioria desses profissionais não se encontra preparada para fornecer informações às mães, tais como: importância do aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade, importância de manuseio da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), data da próxima consulta de Puericultura (que neste caso é apenas um lembrete, porque após a consulta com a enfermeira a data da próxima consulta é agendada e anexada à CSC). Enfim, parece não estar claro para o ACS que ele é o elo de ligação entre a família e a Unidade e que seu trabalho está diretamente ligado ao trabalho do restante da equipe.

Para que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de um ano adscritos à ESF São João I (CAIC) tenha resultado faz-se necessário desenvolver uma proposta de implantação de ações sistematizadas a serem seguidas por todos os integrantes da equipe.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente é dever do estado e direito da população. Essa tem sido uma recomendação adotada por organizações internacionais envolvidas com a saúde da criança, como um compromisso universal a ser seguido por todos os países. Cumprindo tal determinação, desde 1994, o Ministério da Saúde incorporou esse acompanhamento como parte das ações básicas da assistência à saúde da população infantil (BRASIL, 2003).

Avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança significa acompanhar seu amadurecimento biológico, psicológico, intelectual e moral. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança. Tem por características sua baixa complexidade tecnológica e sua elevada eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida (ALVES e MOULIN, 2008).

Crescimento significa aumento físico do corpo, como um todo ou em suas partes, e pode ser medido em centímetros ou em gramas. Traduz aumento do tamanho das células – hipertrofia ou de seu número – hiperplasia (BRASIL, 2001 b).

Alves (2003) define como crescimento o processo global, dinâmico e contínuo que ocorre em um indivíduo a partir de sua concepção, expresso sob a forma de aumento de massa corporal.

No entanto, é no embrião, no feto, na criança pequena e no adolescente, que o crescimento se dá com maior intensidade, representando também o período mais exposto ao meio ambiente. O crescimento deve ser considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, traduzindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente (BRASIL, 2001 a).

O crescimento inicia-se na vida intra-uterina. O controle pré-natal periódico desde o primeiro trimestre e durante toda a gestação é fundamental para identificar os fatores de risco para o retardo de crescimento nessa fase. No exame clínico da gestante,

a altura do fundo de útero para idade gestacional é uma das medidas de importância para avaliar o crescimento fetal. A sua medida padronizada, seriada e comparada com padrão de crescimento permite detectar crianças de risco (ALVES et al, 2005).

Outro fator determinante para o crescimento do feto é a altura materna. Segundo Barros (1996), a altura materna é de grande importância em saúde pública por ser um marcador da história nutricional da mãe e apresentar forte associação com o baixo peso do recém-nascido. Crianças filhas de mães com altura inferior a 1,50 metros apresentam risco elevado de baixo peso ao nascer. Esta associação é mais marcante nas famílias de baixa renda.

Segundo Alves (2003) por tratar-se de um processo dinâmico, com momentos de maior e menor aceleração, a avaliação do crescimento deve ser preferencialmente longitudinal. As medidas isoladas devem ser analisadas com cuidado, pois podem não representar adequadamente a evolução pondero-estatural da criança. Alves e Moulin (2008) mencionam que, diante disso, é importante a obtenção de mais de uma medida corporal, pois uma criança que está crescendo bem deve fazê-lo de maneira harmônica, seguindo um mesmo canal de crescimento ao longo da infância e da adolescência, ou seja, deve ter um ritmo constante. Habitualmente acompanhamos a harmonia no processo de crescimento através da antropometria seqüencial das crianças.

Wong (1999) define antropometria como um parâmetro essencial do estado nutricional: é a mensuração da altura, do peso, do perímetro cefálico e das proporções da espessura de dobras cutâneas e do perímetro do braço em crianças jovens. A altura e o perímetro cefálico refletem a nutrição pregressa, enquanto o peso, a espessura das dobras cutâneas e o perímetro do braço refletem o estado nutricional atual especialmente em relação ao aporte de proteínas e reservas de lipídios.

São consideradas medidas antropométricas básicas o peso, a estatura (comprimento ou altura), o perímetro cefálico e o perímetro braquial. A combinação dessas variáveis permite a construção de índices antropométricos como estatura para idade, peso para idade, peso para estatura, perímetro cefálico para a idade e perímetro braquial para idade. A comparação desses índices entre as crianças em estudo e uma população de referência possibilita a avaliação do crescimento individual e coletivo (BRASIL, 2002).

Embora a obtenção de dados antropométricos não apresente grande complexidade, é preciso atenção a algumas peculiaridades desse procedimento na infância, que se destaca em quatro passos: escolha do equipamento e a obtenção das medidas, registro das medidas, interpretação dos dados antropométricos e compartilhamento das informações com a família. Vale ressaltar que os dados antropométricos precisam ser confiáveis para que possamos tomar decisões baseadas nestes (ALVES e MOULIN, 2008).

O peso é a medida de mais fácil obtenção, sendo também a mais sensível às variações agudas do estado nutricional. A estatura é um indicador mais estável, e, portanto, suas alterações são percebidas nos processos crônicos de desnutrição. A medida do perímetro cefálico é muito importante, especialmente no primeiro ano de vida, por indicar indiretamente o crescimento da massa cefálica (ALVES et al, 2005).

A técnica de antropometria para obtenção das medidas (peso, comprimento e altura) das crianças é preconizada pela Organização Mundial de Saúde e deve seguir algumas regras básicas apresentadas no quadro 01:

Quadro 01: Regras para a realização da antropometria em crianças**Para verificação do peso:****Para crianças até 16 kg (aproximadamente 36 meses) utiliza-se a balança pediátrica**

- A balança deve estar apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme e calibrada antes da pesagem
- Posicionar a criança despida no meio da balança, de modo que o peso seja distribuído igualmente no centro do prato
- Mover os cursores sobre a escala numérica (primeiro o maior para quilos e depois o menor para os gramas)
- Travar a balança
- Realizar a leitura do peso, registrar na Caderneta de Saúde da Criança
- Retirar a criança da balança e retornar os cursores ao zero.

Para crianças maiores de 16 kg (aproximadamente 36 meses) utiliza-se a balança de adulto

- Calibrar a balança
- Posicionar a criança de costas para a balança, descalça, com o mínimo de roupa possível, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo
- Mover os cursores sobre a escala numérica (primeiro o maior para quilos e depois o menor para os gramas)
- Travar a balança
- Realizar a leitura do peso, registrar no gráfico da Caderneta de Saúde da Criança
- Retirar a criança da balança e retornar os cursores ao zero.

Para verificação da altura**Para crianças de até 1m de comprimento utiliza-se a régua antropométrica horizontal**

- Deitar a criança com as costas no colchão
- Encostar o ápice da cabeça na parte fixa da régua
- Alinhar os ombros e quadris em ângulos adequados ao eixo longitudinal
- Estender as pernas sobre a superfície da mesa
- Trazer a parte móvel da régua contra os calcanhares
- Realizar a leitura da altura e anotar no gráfico da Caderneta de Saúde da Criança

Crianças maiores de 1 m de altura são medidas com régua vertical

- Colocar a criança descalça, de pé em uma superfície plana com o peso distribuído nas duas pernas, calcanhares lado a lado, e a cabeça ereta
- Deixar os braços caídos livremente ao lado do corpo
- Encostar à régua a cabeça, as costas, as nádegas e os calcanhares
- Trazer a parte móvel até o ponto mais alto da cabeça pressionando até comprimir o cabelo
- Realizar a leitura da altura e anotar no gráfico da Caderneta de Saúde da Criança

O instrumento para registro dos dados antropométricos e análise do crescimento de uma criança são as chamadas curvas de referência.

Segundo Alves e Moulin (2008), a utilização das curvas de referência permite o registro de dados antropométricos de uma criança, a avaliação transversal e longitudinal, a comparação do crescimento da criança com os referenciais de normalidade, a classificação do estado nutricional e a identificação precoce de alterações no crescimento da criança, possibilitando intervenções precoces.

A colocação sistemática de dados antropométricos em curvas padronizadas foi consagrada como um verdadeiro teste de triagem na promoção da saúde. As curvas de crescimento são consideradas indicadores sensíveis do estado de saúde da criança (AERTS e GIUGLIANI, 2006).

Em 2006 foi lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) as novas curvas para avaliação do crescimento da criança de 0 a 5 anos, com o objetivo de monitorar e avaliar o crescimento de todas as crianças inseridas nesta faixa etária, independentemente de sua origem étnica, situação sócio-econômica ou tipo de alimentação. A Caderneta de Saúde da Criança, implantada pelo Ministério da Saúde em 2007, já adota as curvas da OMS para crianças até 5 anos. As novas curvas apontam padrões de crescimento normal sob condições ótimas, que refletem a saúde e o estado de nutrição das crianças (BRASIL, 2006).

4.2 AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. Consiste na aquisição de maior capacidade funcional, através da maturação, diferenciação e integração de funções e é produto do amadurecimento e da estimulação. É um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais. (BRASIL 2001 b; ALVES et al, 2005; BRASIL, 2002).

A maturação é definida por Wong (1999) como sendo um aumento na competência e na adaptabilidade, envelhecimento, usualmente empregado para descrever uma alteração qualitativa, uma alteração na complexidade de uma estrutura que possibilita começar a funcionar, para atuar em um nível mais elevado.

Já o desenvolvimento psicossocial é o processo de humanização que inter-relaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, sócio-econômicos e culturais, mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e o meio que a rodeia. Em síntese é o que lhe permitirá incorporar-se de forma ativa e transformadora à sociedade em que vive (BRASIL, 2002).

Segundo Wong (1999), o desenvolvimento caracteriza-se por uma expansão gradual, avanço a partir de estágios mais inferiores para os mais avançados de complexidade, capacidades emergentes e em expansão do indivíduo através de crescimento, maturação e aprendizado. Daí que a maioria dos especialistas no campo do desenvolvimento infantil categoriza, de maneira conveniente, o crescimento e o comportamento da criança em estágios etários. Essa categorização permite um meio conveniente para descrever características associadas à maioria das crianças nos períodos em que as alterações nítidas de desenvolvimento aparecem e que as tarefas específicas devem ser realizadas.

A avaliação do desenvolvimento é um processo dinâmico, segue uma sequência fixa e invariável. A variação do ritmo individual permite estabelecer limites de normalidade: uma idade mínima e uma máxima em que cada marco do desenvolvimento deve ser observado (ALVES, 2003).

Segundo Alves e Moulin, (2008) os instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança consideram pelo menos quatro áreas diferentes do desenvolvimento infantil: o desenvolvimento motor fino (coordenação), motor grosseiro, pessoal-social (ou adaptativo) e a linguagem. Em cada uma dessas áreas existem determinadas aquisições que são consideradas marcos evolutivos em cada faixa etária, por caracterizarem bastante aquela idade ou por sua importância para novas aquisições.

O quadro 2 mostra alguns dos marcos do desenvolvimento a serem observados nas crianças menores de um ano de idade:

Quadro 02: Marcos do Desenvolvimento da Criança Menor de um ano de Idade	
Idade em Meses	Marcos do desenvolvimento
2 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Adota postura de observador (observa o rosto da mãe) • Eleva a cabeça • Acompanha o movimento de um objeto na linha média • Atenta para sons
4 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri, emite sons e já segura objetos • Tem sustentabilidade da cabeça quando sentado • Responde ao examinador
6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ao ouvir sons já se volta para os mesmos • Quando há brinquedos por perto já tenta alcançá-los • Consegue virar-se sozinho • Leva objetos à boca
9 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Consegue trocar objetos de uma mão para outra • Senta-se sozinho • Balbucia palavras simples (Ex: mama, papa)
12 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Já anda com apoio • Consegue segurar pequenos objetos com o polegar e o indicador • Imita gestos que lhes são ensinados (Ex: dar tchau) • Repete sons de fala

Adaptado de ALVES e MOULIN, 2008

É importante destacar que o desenvolvimento sofre influência contínua de fatores intrínsecos e extrínsecos provocando desta forma variações de um indivíduo para outro. Fatores intrínsecos são aqueles que determinam as características físicas da criança como a cor de seus olhos e outros atributos geneticamente determinados. Já os fatores extrínsecos começam a atuar desde a concepção, estando diretamente relacionados com o ambiente da vida intra-uterina, proporcionado pela mãe por meio de suas condições de saúde e nutrição (BRASIL, 2002).

O ser humano apresenta algumas características que o diferem dos outros animais, algumas delas fazem paralelos com alguns aspectos que podemos observar na

maioria das escalas ou roteiros para avaliação do desenvolvimento. Dentre estas características destacam-se a posição ereta que tem papel importante na locomoção, o aparelho visual e flexibilidade manual que permitem a coordenação e habilidade, e a fala que nos permite a capacidade de comunicação (BRASIL, 2001 b).

O acompanhamento do desenvolvimento biológico, psicológico e social é um marco fundamental na atenção à saúde da criança. Além da importância para promoção da saúde, contribui para a qualidade de vida, para o desenvolvimento de potencialidades e para o diagnóstico e tratamento precoce de patologias (ALVES et al, 2003).

A equipe de saúde deve estar capacitada para reconhecer o desenvolvimento normal e suas variações, oferecer orientações à família e saber identificar a necessidade de encaminhamento para diagnóstico e intervenção precoce. A detecção precoce dos atrasos promove uma recuperação de 80 a 90% das crianças, através de uma estimulação simples e oportuna (ALVES et al, 2005).

Para Alves (2003) é importante que a rotina de avaliação do desenvolvimento seja simples, de fácil execução, realizada também por não especialista e efetivada em tempo relativamente curto.

Na consulta de avaliação do desenvolvimento é importante perguntar para a mãe sobre fatos associados ao desenvolvimento e observar a criança na realização de comportamentos esperados para sua faixa etária (FIGUEIRAS et al, 2005). Segundo Alves e Moulin, (2008) no primeiro atendimento à criança devem ser feitas perguntas simples aos pais sobre como foi a gestação, duração, como foi o parto, qual o peso da criança ao nascer, se houve algum problema após o nascimento, se a criança teve algum problema grave de saúde até o momento, se os pais da criança são parentes e se existe alguma pessoa da família com problemas mentais ou físicos. A partir das respostas a essas perguntas é possível identificar fatores de risco biológico para o atraso no desenvolvimento.

Acompanhar o desenvolvimento de uma criança é algo mais complexo do que acompanhar seu crescimento físico. É preciso muito mais do que instrumentos de avaliação. É necessário também identificar os fatores de risco (biológicos, sociais, econômicos) a que esta criança está exposta, conhecer as crenças, costumes e mitos de sua comunidade e, sobretudo, suas relações pessoais, especialmente, as de sua família (ALVES e MOULIN, 2008).

4.3 CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

O Cartão da Criança foi o primeiro instrumento de acompanhamento do crescimento, eixo central do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Foi instituído há pouco menos de 20 anos, na tentativa de melhor documentar o processo de crescimento e sistematizar o calendário de imunização, uniformizando assim, essas ações no território nacional (ALVES et al, 2003).

O PAISC foi criado em 1984 pelo Ministério da Saúde e desde então as ações básicas de saúde formuladas nele continuam vigentes e visam assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias para a priorização das ações preventivas, cujo eixo básico é garantir o adequado crescimento e desenvolvimento (VIEIRA et al, 2005).

As cinco ações básicas preconizadas pelo PAISC são:

- 1) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento,
- 2) Incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada para o desmame,
- 3) Imunização para controle das doenças preveníveis,
- 4) Controle das doenças diarreicas e terapia de reidratação oral,
- 5) Assistência e controle das infecções respiratórias agudas.

As ações do PAISC têm em comum a comprovada eficácia, a reduzida complexidade tecnológica e a possibilidade de organização da assistência à criança (ALVES et al, 2003). Estas ações iniciaram-se com a criação do Cartão da Criança que trazia os seguintes tópicos:

- Identificação
- Condições de nascimento
- Gráfico peso / idade
- Imunização
- Acompanhamento do desenvolvimento
- Direitos da criança

Em 2005 o Cartão da Criança foi revisado e transformado na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) com o objetivo de ampliar o registro de eventos relacionados à saúde desta, possibilitando a vigilância à saúde integral da criança (BRASIL, 2005).

Em 2007 a Caderneta foi modificada e ampliada, com a adoção das novas curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para crianças de até 5 anos. Para 2010 prevê-se uma nova edição da Caderneta, na qual as curvas de crescimento da OMS serão utilizadas para crianças até 10 anos.

A CSC é um instrumento essencial de vigilância, pois é caracterizada como um documento onde são registrados os dados e eventos mais significativos para a saúde da criança. Registrar corretamente e por completo as informações, além de dialogar com a família sobre as anotações realizadas é primordial para que a CSC cumpra seu papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil (ALVES et al, 2009).

A CSC é entregue já na maternidade a um familiar do recém-nascido e fica sob sua guarda, devendo acompanhar a criança sempre que ela for levada a qualquer serviço de saúde.

A CSC deve ser preenchida por qualquer membro da equipe de saúde e os registros, devidamente compartilhados com os responsáveis pela criança. É responsabilidade dos profissionais envolvidos na saúde valorizarem a CSC e preenchê-la de forma correta (ALVES et al, 2009).

A CSC conta vários tópicos. Inicialmente encontramos a identificação da criança como nome, data de nascimento, nome dos pais, endereço e dados referentes ao nascimento. Em seguida temos os dados referentes à gravidez, parto e puerpério. Estas duas partes iniciais da CSC devem ser preenchidas ainda na maternidade assim como as informações referentes ao recém-nascido. Informações sobre saúde ocular, auditiva e bucal são importantes para o bom desenvolvimento infantil e também constam na CSC. Como mencionado anteriormente o acompanhamento do crescimento constitui o eixo central do atendimento à criança. A variação do peso com relação à idade da criança é muito mais rápida do que a estatura e reflete quase que imediatamente quaisquer alterações em seu estado de saúde, mesmo em processos agudos. O gráfico peso/idade da CSC possui um eixo vertical que corresponde ao peso em quilogramas e um eixo horizontal expresso pela idade em meses (0 a 84 meses).

O gráfico peso/idade conta com quatro áreas de crescimento limitadas por linhas estabelecidas a partir dos percentis de referência: a área branca representa os valores superiores ao percentil 97 (peso elevado para idade), a área verde estabelece os valores

entre o percentil 97 e o percentil 10, considerada faixa adequada para a idade, a área amarela representa os valores entre o percentil 10 e o percentil 3 (que corresponde a risco nutricional), a área vermelha representa os valores inferiores ao percentil 3, indicando baixo peso para a idade. A área vermelha do gráfico traz ainda uma linha no percentil 0,1 (correlacionado, aproximadamente a -3 escore Z) que indica peso muito baixo para a idade.

O gráfico do perímetro cefálico se faz importante por avaliar o tamanho da cabeça e do cérebro, estando relacionado ao volume intracraniano, permitindo dessa forma uma avaliação do crescimento da massa cerebral. (BRASIL, 2005).

Através da CSC é possível também os pais tomarem conhecimento da importância da suplementação de ferro, uma vez que o uso profilático de sais de ferro é uma medida bastante eficaz na prevenção da anemia ferropriva, principalmente quando aliada a uma boa alimentação, melhoria de condições de vida e educação para saúde (GGOULART e VIANA, 2008).

Apesar de todos os esforços do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, o inquérito nacional mostrou, através da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada no ano de 1996 que, embora a maioria das crianças tenha o cartão da criança e o levem quando vão à consulta nos serviços de saúde, menos de 10% têm o peso registrado e menor porcentagem ainda, têm a curva de crescimento desenhada no gráfico do cartão, o que demonstra a pequena utilização desse importante instrumento de vigilância à saúde da criança pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2001 a).

5. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS MENORES DE UM ANO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SÃO JOÃO I (CAIC)

A ESF São João I (CAIC) vem atuando de forma incipiente no que diz respeito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano de idade. Como mencionado anteriormente, a equipe conte responsável por um elevado número de mães adolescentes (65% do total com faixa etária ente 13 e 22 anos), que aparentemente parecem não dar muita importância à prevenção de doenças. Daí a necessidade de se elaborar uma proposta que vise um acompanhamento sistematizado do crescimento e desenvolvimento das crianças nesta faixa etária.

A implantação da proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento tem como objetivos:

1. Sistematizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano.
2. Implantar o calendário mínimo de atendimento de crianças proposto pelo Ministério da Saúde.
3. Definir as atribuições de cada membro da equipe de saúde para realização do controle de crescimento e desenvolvimento.
4. Implementar o uso da CSC como instrumento principal para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
5. Capacitar os profissionais da equipe para identificar e captar precocemente crianças consideradas de risco para o acompanhamento na unidade de saúde.
6. Implantar grupos operativos objetivando a educação e promoção da saúde e melhor vínculo das mães com a unidade.

Para a sistematização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de um ano deve-se organizar o atendimento e para isso são necessárias duas equipes de saúde:

- Equipe básica composta por médico generalista, enfermeira, auxiliar de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS).

- Equipe de apoio composta por pediatra, odontólogo e outros especialistas quando necessário.

A captação das crianças para o controle do crescimento e do desenvolvimento deve ser feita o mais precocemente possível o ACS juntamente com o auxiliar de enfermagem deverão realizar a primeira visita domiciliar à puérpera, preferencialmente nas 24 horas após a alta hospitalar, objetivando:

- 1) Fornecer orientações sobre cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, e manuseio da CSC.
- 1) Identificar os recém-nascidos com critérios de risco.

Durante a visita será realizado também o agendamento para um primeiro atendimento ao recém-nascido na unidade, porém este agendamento deve ser programado para depois do quinto dia de vida, uma vez que em Conselheiro Lafaiete as ações do quinto dia ocorrem de forma centralizada na unidade de vacinação.

Os profissionais inseridos na equipe serão capacitados para identificar e acompanhar crianças com critérios de risco e adotar a CSC como instrumento principal para acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos menores de um ano de idade.

A enfermeira da unidade fará a capacitação dos profissionais de forma breve e objetiva, uma vez que a demanda do atendimento na unidade é bastante grande.

Os instrumentos abordados durante a capacitação serão: CSC e Ficha de Identificação de Critérios de Risco no Recém-Nascido (RN). No primeiro momento da capacitação serão apresentados e discutidos os itens contidos na CSC enfatizando a importância do aleitamento materno, orientações sobre cuidados com o RN, importância da utilização dos gráficos peso e idade, altura e idade e sua interpretação. Em seguida será apresentada a Ficha de Identificação de Critérios de Risco no Recém-Nascido mostrada no quadro abaixo:

Quadro 03: Ficha de Identificação de Critérios de Risco no Recém-Nascido (RN)	
1. Identificação:	
Nome do RN: _____	Data de Nascimento: _____
Nome da Mãe: _____	Data da Visita Domiciliar: _____
Endereço: _____	
ACS Responsável: _____	
2. Avaliação dos Critérios de Risco:	
GRUPO 1:	(Marcar um X se a situação descrita for presente)
<input type="checkbox"/> Mãe que não sabe ler nem escrever	
<input type="checkbox"/> Mãe com menos de 20 anos	
<input type="checkbox"/> Mãe deficiente mental	
<input type="checkbox"/> Morte materna	
<input type="checkbox"/> História de óbito de menores de um ano na família	
<input type="checkbox"/> Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis	
<input type="checkbox"/> Pais ou responsáveis dependentes de drogas ou álcool	
<input type="checkbox"/> Criança nascida de parto domiciliar não assistido	
<input type="checkbox"/> RN retido na maternidade	
GRUPO 2 verificar na Caderneta de Saúde da Criança ou no Cartão da Maternidade	
Peso ao Nascer: _____ (se < 2500Kg RN de risco)	
Idade Gestacional: _____ (se < 37 semanas = Prematuridade, RN de risco)	
3. Resultado:	
<input type="checkbox"/> RN com critério de risco	
4. Assinatura do profissional: _____	

Fonte: Modificado de ALVES et al., 2005

A capacitação será ministrada em uma sexta-feira no horário de 15:00 às 17:00 horas, na própria unidade de saúde. Será registrada em ata, com lista de presença dos participantes e envio da mesma à coordenação de Equipes de SF, o recurso utilizado será aula expositiva em power point.

O calendário de atendimento proposto para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, de crianças sadia será o preconizado pelo Ministério da Saúde, mostrado no quadro a seguir:

Quadro 04: Calendário de atendimento de crianças até 5 anos												
Número de atendimentos/ano	Idade											
	Dias	Meses								Anos		
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5
Primeiro ano	X	X	X	X	X	X	X					
Segundo ano								X	X			
Terceiro ano										X		
Quarto ano											X	
Quinto ano												X

Fonte: ALVES ET AL, 2005.

Pressupõe-se a atuação do médico generalista e enfermeira de forma intercalada, na realização das consultas e também atuando nos grupos educativos, possibilitando ampliação na oferta de atendimento da unidade de saúde.

Em síntese, a proposta para os atendimentos de todos os profissionais inseridos na equipe ficaria conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 05: Atendimento dos Profissionais da Equipe de ESF São João I (CAIC)															
Atividade	Idade da Criança														
	Dias			Meses											
	24h	5°	15-21	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Visitas Domiciliares pelo ACS e Técnico de Enfermagem	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ações do 5° dia (Central de vacinação)		X													
Consulta Médica				X			X					X			
Consulta de Enfermagem			X			X			X					X	
Grupo Educativo					X			X			X		X		

Adaptado (ALVES et al, 2005)

As crianças de risco do grupo 1 (ver quadro 3), serão atendidas na própria unidade em consultas intercaladas entre médico e enfermeira. As crianças de risco do grupo 2 (ver quadro 3) e aquelas portadoras de patologias crônicas serão referenciadas aos Centros Regionais de Saúde para acompanhamento com o pediatra. As crianças com qualquer sinal de doença deverão ser encaminhadas para avaliação do médico da equipe.

As consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento serão todas agendadas na recepção da unidade, conforme calendário proposto e registradas no

prontuário e CSC pelo profissional que realizou o atendimento da criança naquele dia (Médico Generalista ou Enfermeira).

O controle de faltosos (mais de 30 dias) será responsabilidade do ACS. Ele deverá realizar a Visita Domiciliar objetivando identificar o motivo da falta e agendamento para nova consulta.

As atribuições de cada um dos profissionais da Equipe de ESF São João I (CAIC) são as seguintes:

1) Enfermeira:

- Realizar consulta de enfermagem
- Orientar, treinar e supervisionar os ACS
- Definir atribuições e delegar tarefas ao auxiliar de enfermagem
- Promover a integração da ES no desenvolvimento da proposta
- Realizar visitas domiciliares às crianças de risco
- Promover e participar de grupos educativos
- Preencher a CSC e orientar as mães quanto a interpretação dos dados e importância da mesma.

2) Médico generalista:

- Realizar consulta médica
- Dar suporte à equipe de enfermagem
- Promover e participar dos grupos educativos
- Realizar visita domiciliar quando solicitado.
- Preencher a CSC e orientar as mães quanto à interpretação dos achados e importância da mesma
- Promover a integração da ESF
- Participar de grupos operativos

3) Auxiliar de Enfermagem:

- Executar atividades definidas pela enfermeira
- Participar e promover grupos operativos
- Avaliar por meio da CSC o estado vacinal, enfatizando sua importância
- Realizar visita domiciliar sempre que solicitada
- Orientar sobre prevenção e promoção à saúde

4) Agente Comunitário de Saúde:

- Realizar visita domiciliar mensalmente
- Participar de grupos operativos
- Orientar sobre prevenção e promoção à saúde
- Orientar o responsável pela criança quanto a importância da regularidade às consultas

A implantação dos grupos educativos objetiva desenvolver ações de educação para a saúde e estreitar o vínculo das mães com a unidade, seguindo algumas linhas de cuidado, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 06: Grupos Educativos da Equipe de ESF São João I (CAIC)				
Grupo	Objetivo	Público Alvo	Tema	Recursos
Gestantes	Fornecer orientações sobre a importância da realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de um ano	Gestantes no 3º trimestre	Primeiros cuidados com o recém-nascido (banho, higiene, alimentação).	CSC Boneco Banheira Vidro de maionese (vazio)
Mães de crianças de 0 a 6 meses de idade	Incentivar o aleitamento materno exclusivo	Mães e crianças (0 a 6 meses de idade)	Os benefícios da amamentação exclusiva	CSC Cartazes
Mães de crianças de 7 a 12 meses de idade	Incentivar o aleitamento misto Apresentar e ensinar às mães como avaliar e estimular o desenvolvimento de seus filhos em casa	Mães e crianças (7 a 12 meses de idade)	Dicas de alimentação saudável Aprendendo a avaliar o desenvolvimento de seu Bebê	Pirâmide Alimentar CSC Legumes Frutas e Cereais Fantoches Brinquedos Colchonetes

Atrair as participantes para freqüentarem os grupos educativos talvez seja o maior obstáculo que a equipe irá enfrentar. Diante desse desafio caberá ao ACS fazer a divulgação dos grupos família a família, através da distribuição de folhetos explicativos com os temas a serem trabalhados. Também será distribuída uma ficha de inscrição pois aquelas que participarem dos encontros ganharão um certificado de participação no grupo.

Para que os grupos se tornem atrativos para as mães também foram elaboradas algumas propostas de como se trabalhar durante a realização dos mesmos:

- Proposta de trabalho para o grupo das gestantes no 3º trimestre de gestação: será ensinado às futuras mães como dar o banho no RN, cuidados com o coto umbilical, técnica de amamentação e armazenamento do leite. Como citado no quadro acima, neste grupo vamos contar com a ajuda de um boneco que fará o papel do RN, desta forma as mães poderão aplicar toda a técnica ensinada no grupo no boneco. Com relação ao armazenamento do leite materno elas também irão aprender a fazer a ordenha manual e a lavar o vidro de maionese para que o leite seja armazenado com higiene e segurança.
- Proposta de trabalho para o grupo de mães com crianças de 0 a 6 meses de idade: Será feita uma sensibilização com as mães para que o aleitamento materno exclusivo seja efetivo. No desenvolver deste grupo vamos contar com a participação de mães que amamentaram seus filhos até os 6 meses de idade exclusivamente e obtiveram sucesso. O intuito da participação dessas mães é que elas dando seu depoimento, estimularão as mães ouvintes a fazerem o mesmo.
- Proposta de trabalho para o grupo de mães com crianças de 07 a 12 meses de idade: As mães serão conduzidas até a cozinha da unidade onde irão aprender a preparar a papa salgada e papa de frutas da criança. Este grupo contará com um teatro de fantoches que irá enfatizar os grupos de alimentos necessários para uma alimentação saudável tomando como base a pirâmide alimentar.
- Proposta de trabalho para o grupo de mães com crianças de 0 a 6 meses de idade e mães com crianças de 7 a 12 meses de idade: neste grupo as mães deverão colocar suas crianças em colchonetes juntamente dos brinquedos e, mediante as reações apresentadas, será feita a comparação com a CSC nos item marcos do desenvolvimento da CSC.

É importante ressaltar que nos grupos educativos a CSC aparece em todos como um recurso a ser utilizado. O intuito é fazer com que as mães se familiarizem com este instrumento rico e tão importante para promoção da saúde de seus filhos.

Propõe-se que ESF realize avaliações bimestrais das informações obtidas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças adscritas. As questões mais importantes nessa avaliação são:

- Proporção de crianças efetivamente captadas em relação ao número de nascidas vivas na área adscrita;
- Percentagem de faltosos em relação ao número de crianças agendadas;
- Verificar o preenchimento da CSC das crianças adscritas em todos os atendimentos da unidade.

Percebe-se que a proposta para implantação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento apresentada está inseridas dentro de uma reorganização do atendimento aos menores de um ano na EFS São João I (CAIC). Desta forma visa ampliar o acesso aos pequenos usuários à Unidade garantindo-lhes qualidade no atendimento prestado através de uma organização e sistematização do trabalho em equipe.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho foi possível entender que as ações voltadas para o crescimento e desenvolvimento são simples, porém muito significativas para a saúde da criança.

A CSC, instrumento principal para nortear o desenvolvimento dessas ações, deve ser vista pelo profissional membro da ESF como um guia de informações, que irá nortear-lo para a tomada de decisões precisas frente a qualquer situação de alerta envolvendo o crescimento e ou desenvolvimento dos menores de um ano.

O objetivo proposto inicialmente no trabalho foi alcançado, uma vez que consegui traçar uma proposta de implantação de ações sistematizadas voltadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida.

Resta agora aplicar tal proposta na ESF São João I (CAIC), avaliar sua efetividade através dos indicadores mencionados acima, para daí estendê-la às demais Equipes da cidade de Conselheiro Lafaiete.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AERTZ, D. R. G. C.; GIUGLIANI, E. R. J. Vigilância ao estado nutricional da criança. In DUNCAN, B. B., SCHIMIDT, M (Ed.). I. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p190 -199.

ALVES, C. R. L. et al. Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ALVES, C. R. L. et al. Atenção à Saúde da Criança. Programa Viva Vida. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005, 223p.

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da Criança e do Adolescente: Crescimento, desenvolvimento e alimentação.** Caderno de Estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON, UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, 112p.

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e Fatores Associados. **Caderno de Saúde pública.** Rio de Janeiro. Mar 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 23 jan. 2010.

BARROS, F.C; TOMASI, E.; VICTORA, C.G. **As Mães e suas Gestações: Comparação de Duas Coortes de Base Populacional no Sul do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v12, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 20 de mar 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Parte 1: Crescimento.** Brasília: 2001 a. Disponível em: http://saudedacrianca.org.br/cis/normas/crescimento_da_crianca.pdf Acesso em 08 fev 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Parte 2: Desenvolvimento.** Brasília: 2001 b. Disponível em: http://saudedacrianca.org.br/cis/normas/crescimento_da_crianca.pdf Acesso em 08 fev 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. SÉRIE DE CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n.11.Série A. Manuais de Normas Técnicas n. 173. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/crescimentodesenvolvimento.pdf>. Acesso em: 06 mar.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Profissionalização de Auxiliares de enfermagem. Cadernos do Aluno. **Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.** 2ed. Brasília, DF, 2003 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Série A. Manual de Normas Técnicas. Brasília, DF, 2005, 38p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. SISVAN. **Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde – OMS.** Disponível em <http://nutrição.saude.gov.br/sisvan.php?conteúdo=curvascresoms>. Acesso em 05 Fev 2010.

FIGUEIRAS, A.C; SOUZA, I. C. N; RIOS, V.G; BENGUIGUI, Y. **MANUAL PARA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL CONTEXTO DA AIDPI.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf> >. Acesso em : 05 fev.2010.

GOULART, L.M.H e VIANA, M.R.A. **Saúde da Criança e do Adolescente Agravos Nutricionais**. Caderno de Estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON, UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, 92p.

VIEIRA, G. O. et al. Uso do Cartão da Criança em feira de Santana, Bahia. **Revista de Saúde Materno-Infantil**, v.5, n.2, Abr/Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 19 jan.2010.

WONG, D. L. et al. **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ed. Guanabara Koogan, 1999, p74-91.