

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JONATHA CAJADO MENEZES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PUERICULTURA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO

PATOS DE MINAS

2010

JONATHA CAJADO MENEZES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PUERICULTURA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof^a. Luciana Souza d'Ávila

PATOS DE MINAS

2010

JONATHA CAJADO MENEZES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PUERICULTURA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof^a. Luciana Souza d'Ávila

Banca Examinadora

Aprovado em _____

PATOS DE MINAS

2010

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo descrever uma proposta de intervenção incluída nas ações de puericultura de crianças de zero a um ano e três meses completos de uma comunidade situada na periferia do município de Patos de Minas/MG. Será descrita a utilização de Grupos Operativos como ferramenta principal para o controle e avaliação do desenvolvimento dos diagnósticos pediátricos gerais.

A proposta foi aventada pelo autor por deparar-se com um declínio persistente dos indicadores de saúde da população infantil de sua comunidade adscrita. Correlacionou-se essa evidência com o controle inadequado dos diagnósticos pediátricos gerais dessa população, como por exemplo, cobertura vacinal incompleta, ganho de peso e altura inadequados, associados à alimentação incorreta para a idade e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Após a revisão bibliográfica e tendo como base a teoria de Grupos Operativos criada pelo psiquiatra suíço Pichon-Rivière, foi elaborada a proposta de utilização dessa ferramenta para melhora da assistência à saúde da criança. O grupo Operativo é multidisciplinar e contempla tanto ações em saúde como educação em saúde para a população.

O cenário da atividade será composto por quatro estações: estação (1) ACS; estação (2) equipe de enfermagem; estação (3) médico de família; estação (4) nutricionista. Cada profissional ficará responsável pela organização da sua estação para que iniciem as atividades. A ESF foco está convicta da importância da implantação desse Grupo Operativo e acredita que a Atenção Integral à Saúde da Criança somente se plenifica ética e tecnicamente quando inclui, nos papéis de todos os membros da equipe, a doutrina e a prática da Puericultura.

Palavras-chave: Puericultura, Diagnósticos Pediátricos Gerais, Grupo Operativo, Atenção Integral à Saúde da Criança.

ABSTRACT

This work aims to describe a childcare proposal intervention for children from zero to one year and three months completed in a community located in Patos de Minas, Minas Gerais, Brazil.

It will be described the use of Operational Groups for the development control and evaluation of General Pediatric diagnoses. The proposal was postulated by the author faced with a persistent decline of child population health indicators in your community.

This evidence was correlated with inadequate control of General Pediatric diagnoses in this population, e.g. incomplete vaccination coverage, height and weight gain associated with inappropriate feeding for age and neurological development delay.

After the literature review and based on the theory of Operational Groups, created by the Swiss psychiatrist Pichon-Rivière, the proposal was elaborated to improve children's healthcare.

The Operational Group is multidisciplinary and includes both actions in health and health education for the population.

The activity scenario will consist of four stations: (1) ACS station; (2) team nursing station; (3) family physician station; (4) nutritionist station. Each professional will be responsible for organizing their station and initiate the activities.

The health team is convinced of the importance of this Group implementation and believes that children full healthcare only will be ethically and technically completed when all team members were included on childcare practice.

Keywords: Childcare, pediatrics general diagnoses, operational groups, children full healthcare.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	10
2.1 - Contexto da proposta.....	10
2.2 - Pressupostos metodológicos.....	10
2.3 - Construção da proposta.....	12
3. O GRUPO OPERATIVO DE CRIANÇAS.....	14
3.1 - Bases da proposta.....	14
3.2 - A proposta de implantação do grupo.....	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
6. REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES.....	23
 ANEXO 1 – Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. – fluxogramas	 25
 ANEXO 2 - Escala de Denver II	 29

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é propor, como estratégia de intervenção, a introdução de um Grupo Operativo mensal para o atendimento às crianças de zero a um ano e três meses completos, integrantes da população adscrita de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) atuante no Sistema de Saúde do Município de Patos de Minas/MG.

A comunidade de atuação dessa equipe se caracteriza por extrema passividade e ociosidade; muitos são trabalhadores autônomos, alguns desempregados e trabalhadores sem renda fixa, gerando uma alta criminalidade e uso indiscriminado de drogas lícitas e ilícitas. A população apresenta baixa escolaridade e altos índices de gravidez indesejada e na adolescência. Logo, foi constatada uma carência nos cuidados básicos das crianças dessa área, culminando na piora crescente dos indicadores de saúde nessa população infantil.

Foi observado pela enfermeira e médico dessa equipe (o autor deste trabalho), em seus respectivos atendimentos individuais, um declínio persistente na qualidade da saúde das crianças da comunidade. A maioria dos diagnósticos prevalentes era resultado de uma atenção básica inadequada. Grandes problemas na condução da puericultura dessas crianças foram notados, como atraso na vacinação sem a devida busca ativa do paciente, aumento na porcentagem das crianças com baixo peso e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, distúrbios alimentares, principalmente na introdução da alimentação complementar a partir de seis meses, entre outros. Ou seja, problemas potencialmente relacionados com intervenção inadequada pelos profissionais de saúde que prestam o serviço.

No sistema de saúde brasileiro, a Atenção à Criança sempre esteve interligada com a saúde materna (Política de Saúde Materno-Infantil). Segundo Mendonça (2002), foi observada nas últimas décadas uma percepção mais ampla da saúde da população infantil, enxergando a criança como um ser em permanente desenvolvimento com suas respectivas transformações. Com isso, foi cobrada do Estado uma assistência mais ampla à saúde dessa população. Ao longo desse processo, foram implantadas políticas direcionadas para a saúde infantil e outras mais gerais, mas tendo a saúde da criança como uma das áreas estratégicas (Figura 1).

A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, foi o grande marco para a consolidação e expansão da rede de serviços básicos. Esse programa

visava aumentar o enfoque das ações em saúde para a prevenção, e tinha como meta o acompanhamento das crianças, com o incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar ao desmame, inspeção da imunização e acompanhamento do peso/estatura e desenvolvimento neuropsicomotor - DNPM. Esse processo de acompanhamento conseguiu sistematizar retornos desses pacientes à Unidade de Saúde e, com isso, a verificação freqüente dos outros parâmetros acima citados (FIGUEIREDO e MELO, 2003).

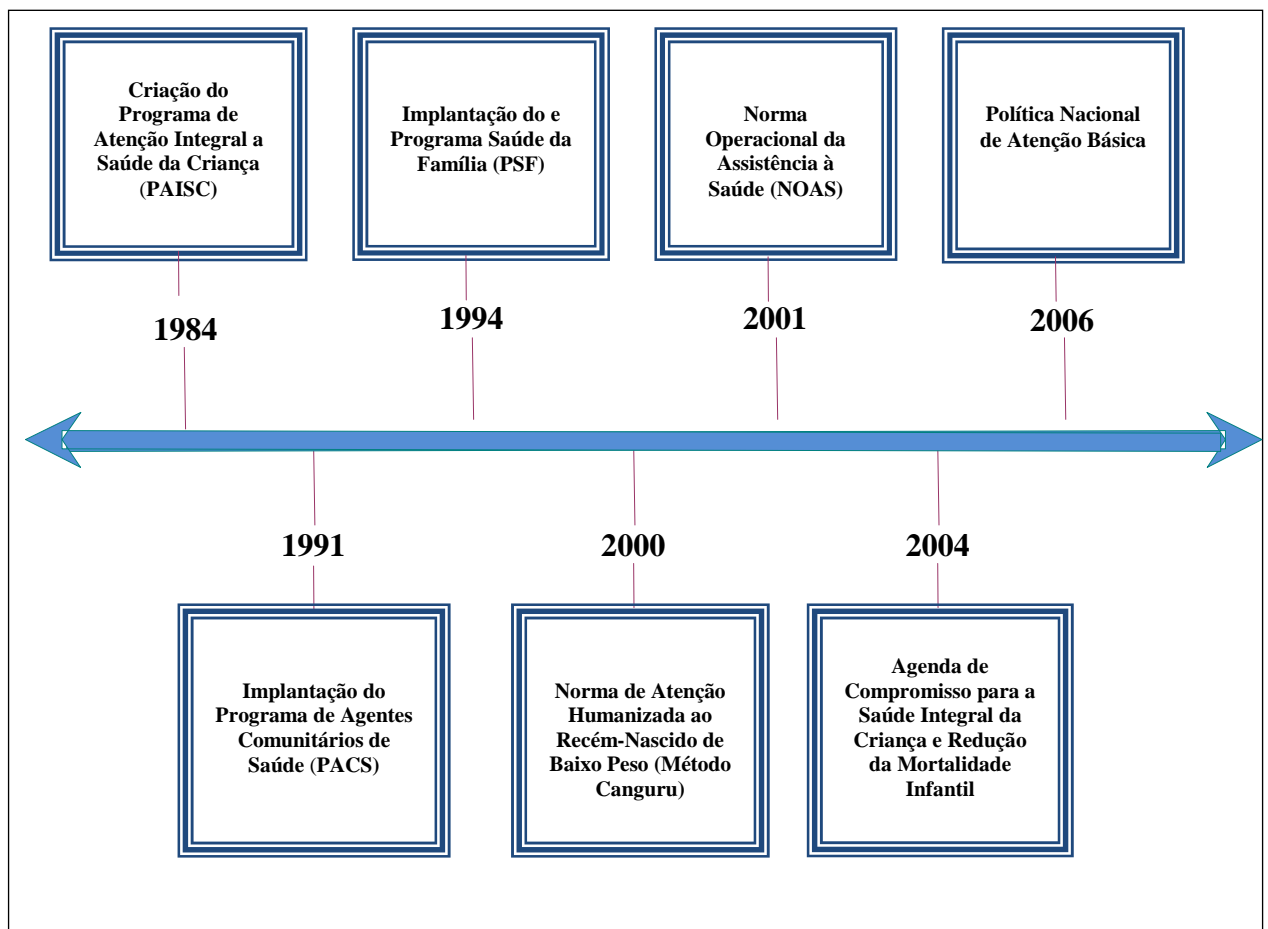


Figura 1 – Retrospecto das principais políticas voltadas para a Saúde da Criança implantadas no Brasil desde 1984 (elaboração própria).

Posteriormente, houve a implantação pelo Ministério da Saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, com o objetivo, entre outros, de potencializar a Atenção Integral à Criança, usando como principal ferramenta o Cartão da Criança. Nessa época, além desses programas, havia outras ações dentro das políticas de saúde à criança, como por exemplo, a Norma de Atenção

Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Mãe Canguru), implantando em 2000, o Projeto Acolhimento Mãe e Bebê e o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (ERDMANN e SOUZA, 2009; NEVES *et al.*, 2010).

Já no ano 2001, o Ministério da Saúde lançou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que instituiu como responsabilidades mínimas, entre outras, a assistência pré-natal, parto e puerpério; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; a cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações para todas as faixas etárias e o tratamento das intercorrências mais comuns na infância (BRASIL, 2001).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Anexo 1), pois verificou que alguns indicadores de saúde dessa população, mesmo com todo o avanço das políticas de ação, ainda prevaleciam ruins. Essa nova ação tinha como foco o acompanhamento das crianças não somente nas Unidades de Saúde, mas também em seus domicílios, creches e escolas (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica, implantada em 2006, também foi um marco importante, pois trouxe como área estratégica a eliminação da desnutrição infantil e a saúde da criança (BRASIL, 2006a). Finalmente, também em 2006, foi estabelecido o Pacto pela Vida, focado em um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, com pactuação de metas e prioridades, tais como a redução da mortalidade infantil e materna, com o objetivo de apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes (BRASIL, 2006b).

Atualmente, as ações em saúde estão pautadas em Linhas de Cuidados. Nessa perspectiva, e no contexto da Atenção Integral à Saúde da Criança, observam-se ações em saúde compreendidas, desde anticoncepção e concepção, até os cuidados com o recém-nascido. O atendimento da criança inserido no contexto da integralidade é um marco na saúde do Brasil, pois representa um passo importante no reconhecimento dos direitos da criança (ERDMANN e SOUZA, 2009).

A assistência integral à saúde dos pacientes vem sendo fortalecida com a mudança no modelo de atendimento. A abordagem multidisciplinar dos pacientes, envolvendo os mais diversos profissionais da saúde, trouxe avanço muito grande para o campo da saúde.

Mesmo com todas as mudanças na política de saúde, e a implementação de novos programas e ações, ainda se tem um Sistema Único de Saúde (SUS) limitado, produzindo uma universalização excludente (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Assim, com base nas diretrizes das políticas no campo da Saúde Infantil, propõe-se a implantação de um Grupo Operativo mensal para o atendimento às crianças de zero a um ano e três meses completos, integrantes da população adscrita de uma Equipe de Saúde da Família atuante no Sistema de Saúde do Município de Patos de Minas/MG. A seguir, serão abordados todos os procedimentos metodológicos utilizados, revisão da literatura e discussão da proposta do Grupo Operativo, concluindo-se com as considerações finais.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 - Contexto da proposta

Este trabalho se refere à implantação de um grupo operativo para crianças de zero a um ano e três meses completos, em uma população adscrita a uma Equipe de Saúde da Família do município de Patos de Minas, Minas Gerais. Essa equipe pretende acompanhar todos os diagnósticos pediátricos gerais da população infantil mencionada para melhoria dos indicadores de saúde.

Patos de Minas é uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais, situada na região intermediária às regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. A saúde do município é destaque no estado, devido aos programas e ações, principalmente na área de promoção à saúde; às Unidades de Atenção Primária à Saúde, localizadas em áreas estratégicas e aos baixos índices de mortalidade infantil registrados.

O Programa Saúde da Família é composto por trinta equipes, vinte e seis urbanas e quatro rurais, com cobertura de cem por cento do município, dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município. A ESF foco se localiza na periferia do município. As moradias foram cedidas pela prefeitura por meio de projetos de habitação popular, portanto, grande parcela da população é carente e de baixo nível socioeconômico. Concentram-se na área: duas escolas, um centro de saúde, uma creche e inúmeras Igrejas.

Frente ao declínio dos indicadores de saúde da população infantil da comunidade adscrita à ESF foco, foi proposto uma nova estratégia de intervenção utilizando como ferramenta principal os Grupos Operativos.

2.2 – Pressupostos metodológicos

A proposta de Grupos Operativos foi aventada por alguns motivos, entre eles o grande potencial de aplicabilidade e a sistematização maior que trazem para o processo de trabalho (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Para a elaboração da proposta de intervenção, utilizou-se como ferramenta, a exploração dos conceitos de Pichon-Rivière, associada à experiência do autor no emprego dessa ação, embora voltado para outros diagnósticos.

Pichon-Rivière (2000) define o Grupo como: “*um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna e que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si*”. Ainda, o autor afirma que com os Grupos, cria-se um novo processo de mudança, que se caracteriza pela redução dos medos básicos e do ataque.

A estrutura dos Grupos é descrita por Pichon-Rivière como composta pela dinâmica dos três “Ds” (depositado, depositante e depositório). O depositante deposita (o depositado) sua característica em alguém (o depositório) por não poder assumi-la.

Além disso, a teoria dos Grupos de Pichon-Rivière se baseia na verticalidade e horizontalidade, em que a verticalidade seria aquele indivíduo que enuncia algo de si mesmo e também denuncia uma característica ou problema grupal, sendo essa a horizontalidade. Ou seja, um indivíduo inserido em um grupo reconhece a aproximação da sua história pessoal (verticalidade) com a história social do seu grupo (horizontalidade). Tanto a verticalidade, como a horizontalidade, nascem da interação dos membros do grupo entre si.

Entende-se por Grupo pessoas reunidas em torno de um objetivo comum e necessidades semelhantes, para execução de uma tarefa em comum (BERSTEIN, 1986; OSÓRIO, 2003). As finalidades e propósitos dos Grupos são inúmeras, por exemplo, a cura. Entretanto, podemos citar também atividades centradas na solução de situações estereotipadas e dificuldade de aprendizagem e comunicação.

Pichon-Rivière trabalhava seus grupos utilizando muito uma estrutura dinâmica que a denominava de *vínculo*. O vínculo é definido como “*uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua interrelação com processos de comunicação e aprendizagem*”.

Assim, tendo os conceitos apresentados como base e reconhecendo as necessidades da população atendida pela equipe da Unidade Básica de Saúde foco deste estudo é que foi possível construir uma proposta de intervenção.

2.3 – Construção da proposta

O projeto do grupo operativo foi criado pelo autor deste trabalho, médico da equipe, e pela enfermeira responsável técnica da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), ao se depararem com problemas de ordem primária nos indicadores de saúde da população infantil da comunidade e pela necessidade de intervenção imediata por parte dos profissionais.

Dessa forma, o Grupo Operativo de Crianças é uma estratégia que tem como objetivo acompanhar mensalmente as crianças, com enfoque nos seus hábitos de vida, como sono e repouso, banho de sol, eliminações, hábitos de higiene e prevenção de acidentes; e também monitoramento do seu crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e orientações alimentares no desmame, imunizações, conferência de peso/estatura e desenvolvimento neuropsicomotor.

A construção da proposta do grupo operativo envolveu duas etapas: revisão narrativa da literatura, para embasar a proposta, e a definição dos atores e do conteúdo da proposta. A revisão da literatura englobou, além da exploração dos conceitos de Pichon-Rivière, uma descrição geral das abordagens no campo da Saúde infantil. Foram consultados artigos relacionados à atenção integral à saúde da criança e puericultura e recomendações do Ministério da Saúde nas bases Scielo e Lilacs e no site do Ministério da Saúde. Além disso, foram utilizadas referências já de conhecimento do autor.

Simultaneamente à revisão da literatura, buscou-se a formação de uma equipe multidisciplinar, para o aproveitamento máximo de cada profissional da Atenção Primária à Saúde e seus respectivos conhecimentos especializados, enquadrados na perspectiva da integralidade da atenção.

Os profissionais a compor o Grupo serão: um médico de família, autor do trabalho, a equipe de enfermagem, composta por uma enfermeira e uma técnica, um agente comunitário de saúde e uma nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, foi

definido o cronograma de implantação, os dias da semana em que o Grupo será realizado e sua periodicidade.

O Grupo será esquematizado em estações. Cada estação terá um profissional com sua respectiva abordagem e ação. A coordenação ficará sob responsabilidade da enfermeira. A proposta já foi discutida com a coordenação da Atenção Primária à Saúde e autorizada para implantação imediata. Foi solicitada a capacitação de todas as outras equipes do município caso o projeto traga bons resultados.

Para a organização e infra-estrutura dos grupos buscou-se obedecer às recomendações de Munari e Furegato (2003), em que os Grupos devem conter ferramentas para divulgação, ações atrativas para os pacientes, espaço físico adequado, equipe capacitada, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, cronograma e modo de condução (oficinas, palestras, discussão ou debates).

3. O GRUPO OPERATIVO DE CRIANÇAS

3.1 – Bases da proposta

Todos os seres humanos fazem parte de Grupos ao longo de sua vida. Ao nascimento, o indivíduo é recebido em um ambiente familiar, que já é considerado um grande Grupo. Nas creches, nas escolas, igrejas, clubes, as pessoas se relacionam e interagem umas com as outras formando Grupos muito semelhantes aos Grupos Operativos, porém são classificados como primários (FREIRE, 2000).

Além disso, a realização de um trabalho com Grupos significa a oportunidade de aproveitamento mais inteligente do tempo, reunião de um grupo multidisciplinar de profissionais em uma mesma ação, oportunidade de estimular e introduzir a parte educativa. No campo da saúde, trata-se de uma ferramenta muito importante para o profissional, que pode utilizá-la para esclarecimento aos pacientes de situações que variam da mais simples às mais complexa. Todas as modalidades de Grupos têm como pressuposto o processo educativo, ou seja, a intenção é possibilitar a aprendizagem para a mudança de comportamentos, hábitos de vida e discussão de processos para o auto-cuidado (TORRES *et al.*, 2003).

Para Torres *et al.* (2003), as ações educativas em saúde promovem atitudes preventivas e mudanças comportamentais nos pacientes, pois levam conhecimento técnico para ser inserido na prática do Grupo. A grande vantagem de trabalhar com Grupos Operativos é a construção do conhecimento coletivo, reflexão a respeito dos anseios dos membros, aproximação do vínculo profissional-paciente e principalmente facilitar para os pacientes a expressão de suas angústias e necessidades (DIAS *et al.*, 2009).

O próprio Ministério da Saúde propõe como ponto estratégico o vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade, aproximando a relação, fortalecendo a confiança e como conseqüência o maior êxito das ações em saúde realizadas pela equipe. Logo, no caso de um grupo de crianças, um dos principais objetivos do Grupo é fortalecer o vínculo da família da criança com todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2004).

Programas estruturados para oferecer Atenção Integral à Saúde da Criança necessitam da efetiva participação do indivíduo e sociedade, pressupondo a integração de diversas classes de profissionais que atuam em equipe, devidamente calcados nos saberes interdisciplinares e apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Acompanhar a criança mensalmente facilita à equipe a identificação de problemas no desenvolvimento neuropsicomotor e se necessário o encaminhamento rápido ao especialista para interferência e correção em tempo hábil para prevenção de seqüelas futuras (NELSON, 2004). Del Ciampo *et al.* (2006) comentam que os puericultores atuam no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento de modo que atinja sua vida adulta sem interferências desfavoráveis e problemas trazidos da infância.

Ainda, a captação precoce da criança com dificuldade de ganho de peso previne o estabelecimento de agravos nutricionais, como a desnutrição calórica e protéico-calórica. A avaliação clínica mensal permite ao médico o diagnóstico precoce e a introdução rápida do cuidado, garantindo a criança uma recuperação mais fácil (NELSON, 2004).

Por outro lado, Araújo *et al.* (2007) concluem que a prevalência de diarreia em crianças com amamentação inferior a seis meses ou não amamentadas, sobretudo naquelas em condições sócio-econômicas difíceis, é 23,6% maior que nas crianças com aleitamento materno exclusivo até seis meses.

Dessa forma, a proposta de intervenção por meio de um Grupo Operativo de crianças além de possibilitar o trabalho multidisciplinar e a interação com a comunidade, é uma forma de manter uma agenda sistematizada para atuação nos agravos e problemas mais comuns em crianças na faixa etária estabelecida.

3.2 – A proposta de implantação do Grupo

O cenário da atividade será composto por quatro estações: estação (1) ACS; estação (2) equipe de enfermagem; estação (3) médico de família; estação (4) nutricionista. A ação será planejada para as duas primeiras terças-feiras do mês, no período da manhã, com os agentes comunitários convidando, para o primeiro encontro, as crianças com até oito meses e, no

segundo, as demais (até um ano e três meses completos); a idade foi assim definida com o objetivo de liberar a criança com o cartão de vacina completo, ou seja, depois do último reforço mais próximo. A atividade será realizada na própria UAPS, na qual a equipe original da proposta atua (Figura 2).

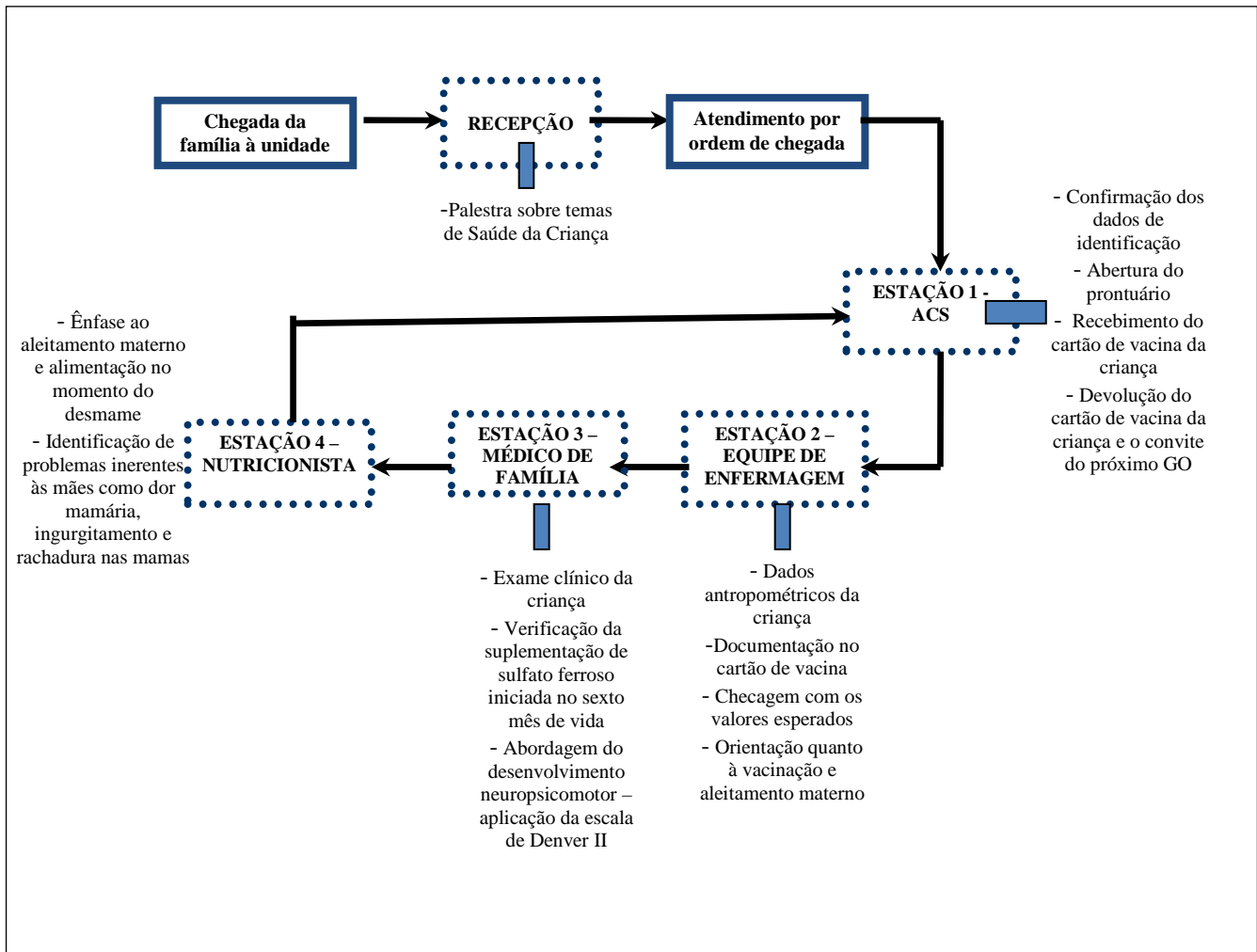


Figura 2 – Esquema das etapas do Grupo Operativo de Crianças proposto.

Cada profissional ficará responsável pela organização da sua estação para que iniciem as atividades. As famílias serão organizadas por ordem de chegada e aguardarão na recepção da UAPS. A proposta inclui uma palestra no formato de exposição dialogada na sala de espera, com temas pertinentes à saúde da criança, alternando os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como palestrantes. Além da

abordagem técnica dos assuntos, este momento será de encontro e trocas de experiências dos pais presentes.

Ao ser chamado, o familiar entrará com a criança e será dirigido para a primeira estação onde serão confirmados seus dados de identificação, abertura do prontuário e da caderneta de vacina da criança. Todos os ACS passarão por uma capacitação simples, realizada ou pelo médico ou pela enfermeira da equipe que reunirá os principais tópicos em Atenção Integral à Saúde da Criança e preenchimento correto do cartão de vacina.

Após essa primeira etapa, o familiar caminhará para a segunda estação, onde será recepcionado pela enfermeira e auxiliar de enfermagem. Nessa estação serão aferidos os dados antropométricos e a seguir documentados no cartão de vacina, checando com os valores esperados.

A enfermeira ainda verificará as vacinas da criança com a devida orientação à mãe ou responsável no que for necessário. O aleitamento materno será encorajado em todas as estações, incluindo uma abordagem na forma educativa em saúde para os familiares em espera na recepção da UAPS.

Ao chegar à terceira estação, a criança será avaliada pelo médico. Esse profissional conduzirá o exame clínico da criança e ficará responsável, entre outras coisas, pela verificação da suplementação de sulfato ferroso iniciada no sexto mês de vida, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Suplementação de Ferro proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). A ausência dessa ação gerou um aumento na incidência de anemia ferropriva em crianças menores ou igual a dois anos, conforme observado, empiricamente, pelo médico da equipe durante os atendimentos clínicos.

O profissional médico também fará a abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor, que é de suma importância para a saúde da criança, tanto do ponto de vista motor, adaptativo, pessoal, social e lingüístico. A triagem do desenvolvimento é uma avaliação sucinta de todas as habilidades do desenvolvimento que é realizada com as crianças para identificação de suspeitas de atraso que necessitem de uma abordagem clínica especializada e cautelosa. Será aplicada a escala de Denver II (Anexo), que avalia o desenvolvimento da criança no nascimento aos seis anos de idade em quatro domínios: (1) psico-social, (2) motor refinado

adaptativo, (3) linguagem, e (4) motor grosseiro (NELSON, 2004). Com o diagnóstico precoce de alterações nesse campo, previnem-se seqüelas futuras importantes.

Na quarta estação, o profissional será o nutricionista, realizando suas considerações, com ênfase ao aleitamento materno e alimentação no momento do desmame. Constata-se um alto índice de desmame precoce e, na maioria das vezes, por falta de orientação das nutrizes. Problemas inerentes às mães como dor mamária, ingurgitamento e rachadura nas mamas também serão identificados e corrigidos.

Essa etapa é importante, pois foram observados alguns casos de crianças com baixo peso na comunidade. Além disso, a introdução de outros alimentos no sexto mês de vida é um tema bem complicado na prática, pois as mães têm muitas dúvidas, principalmente no equilíbrio dos macros nutrientes, gerando dietas inadequadas e associações desfavoráveis, como por exemplo, a freqüência de casos de anemia pelo fornecimento errôneo do leite após refeições complementares, gerando uma competição do cálcio com o ferro e, por conseqüência, problemas na sua absorção.

Ao sair da última estação, a mãe dirige-se novamente à primeira, para receber de volta a caderneta de vacina da criança e o convite do próximo GO. Dessa maneira garante-se a continuidade dos cuidados.

Com a anuência da gerência da Unidade, a equipe realizou três grupos pilotos, onde foram constatados resultados bastante satisfatórios. O preenchimento das cadernetas de vacina passou a ser correto e padronizado. Outro fator relevante observado foi a queda das complicações por infecções respiratórias e gastrointestinais e aumento da prevalência do aleitamento materno.

Por fim, entende-se que a avaliação do Grupo é um processo muito importante para a continuidade do mesmo; concordando com Munari e Furegato (2003), inda não foram estabelecidas as bases sólidas para avaliação, pois não há descrito na literatura toda a formalidade técnica. Porém, as formas para executar essa avaliação são inúmeras. O coordenador poderia realizar perguntas objetivas e diretas aos participantes e avaliar as respectivas respostas; pode ser utilizada uma ferramenta como questionário de satisfação;

feedback do coordenador frente a sua observação da dinâmica do processo de trabalho; ou também um supervisor externo pode avaliar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança proposta no modo de intervenção dos cuidados à saúde da população infantil busca a abordagem da criança além da simples circunscrição da queixa como um fenômeno físico e formalização da prescrição da medicação para remissão dos sintomas.

O Grupo Operativo propõe trazer para as reuniões o espaço doméstico de cada família, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade e garantir um acesso mais fácil à ESF.

A formalização e o pré-agendamento dos encontros mensais visam também melhor acompanhamento das crianças, garantindo um ganho de peso e estatura adequados para sua faixa etária, alimentação equilibrada e condizente com as suas necessidades biológicas, redução das doenças imunopreveníveis com o rastreamento das crianças com a vacinação incompleta ou atrasada, interferir de maneira precoce nos atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor e, por fim, estimular e encorajar o aleitamento materno, diminuindo as taxas de desmame precoce e infecções respiratórias e gastrointestinais.

Todos os profissionais da equipe em foco estão ansiosos pelos resultados em longo prazo. Os pilotos realizados mostraram a melhoria na qualidade do atendimento e a sistematização das avaliações das crianças estreitou o vínculo com os familiares. A equipe também aproveitou bastante a experiência, melhorando a união e a comunicação entre todos os profissionais para qualquer situação dentro do processo de trabalho.

A ESF foco está convicta da importância da implantação desse Grupo Operativo e concorda que a Atenção Integral à Saúde da Criança somente se concretiza quando todos os membros da equipe entendem a importância da doutrina e adotam a prática da Puericultura.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. F. M.; FERREIRA, A. B.; GONDIM, K. M.; CHAVES, E. S. A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 6, n. 1, p. 76-84, 2007.

BEHRMAN, R.E; KLIEGMAN, R. **Nelson princípios de pediatria**, 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v. 4, cap. 01, p. 01-09 e p. 18-19.

BERSTEIN, M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L.C. *et al.* **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 121p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 730/GM em 13 de maio de 2005. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**, destinado a prevenir a anemia ferropriva. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro.php>

BRASIL (a), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60p.

BRASIL (b), Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 78p.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C. *et al.* O programa de Saúde da família e a Puericultura, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11 n.3, jul./set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200600030002.

DIAS, V.; SILVEIRA, D. Educação em saúde: O trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS**, v.12, n.2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

ERDMANN, A.; SOUZA, F. G. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde, **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 150-160, 2009.

FIGUEIREDO, G. L.A.; MELO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n.4, p. 544-551, jul.-ago. 2003.

FREIRE, Madalena. **O que é um grupo?** In: Paixão de Aprender, ano I. nº.1, dez 2000

MENDONÇA, M. H. M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, suppl. P. 113-120, 2002.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 2003.

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p.48-54, mar. 2010.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R, C, D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil, **Saúde e Sociedades**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

TORRES, H.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.; SOARES, S. **Práticas educativas em atenção Básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. p.40-47.

6. REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

ALVES, C. R.; LASMAR, L. M.; GOULART, L. M. Qualidade do preenchimento da Caderneta de saúde da Criança e fatores associados, **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.3, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300013&.

ARPINI, D. M.; SANTOS, B. R.: Programa da criança: espaço de promoção de saúde e fortalecimento dos vínculos, **Psicologia Argumento**, v. 25, n. 49, p. 155-164, abr./jun. 2007.

DUNCAN, BRUCE B.; SCHMIDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FALEIROS, J. J.; KALIL, G.; CASARIN, D. P. *et al.* Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 482-489, mar/abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200500020001.

FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F.; MAGGI, R.S.; SAMICO, I. Atenção à Saúde da Criança: Uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. 6, p. 1737-1745, 2002.

FORTUNA, C.; MISHIMA, S.; MATUMOTO, S. O Trabalho de equipe no programa saúde da família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p. 262-268, mar-abr. 2005.

GRANDO, M.; DALL'AGNOL, C. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe de estratégia saúde da família. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v.14, n. 3, p. 504-510, jul./set. 2010.

LIMA, I. M.; ALVES, V. S. A consulta médica no contexto do programa saúde da família e direito da criança, **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.17, n.3, dez. 2007. Disponível em: http://pepisc.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000300.

MIRANDA, A.; SCHEIBEL, I. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida, **Revista de Saúde Pública**, v.29 n.3, jun.1995. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300008&1.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do sul e do Nordeste do Brasil, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, n.1 jan./mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100009&1.

SHIBUKAWA, A. F.; SILVA, E. F. Profilaxia da anemia carencial com sulfato ferroso em lactentes acompanhados em unidade básica de saúde no município de Embu (SP) (2003/2004), **São Paulo Medical Journal**, v. 126, n. 2, p.96-101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802008000200006

SUCUPIRA, A. C. S. L.; BRICKS, L. F.; KOBINGER, M. E. B. A.; SAITO, M. I.; ZUCCOLOTTO, S. M. C.; **Pediatria em Consultório**, v. 4, cap. 02, p. 08-15.

ANEXO 1 – Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil – fluxogramas.

A Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresenta esta Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Pretende-se, assim, ressaltar que o foco da atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional, é a criança, em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola. Assim, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. Ainda, como cuidado integral entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, do locus próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde (moradia, água tratada, educação, etc.).

(...)



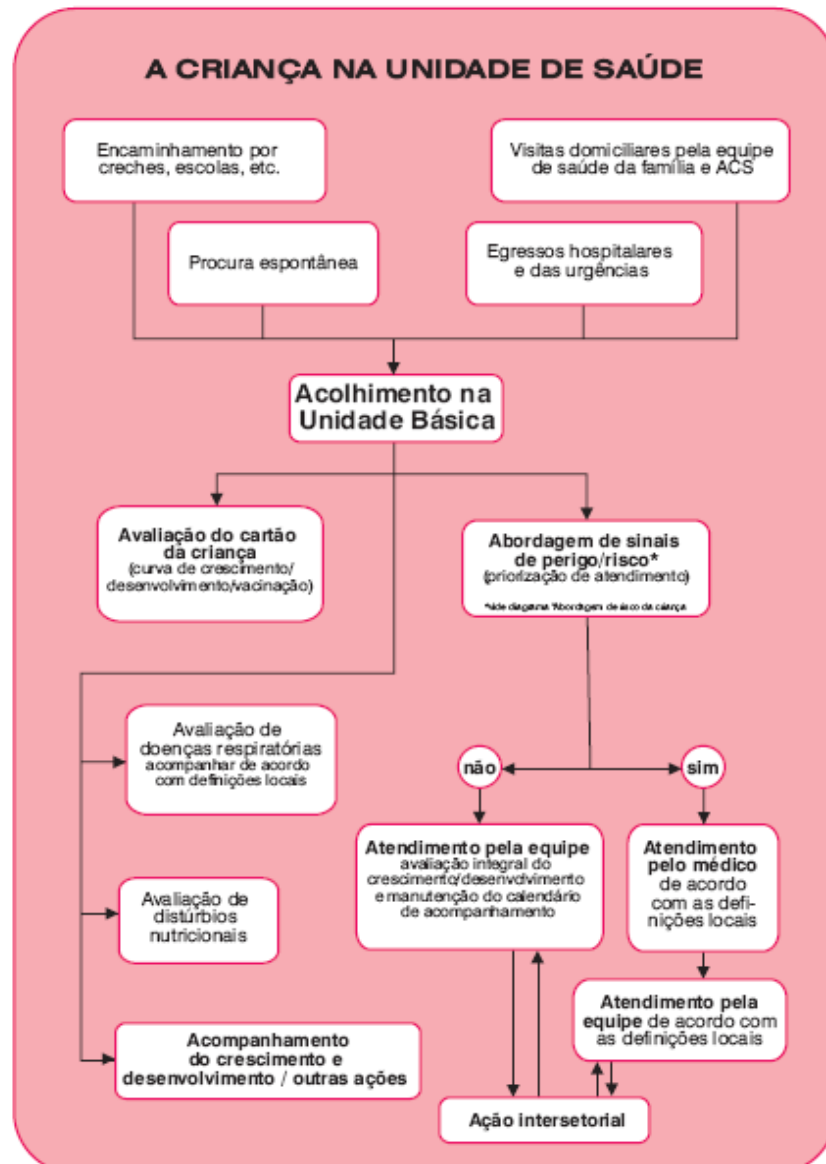
(...)

Destaques par abordagem prioritária:

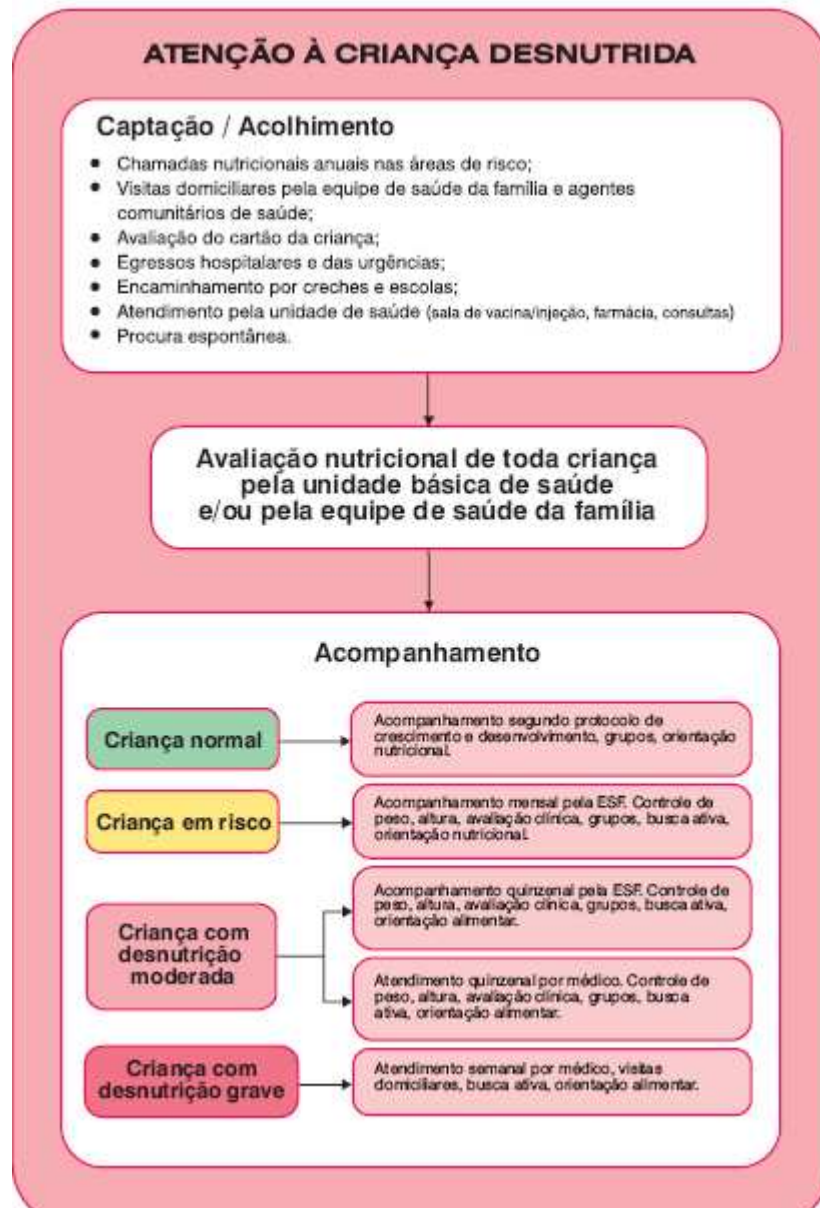
Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, apresentamos as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança:

- 1 - PROMOÇÃO DO NASCIMENTO SAUDÁVEL;
- 2 - ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO;
- 3 - ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E IMUNIZAÇÃO;
- 4 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: ATENÇÃO AOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS E ANEMIAS CARENCIAIS;
- 5 - ABORDAGEM DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E INFECCIOSAS.

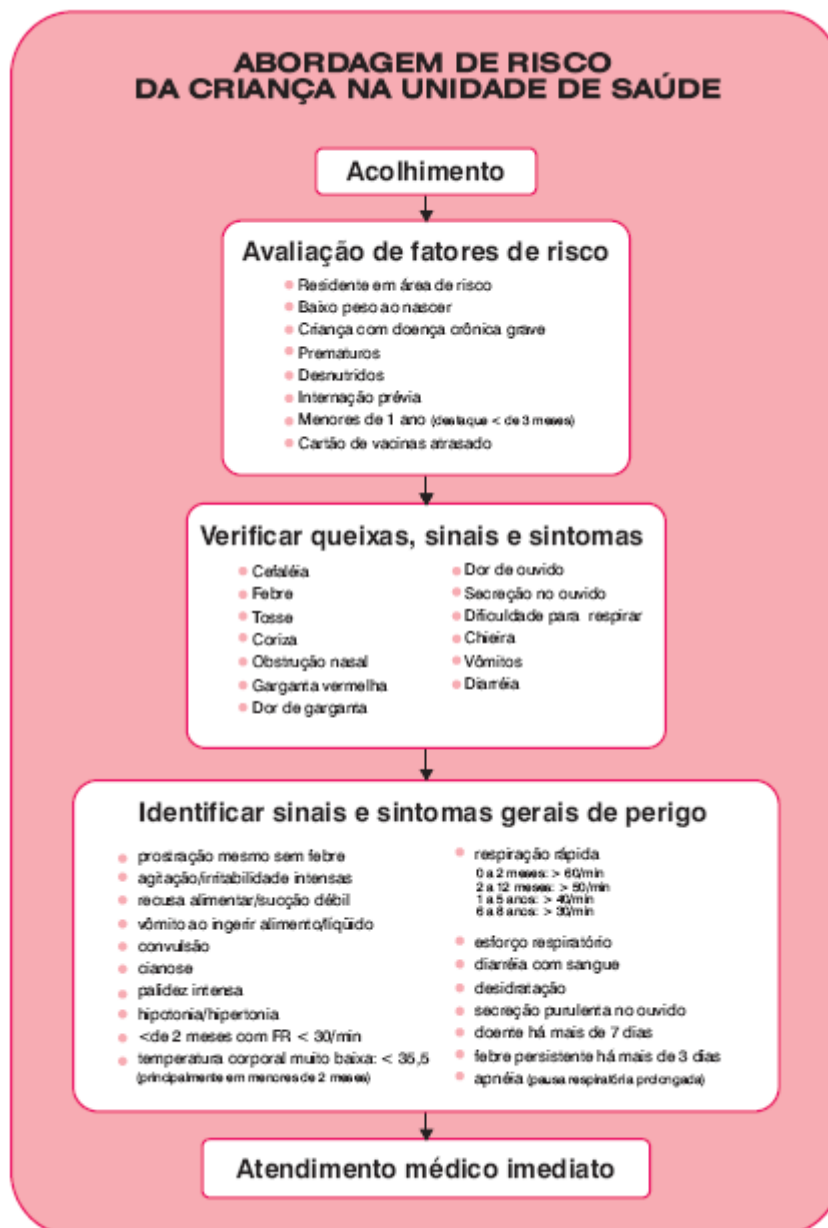
(...)



(...)



(...)



(...)

ANEXO 2 – Escala de Denver II

Teste do Desenvolvimento de Denver

Instruções

- O teste baseia-se na observação direta do que a criança pode fazer e no relato dos pais (ou da pessoa que lida habitualmente com a criança).
- A criança deve ficar bem à vontade antes de se iniciar o teste e não deve ser cobrado um desempenho.
- Nas faixas etárias mais avançadas deve-se começar o teste com alguns itens abaixo da idade para que a criança seja bem sucedida no início e simula-se estímulo a a prosseguir.
- Deve-se evitar distrair a criança com outros materiais que não os do teste.
- Cada item é representado por uma taxa indicativa da época em que uma criança normal pode começar a realizar aquela função.
- A parte sombreada da taxa indica a idade em que 75 a 90% das crianças tornam-se capazes de executar o item de teste.
- A incapacidade de realizar um item ultrapassado por 90% das crianças da mesma idade deve ser considerada importante, principalmente quando há várias falhas em um setor.
- O teste não faz diagnóstico. Aferir quanto à presença de deficiências e indicar a necessidade de investigação mais aprofundada.

Idade	Motor	Linguagem	Motor-oculomotriz	Psico-social
1	Segurar um objeto com a mão fechada	Repetição de sílabas	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
2	Segurar um objeto com a mão aberta	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão fechada	Atender ao nome
3	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
4	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
5	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
6	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
7	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
8	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
9	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
10	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
11	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
12	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
13	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
14	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
15	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
16	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
17	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
18	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
19	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
20	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
21	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
22	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
23	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
24	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
25	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
26	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
27	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
28	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
29	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
30	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
31	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
32	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
33	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
34	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
35	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
36	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
37	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
38	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
39	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome
40	Segurar um objeto com a mão fechada	Palavras simples	Segurar um objeto com a mão aberta	Atender ao nome