

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

Juliana de Sousa Cristo Marcelino

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS DE 0
A 5 ANOS – MORADORAS DO TERRITÓRIO ADSCRITO PELA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CONCEIÇÃO DE ITAGUÁ, EM
BRUMADINHO – MG.**

Pólo Confins/MG

2014

Juliana de Sousa Cristo Marcelino

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS DE 0
A 5 ANOS – MORADORAS DO TERRITÓRIO ADSCRITO PELA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CONCEIÇÃO DE ITAGUÁ, EM
BRUMADINHO – MG.**

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

Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria.

Pólo Confins/MG

2014

Juliana de Sousa Cristo Marcelino

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS DE 0
A 5 ANOS – MORADORAS DO TERRITÓRIO ADSCRITO PELA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CONCEIÇÃO DE ITAGUÁ, EM
BRUMADINHO – MG.**

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

Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria.

Banca Examinadora

Prof. Horácio Pereira de Faria - UFMG - Orientador

Prof. Jandira Maciel da Silva - UFMG - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 11/08/2014

RESUMO

Este trabalho visa à criação de um projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde de Conceição de Itaguá, região rural no Distrito de Brumado, no município de Brumadinho MG. O problema percebido por mim e pela equipe de saúde, no período de março a junho de 2013 foi a baixa adesão dos cuidadores e mães às consultas de puericultura realizadas pela enfermeira, médica geral e pediatra, desde o primeiro mês, até os 24 meses de idade e continuamente até os 5 anos de idade. Estatisticamente, a presença máxima nas consultas foi de 75%, com grande índice de abstenções. Como estratégia de intervenção propõe um processo de educação com convocação das mães e sensibilização das mesmas com visitas domiciliares pelas Agentes Comunitárias de Saúde e equipe de saúde, educação em sala de espera e envolvimento da equipe transdisciplinar em saúde com palestras, aulas expositivas de maneira que possamos agir com estratégias educativas desde o método tradicional até a pedagogia do oprimido de Paulo Freire, respeitando os costumes e cultura locais. Assim, esperamos que utilizando estas estratégias pelo período de um ano, com apoio no NASF e da Secretaria Municipal de Saúde, aumentemos a presença nas consultas de puericultura, aceitando a prevenção e promoção em saúde como parte incluída da população no sistema público de saúde.

Palavras-Chave: Puericultura, Educação em Saúde, Assistência Pediátrica, Cuidadores, Saúde da Família.

ABSTRACT

This work intentions to create an Interventional Project in Conceição de Itaguá, country side of Brumado district, located in the city of Brumadinho MG. Me and other health workers perceived, between the months of March to June of 2013, that mothers and carriers were not bringing the children to the preventive medical consults, that should happen since the first month until the 5th year. Statistically, the absence were huge, the maximum presence index were 75%. We propose to Educate and bring the mothers and carriers to the Health Unit by the Communitarian Agents' home visiting and by the health coworkers' pallestrations, expositive classes, using a sort of educational methods from the traditional method to the Opressed Pedagogy conceived by Paulo Freire, always respecting the local culture. This way, we expect, by using this strategy for one year, with the support of the Health Workers and Municipal Healthy Secretary, to increase children's presence in preventive medical consult, accepting prevention and promotion as including part of the Public Health System.

Keywords: Preventive Medical Consults, Health Education, Opressed Pedagogy, Family Health, Pedriatics Assistance

SUMÁRIO

1 Introdução	07
2 Problema	09
3 Justificativa	10
4 Objetivos	12
4.1 <i>Objetivo geral</i>	12
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	12
5 Revisão de Literatura	13
6 Metodologia	27
7 Cronograma	37
8 Recursos necessários	38
9 Avaliação de Viabilidade das Propostas	40
10 Resultados esperados	41
11 Referências bibliográficas	42

1.INTRODUÇÃO

Brumadinho é um município localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, conta com uma população de aproximadamente 34 mil habitantes, segundo dados do censo de 2010 (IBGE, 2010) e um número aproximado de 8 mil moradias/famílias. Foi fundado em 1955, recebeu o nome de Brumadinho, devido às brumas que cobrem o território, montanhoso, sobretudo no período da manhã. Contém importantes mananciais de água do estado de Minas Gerais, que são explorados pela COPASA. É importante município de mineração, com grandes multinacionais do ramo presentes no território, e é importante produtor de cachaça artesanal. No município, localiza-se o Inhotim, um dos maiores centros de arte contemporânea da América Latina. Há a Corporação Musical Banda São Sebastião, que representa grande influência da música e da religião católica na cultura local (PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUMADINHO, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano, IDH, do município é 0,773 e a renda média familiar é de dois salários mínimos, números que ilustram a condição socioeconômica precária; mais de 85% da população é usuária do Sistema Único de Saúde, o SUS. A taxa de alfabetização em Brumadinho é de 78% e a de escolarização é de: 15,1% nos anos iniciais do Ensino Fundamental, 31,5% nos anos finais e 29,1% no Ensino Médio (GRANBEL, 2013). O transporte coletivo funciona de maneira adequada e a tarifa tem um preço considerado justo, sendo administrado pelo DER (Departamento de Estradas e Rodagem), juntamente com o município.

O município conta com 13 Unidades de Saúde da Família, equipe do NASF completa, um hospital geral-maternidade, uma policlínica, onde há consultas especializadas, realização de exames; e uma UPA, para atendimentos de urgência e emergência; além do CAPS, para atendimento a pacientes psiquiátricos. O que não é oferecido pelo município em termos de serviços de saúde é pactuado para atendimento por um consórcio, o CISMED, ou em Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUMADINHO, 2013).

A pirâmide etária de Brumadinho evidencia, conforme o Censo 2010, uma população jovem, com predominância de jovens e da população em idade economicamente ativa.

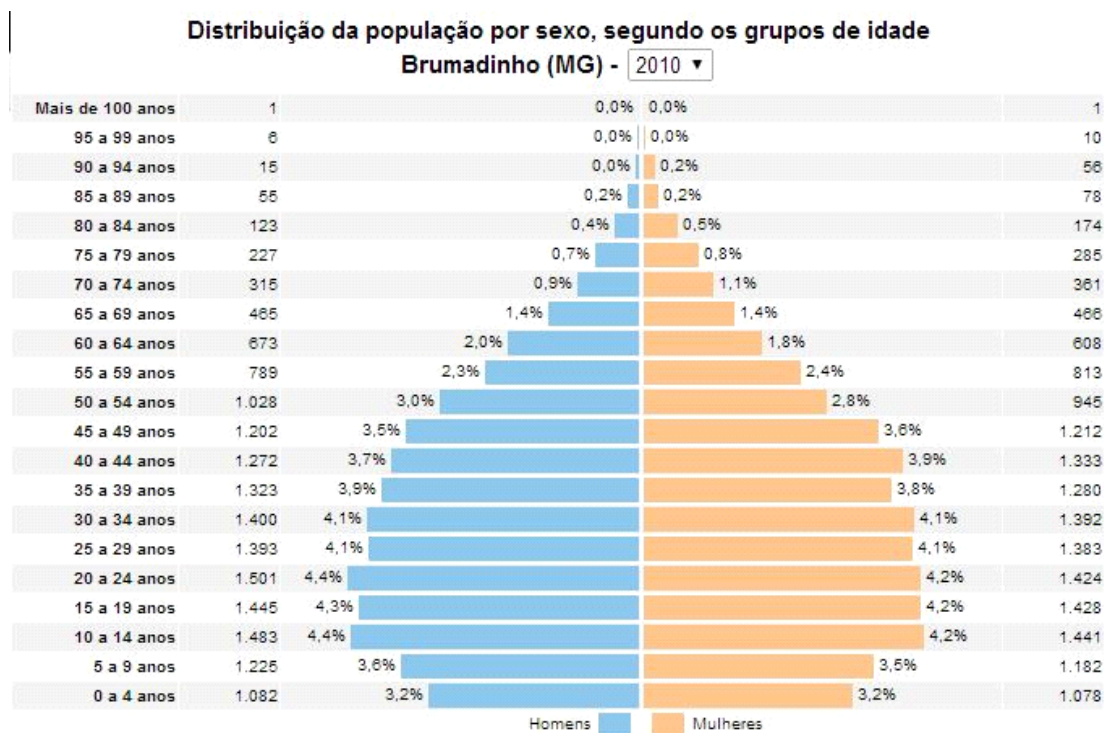


Gráfico: Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade Brumadinho/MG, 2010.

Fonte: IBGE/ CENSO 2010 - Disponível em: www.censo2010.ibge.ov.br – Acesso em 17/08/2013.

Conceição de Itaguá localiza-se no distrito do Brumado, na zona rural do município, não há saneamento básico (rede de esgoto e água tratada) para a maior parte da população. O território é subdividido em seis micro-áreas, totalizando uma população de 2.218 pessoas e 644 famílias cadastradas, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB / DATASUS – Agosto/2012). A maioria das pessoas está empregada nas mineradoras, no Inhotim ou atua em atividades informais. Há um grande índice de alcoolismo e drogadição. As habitações são de alvenaria, porem com ventilação ruim, com pequena metragem.

O diagnostico situacional em Conceição de Itaguá, compreendendo cinco das seis microáreas, evidenciou a existência de 142 crianças menores de cinco anos de idade atendidas pela Unidade, e que, aproximadamente, um terço delas permanece diariamente na creche local, para que seus cuidadores possam exercer atividade remunerada para o sustento da casa. Existe o conselho tutelar, órgão que se responsabiliza pelas situações de risco, na infância. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUMADINHO, 2013; SIAB/DATASUS, 2012).

2.PROBLEMA

Entre os meses de março a junho de 2013, foi observada baixa adesão às consultas de puericultura pelas crianças da região. Os casos agudos são atendidos por demanda espontânea, e o acompanhamento de crianças saudáveis ocorre por meio de agendamento.

Por que há essa abstenção?

Devemos pensar nos seguintes fatores que justifiquem o fenômeno observado:

Adesão – informação, dia, horário.

Acesso – proximidade da residência ao Centro de Saúde, disponibilidade do carro que atende a unidade.

Oferta do serviço de puericultura.

Além de fatores culturais: idéia de que se deve buscar a unidade de saúde apenas em casos de enfermidade evidente, a mãe crê que não pode fazer o deslocamento com a criança até a unidade no período de resguardo, etc.

Já existe espaço na agenda para a demanda programada/puericultura, tendo sido reservado o horário da tarde, às quartas-feiras, quinzenalmente.

Foi possível perceber, nesse tempo de atendimento, que há mães adolescentes, analfabetas, crianças em ambos riscos nutricionais (desnutridas e obesas); o aleitamento materno é abandonado antes dos seis meses por boa parte das mães, mesmo com todo o suporte educativo dado às gestantes, em encontros mensais. A maioria das crianças está com a vacinação em dia, mas, em contrapartida, muitas têm problemas dentários.

É seguido, na Unidade, o protocolo sugerido pelo Ministério da Saúde, de forma a haver atendimento puerperal à mãe e à criança, pela Enfermeira, dentro dos primeiros 15 dias após o nascimento, com agendamento de primeira consulta com o Médico da unidade e com o Pediatra do município para o primeiro mês, havendo, então, uma previsão de consultas aos 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24 meses e, anualmente, até o quinto ano de vida, pelo menos. Em alguns momentos, foi percebida a abstenção absoluta nas consultas, com um índice máximo de presença de 75 %; atento para o fato de que há efetiva comunicação das datas e horários das consultas de puericultura agendadas, pelas ACS (Agentes Comunitárias de Saúde) às famílias.

3.JUSTIFICATIVA

A puericultura pode ser definida como um conjunto de técnicas empregadas para assegurar o desenvolvimento mental e físico da criança de forma perfeita, desde a gestação até a idade de cinco anos. Por extensão, pode-se trabalhar no período da gestação até a puberdade (FERREIRA, 1999).

Esta definição baseia-se na pressuposição de que a atenção à criança, pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida (RICCO, SANTORO, ALMEIRA DEL CIAMPO, 2000).

Assim, a puericultura se assemelha a um grande roteiro, subdividido em roteiros menores, cada vez mais detalhados e específicos, que, se corretamente aplicados, cumprem o objetivo de prevenir agravos das mais diversas origens. Esses roteiros possuem caráter científico, resultado de pesquisas em saúde, de diferentes ramos como nutrição, antropometria, imunologia, psicologia, odontologia e enfermagem. Desta maneira, pretende diferenciar o senso comum e dita de maneira científica os cuidados às crianças. Essa aglutinação de diversos campos do conhecimento e atuação, em sua definição e aplicação, qualifica a puericultura como uma prática técnica e social, já que se sustenta em fundamentos técnicos, mas sendo aplicada no âmbito das relações sociais (BONILHA, RIVORÊDO, 2005).

Outra maneira de conceber a puericultura, presente em um grande número de publicações a partir da década de 1960, que têm em comum a crítica a esse caráter neutro e positivo da puericultura, utiliza referenciais teóricas das ciências sociais. Muitos autores entendem a puericultura como uma prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos, com motivos, objetivos e consequências que extrapolam a simples elaboração de normas científicas que garantam o desenvolvimento da criança. Encobertos sob a proposta de prevenir a mortalidade infantil através da educação existiram outros projetos, como o estabelecimento de um padrão comportamental não só para crianças, mas para as famílias como um todo, algo de cunho moralizante e baseado naquele considerado ideal pelas classes dominantes (BOLTANSKI, 1974).

Assim, a puericultura representa a consolidação de um projeto iniciado na Europa, no Século XVIII, que visava à conservação das crianças, essencial para os grandes Estados modernos, os quais mediam as suas forças pelo tamanho de seus mercados e exércitos (DONZELOT, 1986). Desde sua origem, no fim do Século XIX, até os dias de hoje, a puericultura teria incorporado características próprias de cada momento e local em que foi praticada, recebendo novas determinações e influências dos grupos hegemônicos sem, no entanto, abandonar seu núcleo ideológico, que oferece, através da educação, a modificação de situações que dependeriam de amplas reformas sociais (NOVAES, 1979; ROCHA, 1987; ALCÂNTARA, 1996).

É notável a percepção de que o crescimento e o desenvolvimento infantis são indicadores muito sensíveis da qualidade de vida de uma população, e junto com a avaliação da cobertura vacinal, permitem, também, avaliar a qualidade do serviço prestado pela atenção primária. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de atenção à saúde da criança. É a partir desses dados, da classificação da população adscrita em um território, sob esses parâmetros, que são planejadas ações de intervenção para essa faixa etária. Os instrumentos necessários, as bases teóricas e as técnicas de avaliação são de fácil acesso e interpretação (BRASIL, MS, 2002).

Tendo em vista o exposto, fica clara a necessidade de se promover uma atenção mais integral a essa faixa da população adscrita no território da UBS de Conceição de Itaguá.

4. OBJETIVO GERAL

Organizar o atendimento de puericultura na área de abrangência da UBS de Conceição de Itaguá;

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Captar as crianças que vivem no território de abrangência da UBS para o atendimento de puericultura, conhecendo as particularidades das famílias, estabelecendo critérios para estratificação de risco e protocolos específicos para atendimento das crianças provenientes de famílias de cada estrato (classificar a criança e as famílias, quanto aos dados antropométricos, de desenvolvimento neuropsicomotor, alimentação, vacinação, como relações interpessoais, reconhecimento de fatores de risco genético-biológicos e ambientais ao desenvolvimento);
- Orientar os cuidadores sobre a necessidade de acompanhamento da saúde da criança mesmo fora de quadros agudos, bem como ajudar as famílias a criarem o hábito de consultar informações relevantes na caderneta de saúde da criança, e, a partir dos resultados encontrados, construir coletivamente um planejamento de ações para promover ações de saúde para a faixa etária de 0 a 5 anos.
- Criar um diálogo com a creche local, para que lá seja um espaço para as avaliações pertinentes e a execução de ações que daí surgirem.
- Aumentar cobertura vacinal;
- Realizar de forma efetiva o calendário de atendimento da criança no município segundo o protocolo do Ministério da Saúde;
- Proporcionar assistência diferenciada e vigilância sobre o recém nascido e outras crianças até os cinco anos, com perenidade do acompanhamento estendido até a puberdade;
- Estimular o aleitamento materno;
- Implementar um sistema de vigilância e combate à desnutrição infantil;
- Promover a intersetorialidade de ações e o trabalho transdisciplinar, apoiando nos vários escopos de conhecimento para efetividade da puericultura.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 CUIDADOS COM A SAÚDE DA CRIANÇA

Adotar medidas para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, como recomendado na Reunião de Cúpula em Favor da Infância (Nova York, 1990) e na Conferência Internacional de Nutrição (Roma, 1992), significa garantir um direito da população e cumprir uma obrigação do Estado (BRASIL MS, 2002).

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, a partir de 1984, visando a incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, foi a de priorizar cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia (promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas). Tais ações devem constituir o centro da atenção a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde. E, nesse sentido, o Ministério da Saúde estabeleceu normas técnicas, definiu instrumentos operacionais e promoveu a capacitação de recursos humanos (BRASIL MS, 2002).

A partir de 1996, o Ministério da Saúde vem ampliando investimentos para promover a organização da atenção básica nos municípios. Para tanto, definiu os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) como as estratégias prioritárias capazes de resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria das condições de saúde e de vida. Nesse contexto, as normas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram gradativamente incorporadas às atividades do PACS e do PSF, potencializando, assim, os esforços do Ministério da Saúde e de Secretarias de Saúde para a vigilância da saúde da criança, com destaque para a disseminação do uso do Cartão da Criança (BRASIL MS, 2002).

5.2 FATORES QUE INFLUENCIAM O CRESCIMENTO DA CRIANÇA

De um modo geral, considera-se o crescimento como aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). A partir de um conceito mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. É 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, refletindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente (MINAS GERAIS, 2005).

O planejamento familiar, a realização de uma adequada assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, as medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são condições cruciais para que o crescimento infantil se processe de forma adequada (MINAS GERAIS, 2005).

O crescimento é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento, que poderá ou não ser atingido, dependendo das condições de vida a que esteja submetido desde a concepção até a idade adulta. Portanto, pode-se dizer que o crescimento sofre influências de fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações, muitas vezes correlacionados, ou seja, podem ser geneticamente determinadas) e de fatores extrínsecos, dentre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança (GESELL, 1996).

Ainda segundo Gesell (1996) com relação ao crescimento linear (estatura), pode-se dizer que a altura final do indivíduo é o resultado da interação entre sua carga genética e os fatores do meio ambiente que permitirão a maior ou menor expressão do seu potencial genético. Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento. Os fatores genéticos apresentam a sua influência marcada na criança maior, no adolescente e no jovem.

5.2.1 Influência da Herança Genética no Crescimento da Criança

A herança genética é a propriedade dos seres vivos de transmitirem suas características aos descendentes. Do ponto de vista do crescimento, a herança genética recebida do pai e da mãe estabelece um potencial ou alvo que pode ser atingido. Poucas funções biológicas dependem tanto do potencial genético como o crescimento. No entanto, a qualquer momento, desde a concepção e especialmente nas crianças pequenas, fatores ambientais podem perturbar o ritmo e a qualidade deste processo. O alcance dessa meta biológica depende, na verdade, das condições do ambiente onde se dá o crescimento da criança sendo sua influência marcante.

Existem grandes variações individuais no potencial de crescimento dado pela herança genética. Observa-se, por exemplo, que a variação de altura da população adulta, saudável, do sexo masculino é cerca de 20 cm, enquanto que esta mesma variação entre irmãos é de 16 cm e entre gêmeos homozigóticos é de 1,6 cm (CHONG, BERTOLA, ALBANO, 2010).

A variabilidade genética normal é sempre levada em consideração, quando se realizam diagnósticos de déficit no crescimento. A influência do fator genético no crescimento pode ser demonstrada através de vários exemplos como citados abaixo.

O coeficiente de correlação entre as medidas de altura dos pais e a altura/comprimento dos filhos em diferentes idades: ao nascer esse coeficiente é de 0,2, porque o crescimento do recém-nascido reflete mais as condições intrauterinas do que o genótipo fetal. Esse coeficiente se eleva rapidamente, de modo que aos 18 meses chega a 0,5, que é aproximadamente o valor que terá na idade adulta. Dos 2 aos 3 anos até a adolescência a correlação da altura pais/criança pode ser usada para prever padrões para a altura de crianças, em relação a altura de seus pais (BONNER, MILLING, WALKER, 1984).

Os coeficientes de correlação entre as medidas de estatura de uma criança em sucessivas idades e sua própria altura na idade adulta: essa correlação do comprimento ao nascer com a altura na idade adulta é de 0,3, elevando-se rapidamente de modo que dos 2 aos 3 anos seu valor é de 0,8. A implicação prática dessa relação é que a altura na idade adulta pode ser estimada preditivamente a partir da altura dos 2 aos 3 anos com um erro aproximado de até 8 cm. Na puberdade, essa correlação diminui por que algumas crianças maturam mais cedo e outras mais tarde, mas se a idade óssea for tomada em consideração é possível fazer a predição (BONNER, MILLING, WALKER, 1984).

O baixo coeficiente de correlação observado nos primeiros anos de vida reflete, possivelmente, a grande influência que o ambiente exerce nessa fase do crescimento, minimizando a correlação com o potencial genético. À medida que a criança fica mais velha, atenua-se a influência do ambiente, ganhando importância os fatores genéticos (BONNER, MILLING, WALKER, 1984).

As diversas partes do corpo apresentam diferentes ritmos de crescimento. Assim, a cabeça no feto aos dois meses de vida intrauterina representa, proporcionalmente, 50% do corpo; no recém-nascido representa 25% e na idade adulta 10%. Figura 1.

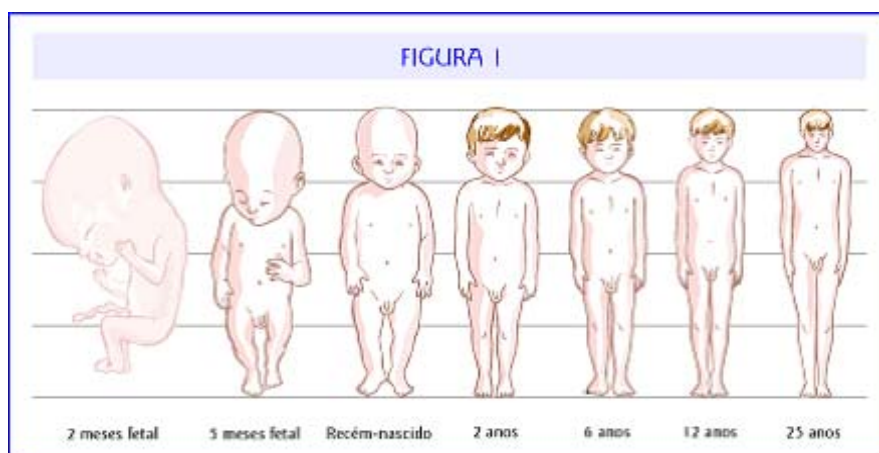


Figura 1: Proporção e velocidade de crescimento corporal do feto ao adulto.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasil: Distrito Federal, 2002.

A menarca, que expressa o crescimento do tipo reprodutivo, surge na fase de declínio do pico de crescimento da puberdade. A influência do fator genético na idade da menarca pode ser exemplificada na observação de que, no oeste europeu, irmãs gêmeas homozigóticas atingem a menarca em média com dois meses de diferença, enquanto gêmeas heterozigóticas apresentam uma diferença média de 12 meses no aparecimento do primeiro ciclo menstrual (CHONG, BERTOLA, ALBANO, 2010).

Existem também diferenças de crescimento de outros tecidos e partes do corpo, como, por exemplo, o sistema linfóide (timo, nódulos linfáticos e massa linfática intestinal) e o crescimento do tecido ósseo (crescimento linear) (Ref. 29). Isso é muito importante porque é no período de maior velocidade de crescimento, quando os órgãos e tecidos estão se formando, que o organismo está mais exposto às agressões externas, onde as lesões são mais extensas e mais graves. Exemplo típico são as lesões do tubo neural que ocorrem nas quatro

primeiras semanas de vida e que dão origem às malformações do sistema nervoso, das quais a mais grave é a chamada espinha bífida (CHONG, BERTOLA, ALBANO, 2010).

5.2.2 Influência do Meio Ambiente no Crescimento da Criança

A influência do meio ambiente ocorre desde a vida intrauterina, quando o crescimento é limitado a partir de certo momento pelo espaço da cavidade uterina, até a idade adulta. Segundo Beaton et. al. (1990), um estudo conduzido por Habicht, em 1974, demonstrou que crianças menores de cinco anos de diversas nacionalidades, crescem num ritmo semelhante (a exceção dos orientais e algumas tribos africanas), desde que submetidas a boas condições de vida. O mesmo não acontece com crianças de mesma nacionalidade, porém sob condições socioeconômicas diferentes (as de nível alto crescem de modo similar às crianças de países desenvolvidos, enquanto as de baixo nível socioeconômico crescem em ritmo mais lento).

Cada vez mais, existem evidências sobre a uniformidade genética da espécie humana e o peso crescente de outros condicionantes, favorecendo ou impedindo a expressão do potencial gênico. Também se comprovou que filhos de imigrantes japoneses que nasciam e viviam nos Estados Unidos eram mais altos que os seus patrícios que permaneciam vivendo no Japão. Atualmente, com o desenvolvimento alcançado pelo Japão, essa diferença desapareceu, evidenciando assim a grande influência que os fatores ambientais exercem sobre a tendência secular de crescimento de grupos populacionais (BEATON, et. al., 1990).

É importante salientar que quanto mais jovem a criança, mais dependente e vulnerável é em relação ao ambiente. Isso faz com que condições favoráveis ao crescimento em função, não apenas dos recursos materiais e institucionais com que a criança pode contar (alimentação, moradia, saneamento, serviços de saúde, creches e pré-escolas), mas também dos cuidados gerais, como: o tempo, a atenção, o afeto que a mãe, a família e a sociedade como um todo lhe dedicam (GESELL, 1996).

Tempo, atenção e afeto definem a qualidade do cuidado infantil e, quando maximizados, permitem a otimização dos recursos materiais e institucionais de que a criança dispõe. Num estudo com 300 pares de gêmeos homozigotos criados separados, e em condições socioeconômicas bem diferentes, observou-se uma variação média de 6 cm de altura quando adultos, sendo que os indivíduos criados em ambientes carentes e com acesso limitado às ações de saúde foram sempre mais baixos que seus irmãos (BRASIL, MS; 2002).

A figura 2 abaixo ilustra a diferença na altura média de meninos com 5 anos de idade de países desenvolvidos e em desenvolvimento e de estratos socioeconômicos altos e baixos, em que pode-se observar a influência das condições de vida (expressas aqui pelo estrato socioeconômico) sobre o crescimento dessas crianças.

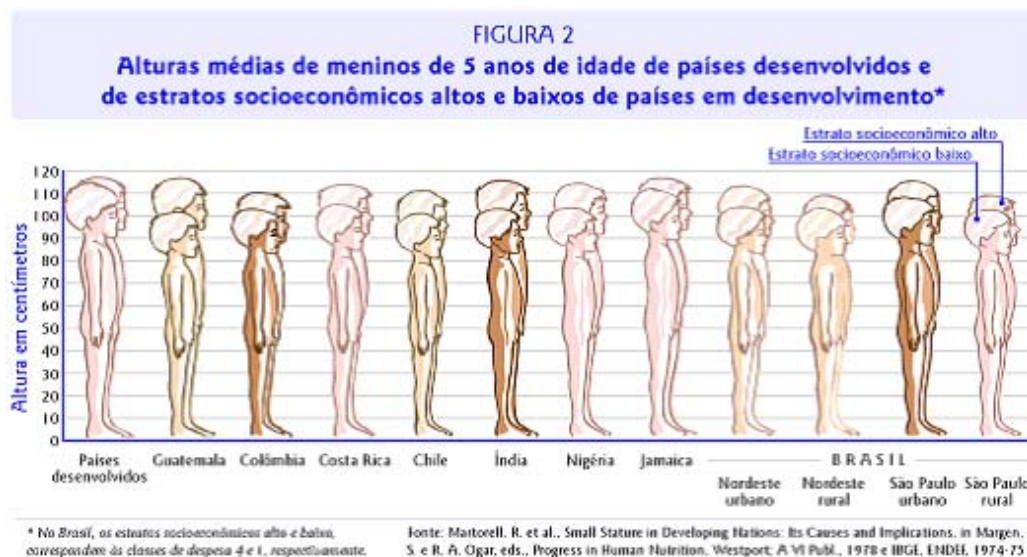


Figura 2: Alturas Médias de Meninos de 5 anos de idade em países desenvolvidos e países em desenvolvimento.
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasil: Distrito Federal, 2002.

5.2.3 O Tamanho Uterino e o Peso ao Nascer: Impactos no Crescimento

O período de crescimento intrauterino é de vital importância para o ser humano. É quando se observa maior velocidade de crescimento. Uma idéia dessa velocidade pode ser ilustrada pelos seguintes fatos: no curto período que vai da concepção até o momento da implantação no útero, o ovo apresenta várias divisões celulares, de modo que, ao implantar-se, já possui 150 células. Ao final da 8ª semana após a fertilização (cerca da 12ª semana de gestação), termina o período embrionário e o concepto já apresenta a forma humana com braços e pernas, um coração que bate e um sistema nervoso que mostra sinais de início de respostas reflexas ao estímulo tátil (RICCI, 2008).

É neste período, de maior velocidade de crescimento, que os riscos externos (agentes infecciosos, má nutrição materna, uso pela mãe de tabaco e outras drogas, insuficiente irrigação placentária, enfermidades maternas, entre outros) de agressão para o feto são

maiores, mais graves e com repercussões mais generalizadas. No exame clínico da gestante, a altura do fundo do útero para a idade gestacional é uma das medidas de importância para avaliar o crescimento do feto. A sua medida padronizada, seriada e comparada com um padrão de crescimento de peso para idade gestacional permite detectar crianças em risco. Valores abaixo do percentil 10 da referência aumentam em 3,5 % o risco de retardo de crescimento intrauterino. A associação da altura uterina com o ganho de peso materno durante a gestação tem uma sensibilidade de 75% para predizer bebês pequenos para a idade gestacional. No caso desses dois indicadores apresentarem valores abaixo dos limites padronizados como de normalidade, a gestante deve ser referida para um nível de maior complexidade assistencial (RICCI, 2008).

5.2.3.1 A Desaceleração do Crescimento Intrauterino

O crescimento em comprimento e o peso do feto seguem o mesmo padrão, entretanto, o pico da velocidade de ganho ponderal é atingido mais tarde, por volta da 32ª semana (terceiro trimestre). Entre a 34ª e a 36ª semana, a velocidade de crescimento do feto começa a diminuir devido à influência do espaço da cavidade uterina que vai se tornando completamente ocupado. Fetos gemelares diminuem a sua velocidade de crescimento mais cedo que o feto único, tal fato ocorre quando a soma do peso dos dois fetos é aproximada ao peso do feto único com 36 semanas (RICCI, 2008).

A importância prática desse mecanismo de desaceleração do crescimento intrauterino é que permite a uma criança geneticamente grande crescer no útero de uma mulher pequena e apresentar peso de nascimento nos percentis mais baixos do que deveria ter pelo seu potencial genético de crescimento. São, portanto, crianças geneticamente grandes nascidas de mães pequenas que a partir dos primeiros meses de vida alcançam percentis de crescimento mais altos; por outro lado, crianças geneticamente pequenas nascidas de mães grandes tendem a direcionarem-se para percentis mais baixos. Isso tem uma implicação prática grande, pois durante os 18 primeiros meses de vida muitos bebês podem mudar seu canal de crescimento para comprimento e peso, mesmo sem a ocorrência de patologias ou alterações na sua nutrição (RICCI, 2008).

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. Essa associação é mais marcante nas famílias de baixa renda (menos de seis salários mínimos de renda familiar). Também é um fator de risco para o parto assistido devido a desproporção céfalo-pélvica (BEATON, et.al, 1990; RICCI, 2008).

5.3. AVALIAÇÃO PUERPERAL

5.3.1 Critérios de avaliação puerperal para o projeto de intervenção em Conceição do Itaguá

Na primeira avaliação, conforme manual da SES-MG (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2005), seja na consulta puerperal, ou de crianças maiores, obter dados sobre a história pregressa, familiar, avaliar a condição socioeconômica, nutricional, vacinal, crescimento e desenvolvimento da criança, e classificá-la, em seu contexto familiar, como de baixo risco, em que não houver nenhum fato negativo relevante; e, as demais crianças conforme o quadro abaixo:

Quadro 3 - Classificação de crianças segundo grupos de risco

Grupo I	Grupo II
Acompanhamento pela equipe de saúde com calendário especial	Acompanhamento pelo pediatra/ especialista de referência em conjunto com a equipe de saúde
Mãe com baixa escolaridade	Baixo peso ao nascer
Mãe adolescente	Prematuridade
Mãe deficiente mental	Desnutrição grave
Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis com criança negativa para essas doenças	Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística
Morte materna	Intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar
História de óbito de menores de um ano na família	Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados
Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis	
Pais ou responsáveis dependentes de drogas ilícitas e ilícitas	
Recém-nascido retido na maternidade	
Desnutrição	
Internação prévia	

Fonte: MINAS GERAIS, 2005.

Quadro: Classificação de crianças segundo grupos de risco

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa Viva Vida. Atenção à Saúde da Criança.** Belo Horizonte: SES-MG, 2005.

As crianças sem nenhum fator de risco ao seu crescimento/desenvolvimento, seriam acompanhadas na UBS de acordo com o calendário básico do Ministério da Saúde, a consulta puerperal ocorreriam com 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18, e 24 meses, e anualmente até os 5 anos. As crianças do Grupo 1 do quadro acima poderiam ser acompanhadas na unidade de saúde da família, com calendário especial. De acordo com a demanda da família e das respostas obtidas

a cada avaliação, seriam marcadas consultas adicionais ao calendário básico para acompanhamento. As crianças do Grupo 2, além do acompanhamento pela equipe, teriam, também, agendadas consultas com especialistas de acordo com demandas específicas. Durante as consultas, deve-se avaliar o crescimento, desenvolvimento, alimentação e vacinação, classificando a criança e tomando a conduta adequada (MINAS GERAIS, 2005).

Para fazer a avaliação do crescimento da criança, é importante a obtenção de medidas seriadas, 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. Para tanto, é necessário poder contar com material e conhecer as técnicas adequadas para obtenção de dados antropométricos. São conhecidas relações relevantes para a avaliação adequada do crescimento das crianças, e os materiais necessários para cada aferição, ilustrados no quadro abaixo:

Índices antropométricos	Características	Equipamentos necessários
Peso/Idade	Altera-se precocemente em diversos agravos. É de fácil obtenção. Apresenta relação com "bem-estar" geral.	Balança horizontal (até 16 kg) Balança plataforma tipo adulto
Altura/Idade	Altera-se tardiamente na desnutrição. Revela processo crônico.	Régua antropométrica horizontal Régua antropométrica vertical ou de parede
Peso/Altura	Expressa a harmonia do processo de crescimento. Sinaliza comprometimento atual do estado nutricional ou obesidade.	Balança horizontal (até 16 kg) Balança plataforma tipo adulto Régua antropométrica horizontal Régua antropométrica vertical ou de parede
IMC/Idade	Avalia a proporção entre altura e peso em função da idade. Fornece um Índice que deve manter-se estável ao longo de toda a vida. É útil para o seguimento do crescimento global.	Balança horizontal (até 16 kg) Balança plataforma tipo adulto Régua antropométrica horizontal Régua antropométrica vertical ou de parede
Perímetro Cefálico/Idade	Altera-se em eventos de gravidade relacionados ao sistema nervoso central É útil especialmente até os dois anos de idade.	Fita métrica

Quadro: Características e equipamentos necessários para obtenção dos principais índices antropométricos.

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa Viva Vida. Atenção à Saúde da Criança.** Belo Horizonte: SES-MG, 2005.

5.3.2 Condutas a serem seguidas após obtenção de dados da criança

Após a obtenção dos dados, e o conhecimento de sua relação com carência alimentar, processos agudos ou crônicos, deve-se avaliar os dados obtidos para determinada criança, conforme parâmetros encontrados na caderneta de saúde, para tanto, é imprescindível reconhecer sua importância e saber trabalhar com ela. Na caderneta, encontramos orientações sobre a interpretação dos dados obtidos e sugestão de condutas frente a cada situação:

Quadro: Condutas Recomendadas para Algumas Situações de Crescimento da Criança até 10 anos de Idade

POSIÇÃO DO PESO / IMC	INCLINAÇÃO DA CURVA	CONDIÇÃO DE CRESCIMENTO	CONDUTA
<i>Escore - Z > + 2 (> p97)</i>	Ascendente	Cuidado: Risco de Sobrepeso ou Obesidade	<i>Verificar a presença de erros alimentares; Verificar e estimular atividade física regular; Marcar retorno em 30 dias.</i>
<i>Escore - Z Entre -2 e +2 (Entre p3 e p97)</i>	Ascendente	<i>Satisfatório</i>	<i>Parabenizar a mãe pelo crescimento satisfatório da criança; Marcar retorno para 30 dias.</i>
<i>Escore - Z Entre -2 e +2 (Entre p3 e p97)</i>	Horizontal ou Descendente	Alerta: Ganho de Peso Insuficiente ou Emagrecimento	<i>Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade de crescimento e registrá-las na caderneta; Tratar as intercorrências presentes; Marcar retorno para 30 dias.</i>
<i>Escore - Z Entre -3 e -2 (Entre p0,1 e p3)</i>	Ascendente	Alerta: Risco Nutricional	<i>Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto pela criança e informar à mãe; Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no cartão; Marcar retorno para 30 dias.</i>
<i>Escore - Z Entre -3 e -2 (Entre p0,1 e p3)</i>	Horizontal ou Descendente	Insatisfatório Ganho Insuficiente de peso ou Emagrecimento	<i>Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto pela criança e informar à mãe; Tratar intercorrências clínicas, registrando-as na caderneta; Orientar a mãe sobre alimentação especial, visando o ganho global de peso; Discutir intervenção conjunta da equipe de saúde; Realizar nova consulta no intervalo máximo de 15 dias.</i>
<i>Escore - Z < -3 (< p 0,1)</i>	Qualquer Inclinação	<i>Baixo Peso</i>	<i>Orientar a mãe sobre alimentação especial, visando o ganho global de peso; Realizar nova consulta no intervalo máximo de 15 dias; Se a criança não ganhar peso, iniciar protocolo de desnutrição.</i>

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde; 2002; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. (Adaptado).

Para a avaliação do desenvolvimento, deve-se investigar e perguntar, observar e avaliar, classificar, decidir. Fatores de risco para o desenvolvimento seriam os erros inatos do metabolismo, as malformações congênitas, a Síndrome de Down e outras síndromes genéticas, a prematuridade, a hipóxia cerebral grave, o kernicterus, as meningites e encefalites, etc. As experiências adversas de vida ligadas à família, ao meio ambiente e à sociedade são consideradas como riscos ambientais, como falta de recursos financeiros, baixa escolaridade materna, violência e outros fatores (MINAS GERAIS, 2005).

Ainda dentro do processo de avaliação, deve ser levada em conta a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho. No que tange a avaliação da criança, deve-se verificar o perímetro cefálico, para seguir o desenvolvimento corporal e cerebral. Para as crianças da faixa etária de 0 a menos de 2 meses, a observação de alguns reflexos primitivos, posturas e habilidades, a ausência de apenas um deles é considerada significativa para tomada de alguma decisão. A faixa etária de 2 meses a 2 anos de idade foi dividida em oito subfaixas etárias, os marcos escolhidos para cada uma foram quatro, sendo um da área motora grossa, um da área motora fina, um da linguagem e um da interação pessoal-social, a ausência no cumprimento de um só marco já foi considerado significativo para tomada de alguma decisão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

Os resultados obtidos devem ser assim interpretados:

Quadro: Desenvolvimento da Criança de acordo com Avaliação em Puericultura

<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior • Perímetro cefálico <p10 ou >p 90; ou • Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas 	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária • Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existem um ou mais fatores de risco 	<p>POSSÍVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p> <p>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p>

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde; 2002; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. (Adaptado).

A conduta esperada em cada situação:

Quadro: Condutas a Serem Seguidas de Acordo com Avaliação em Puericultura

PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none">• Referir para avaliação neuropsicomotora
POSSÍVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho• Marcar consulta de retorno em 30 dias• Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias
DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO	
DESENVOLVIMENTO NORMAL	<ul style="list-style-type: none">• Elogiar a mãe.• Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho.• Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde.• Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde; 2002; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. (Adaptado).

Deve-se lembrar de que a caderneta de saúde da criança tem algumas orientações para a avaliação do desenvolvimento infantil de acordo com a faixa etária, para análise profissional e do cuidador, as informações são de fácil interpretação e aplicabilidade. É sempre oportuno discutir com a família a prevenção de acidentes domésticos comuns em cada faixa etária (BRASIL, 2002).

Para avaliar a alimentação, nos primeiros 6 meses de vida, usamos o formulário de observação de mamada abaixo, para verificar se o aleitamento já está estabelecido, se há risco de desmame, bem como o que pode ser feito para fortalecer esse vínculo, para perceber onde está havendo alguma fragilidade e intervir de forma a estimular o aleitamento exclusivo (MINAS GERAIS, 2005).

Formulário de Observação da Mamada para uso em Consultas de Puericultura

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA	
Nome da mãe _____	
Data ____/____/____	
Nome do bebê _____	
Idade do bebê: _____	
Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
<p>Mãe</p> <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis <input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, com os dedos fora do mamilo	<p>Mãe</p> <input type="checkbox"/> Parece doente ou deprimida <input type="checkbox"/> Parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
<p>Bebê</p> <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Calmo e relaxado <input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê <input type="checkbox"/> O bebê busca ou alcança a mama se está com fome	<p>Bebê</p> <input type="checkbox"/> Parece sonolento ou doente <input type="checkbox"/> Inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil <input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança
<p>Posição do bebê</p> <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo <input type="checkbox"/> Bebê apoiado	<p>Posição do bebê</p> <input type="checkbox"/> Pescoço e a cabeça do bebê girados para mamar <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo <input type="checkbox"/> O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo <input type="checkbox"/> Bebê não apoiado
<p>Pega</p> <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê <input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama <input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora	<p>Pega</p> <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro
<p>Sucção</p> <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina <input type="checkbox"/> Bebê solta a mama quando termina	<p>Sucção</p> <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004.

Fonte: Adaptado – MINAS GERAIS, 2005.

Lembrando que há contra indicações para o aleitamento materno: mãe com HIV, HTLV e mastite tuberculosa.

Para a avaliação da situação vacinal da criança, basta comparar dados registrados na caderneta com o calendário básico do Ministério da Saúde em vigência, orientar quando houver atraso. Esses dados da avaliação, além de permitirem uma intervenção individual, também seriam usados para perceber o que está acometendo a população de forma geral, para separar as famílias em grupos de semelhantes, para que seja feito planejamento de ações

coletivas para mudança de realidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006; RICCI, 2008).

Podemos seguir as orientações alimentares abaixo para crianças maiores e/ou que não são amamentadas:

Quadro: Esquema Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos não Amamentadas

<i>Menores de 4 Meses</i>	<i>4 – 8 Meses</i>	<i>Maiores de 8 Meses</i>
Amamentação Láctea	Leite + Cereal ou Tubérculo	Leite + Cereal ou Tubérculo
Amamentação Láctea	Papa de Fruta	Fruta
Amamentação Láctea	Papa Salgada	Papa Salgada ou Refeição Básica da Família
Amamentação Láctea	Papa de Fruta	Fruta ou Pão
Amamentação Láctea	Papa Salgada	Papa Salgada ou Refeição Básica da Família
Amamentação Láctea	Leite+ Cereal ou Tubérculo	Leite + Cereal ou Tubérculo

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde; 2002; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. (Adaptado).

6. METODOLOGIA

A metodologia escolhida para execução deste trabalho foi a de projeto de intervenção, como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a idéia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. No campo educacional, essa modalidade de pesquisa é bastante enfatizada, devido à relevância de seu caráter pedagógico: os sujeitos, ao pesquisarem sua própria prática, produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam-se e re-significam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam. Nesse tipo de pesquisa, a prática é compreendida como práxis. Tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança (THIOLLENT, 2005; VAZQUEZ, 1977).

Ainda de acordo com os autores, o que qualifica uma pesquisa como sendo “*pesquisa-ação*” é a presença efetiva de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção. Nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização. Dois objetivos são atribuídos à pesquisa-ação:

- a) objetivo prático: relacionado ao tipo de problema que a pesquisa pretende resolver ou contribuir para sua resolução;
- b) objetivo de conhecimento: obter informações, aumentar o conhecimento sobre determinado tipo de problemática.

Em síntese, para Thiollent (2005, p. 18), a pesquisa-ação se caracteriza por: “*uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada; pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (p. 16)*”

Esses pressupostos da pesquisa-ação fundamentam o que aqui estamos designando como projeto de intervenção: uma pesquisa centrada na realidade da comunidade infantil adscrita pela UBS Conceição de Itaguá, envolvendo mães, cuidadores e profissionais, com vistas a uma transformação na realidade destas crianças. Certamente que, na definição do

problema, objeto de pesquisa e de intervenção, deverão ser considerados fatores como uma boa delimitação do problema, o tempo para seu desenvolvimento, as pessoas envolvidas e a contribuição para a comunidade infantil.

6.1 MÉTODOS PROPOSTOS PARA O PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1.1 PARA AÇÕES EDUCATIVAS

Durante o processo de intervenção e educação em saúde de mães e cuidadores das crianças, mesclaremos estilos de abordagem que variam entre o clássico, em que o aluno aprende de acordo com o ensino passado pelo orientador e a abordagem humanista, em que o aluno terá suas experiências respeitadas e ganhará em acréscimo com a facilitação de seus orientadores oriundos da equipe de saúde, a ênfase estará no processo de cunho sociocultural.

6.2 BASES TECNOLÓGICAS DOS PROCESSOS EDUCATIVOS PARA O PROJETO DE INTERVENÇÃO EM CONCEIÇÃO DO ITAGUÁ

6.2.1 ABORDAGENS PEDAGÓGICAS CLÁSSICAS

6.2.1.1 Transmissão

O processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a outro alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos. Aquele que supostamente sabe mais assume funções como aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo. O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há uma ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores daquele que “deve” aprender. A expectativa é que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado (VASCONCELOS et al., 2009). Essa abordagem não coincide com as aspirações de um desenvolvimento baseado na transformação das estruturas, o crescimento pleno das pessoas e sua participação ativa no processo de mudança, evolução (BORDENAVE, 1994).

6.2.1.2 Condicionamento

Essa abordagem, associada ao behaviorismo (Watson e Skinner) e à reflexologia (Pavlov), se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capazes de “condicionar” o aprendiz a emitir as respostas desejadas. Diferentemente da abordagem da transmissão, não considera o aspecto mais importante no processo educativo: as idéias e os conhecimentos, e sim os resultados comportamentais, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos, atitudes e destrezas (BORDENAVE, 1994).

6.2.2 Abordagens pedagógicas com o aprendiz como foco

6.2.2.1 Humanista

A abordagem humanista privilegia os aspectos da personalidade do sujeito que aprende. Corresponde ao “ensino centrado no aluno”. O conhecimento, para essa concepção, existe no âmbito da percepção individual e não se reconhece objetividade nos fatos. A aprendizagem se constrói por meio da ressignificação das experiências pessoais. O aluno, no nosso caso, as mães, pais, cuidadores, são autores de seu processo de aprendizagem e deve realizar suas potencialidades. A educação assume um caráter mais amplo e organiza-se no sentido da formação total do homem, e não apenas do estudante (OLIVEIRA; LEITE, 2011). Valoriza a democracia nas relações de tal forma que o profissional da equipe de saúde atue como um facilitador da aprendizagem e das relações interpessoais, e deve ser compreensivo com os sentimentos e características de personalidade de seus alunos, criando um clima favorável à aprendizagem (OLIVEIRA; LEITE, 2011).

6.2.2.2 Cognitivista

A abordagem cognitivista investiga os caminhos percorridos pela inteligência (cognição) no processo de construção do conhecimento. Diferentes autores, adeptos dessa compreensão da ação educativa, atribuem maior ou menor influência à cultura, à personalidade, à afetividade, ao momento histórico e ao meio social no processo de aprendizagem. Essa característica os distingue em seus aspectos teóricos e práticos. Nesse conjunto ainda são encontradas as bases teóricas das teorias construtivistas (OLIVEIRA; LEITE, 2011).

Os representantes mais significativos dessa concepção são o suíço Jean Piaget, que a partir dos anos 1920 mapeou o desenvolvimento cognitivo de crianças, e o norte-americano Jerome Bruner, que nos anos 1960 organizou uma teoria de instrução baseada no estudo da cognição (OLIVEIRA; LEITE, 2011). Numa perspectiva construtivista, o indivíduo constrói o conhecimento desde o nascimento até a morte, e a finalidade da intervenção pedagógica é contribuir para que desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo. O desenvolvimento mental humano estabelece a possibilidade da aprendizagem que ocorre na interação com o meio ambiente (VASCONCELOS et al., 2009).

6.2.2.3 Sociocultural

Essa abordagem foi desenvolvida por Vygotsky (1897-1934) e seus discípulos, com apoio no materialismo dialético do filósofo Karl Max. Difere das anteriores, por colocar no centro do processo de ensino-aprendizagem os contextos político, econômico, social e cultural nos quais ocorre a ação educativa (VASCONCELOS et al., 2009; OLIVEIRA; LEITE, 2011).

Para os autores adeptos dessa concepção, toda atividade educacional deve ser pautada por essa visão de mundo e sociedade e permitir amplas possibilidades de reflexão. A educação deve ser sempre problematizadora e proporcionar ao aluno uma compreensão ampla dos contextos nos quais o problema se insere, mobilizando-o para perceber-se como parte integrante desse conjunto complexo que é a sociedade. A relação professor-aluno é igualitária e democrática: o professor deve ser crítico, questionar os valores da cultura dominante, instigando os alunos para que eles mesmos se tornem produtores de cultura (OLIVEIRA; LEITE, 2011).

No Brasil, Paulo Freire é o representante mais significativo da abordagem sociocultural (FREIRE, 1987). Nessa perspectiva, o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto; ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade. Essa conscientização é pré-requisito para o processo de construção individual de conhecimento ao longo de toda a vida, na relação pensamento-prática. Visa à consciência crítica, que é a transferência do nível de assimilação dos dados do mundo concreto e imediato, para o nível de percepção subjetiva da realidade, como um processo de relações complexas e flexíveis ao longo da história. A metodologia problematizadora é mais que uma abordagem educativa; ela é uma postura educacional crítica sobre os elementos da realidade vivida pelos sujeitos do processo, além de

considerar que os problemas do cotidiano são janelas de oportunidades para a construção de hipóteses que busquem soluções factíveis nos moldes da ação-reflexão-ação (BORDENAVE, 1994; VASCONCELOS et al., 2009).

Logo, as ações educativas que utilizam da metodologia problematizadora desenvolvem momentos de construção coletiva por significação, nos quais as diferentes situações da realidade observada e vivida são compartilhadas entre os participantes do grupo, que democratizam saberes, experiências e propostas, é a partir dela que discutiremos sobre a Educação Permanente em Saúde (VASCONCELOS et al., 2009).

A escolha da abordagem pedagógica adequada está vinculada ao objetivo da ação educativa. Existem momentos em que se requer a transmissão de informação e outros em que certo automatismo deve ser fixado pelo aprendiz para a execução de sequências rígidas de operações. Nesse complexo processo de ensino-aprendizagem, não se pode perder de vista o objetivo da ação educativa: desenvolver a personalidade integral do aprendiz, sua capacidade de pensar e raciocinar, seus valores e hábitos de responsabilidade e cooperação (BORDENAVE, 1994). Nesse sentido, seja qual for a metodologia educacional a ser empregada, deve-se considerar os profissionais de saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e presentes em todos os momentos do planejamento, do desenvolvimento e da avaliação do projeto político, technoassistencial e pedagógico da equipe (VASCONCELOS et al., 2009).

6.3 PROCESSOS DE TRABALHO E A PRÁXIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE FAMÍLIA

Desenvolvemos as ações da equipe de saúde para a UBS de Conceição de Itaguá, nos espaços que oportunizamos para ela, em que a interação entre sujeitos nos diferentes ambientes de atuação da equipe se faz acontecer, intra e extramuro da Unidade de Saúde, considerando os princípios da interdisciplinaridade, do saber popular, da intersetorialidade e das potencialidades do território de atuação das equipes.

- **Na interação profissional-profissional:** um exemplo é o processo de supervisão de enfermagem, no qual a necessidade técnica se faz imperativa em práticas específicas e

a abordagem a ser utilizada individual ou coletivamente é mais diretiva, porém dialógica;

- **No atendimento individual** nas diferentes ofertas que a Unidade proporciona para a modalidade, seja no consultório ou no domicílio: consulta odontológica, médica e de enfermagem, seja ela compartilhada ou não com as equipes de apoio à Saúde da Família (NASF);
- **No processo de territorialização**, com participação do ACS, que deve por princípio ser dinâmico, reconhecendo as potencialidades desse espaço, identificando e formando parcerias, mobilizando e envolvendo a comunidade nesse processo;
- **Nos espaços das reuniões de Conselhos de Saúde ou com as lideranças comunitárias**, considerando o princípio da participação social e do controle social, aspectos culturais e dos problemas que envolvem a coletividade, para viver e conviver com qualidade, estimulando a cidadania;
- **No acolhimento do usuário na Unidade**, em que a forma de educação em saúde se dá na relação que o profissional de saúde estabelece e possibilita acontecer, permitindo que o usuário construa sua própria saúde, corresponsabilização e autonomia, admitindo suas necessidades e reconhecendo seus saberes, projetando para ele outros espaços de interação do serviço;
- **Na vista domiciliar (VD)**, instrumento essencial que permite conhecer os sujeitos em seus núcleos e organizações familiares, a educação permanente se faz imperativa, pois é nesse espaço, reconhecendo o contexto dos indivíduos em seu espaço particular de produção da vida, que reconhecemos também sua resiliência e seu protagonismo nas negociações e pactuações de saúde, respeitando sua autonomia. As VD podem ser realizadas por um único profissional ou de forma compartilhada;
- **Nas reuniões de equipe**, espaço de interação em que os membros da equipe democratizam saberes, constroem relações e se tornam protagonistas da organização do serviço, fortalecendo o trabalho em equipe como importante ferramenta de aprendizagem no trabalho. A EPS deve permear esse momento como referência para a identificação de necessidades de desenvolvimento de seus componentes, como espaço de troca de saberes e de decisões, negociação e pactuação de ações voltadas para as

necessidades de saúde da população. Nesses encontros que devem ser diários a semanais, a aprendizagem significativa se faz presente no planejar, compartilhar e monitorar o resultado do trabalho, avaliando as ações e projetando possibilidades para repensar caminhos a partir de novos conhecimentos e reconhecimentos.

6.4 A CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS CUIDADOS COM A CRIANÇA A PARTIR DOS GRUPOS

O ser humano nasce, cresce e morre em grupo. No grupo ele aprende, se desenvolve, se modifica, se protege, se arrisca, se identifica e se diferencia. As diversas possibilidades de aprendizagem em grupo favorecem mudanças rápidas e eficientes. A dinâmica grupal permite que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente (ASSIS, 2002).

A realização de grupos educativos, ora na Unidade de Saúde, ora na comunidade, é uma das principais oportunidades para praticarmos a negociação, a corresponsabilização e as relações entre o profissional de saúde e a comunidade por meio da EPS. A formação desses grupos é uma das ações mais comuns, porém mais relevantes das práticas de educação em saúde na ESF.

Um grupo organizado de pessoas se comporta como um “sistema” de engrenagens, que em sua totalidade cumpre sua “funcionalidade”, se articula e atua em uma rede de papéis, com o estabelecimento que a partir das relações estabelecem vínculos entre si (VASCONCELOS et al., 2009).

Para a realização dessa estratégia se fazem necessárias algumas considerações:

- A equipe está sensibilizada para assumir esta ação como compromisso com a promoção da saúde da população ou apenas vê como tarefa?
- A equipe sente-se preparada para desenvolver encontros coletivos quanto à habilidade e ao conhecimento para conduzi-los?
- Quais são os critérios fomentadores desses grupos, ou seja, eles partem de uma necessidade da equipe para a população ou da população para o serviço? Eles são apenas tipificados em doenças como grupo de desnutrição, doenças respiratórias?
- A realidade de acessibilidade foi considerada: local, condições das pessoas que integrarão o grupo, faixa etária, crenças e valores?

- Existe uma programação e organizadores da equipe para esses momentos?
- São realizadas avaliações após cada grupo quanto à aprendizagem, por meio da mudança e da transformação da realidade com que se quer trabalhar – considerando o princípio da longitudinalidade.
- Utilizando ferramentas como indicadores de saúde e adesão, houve melhoria da qualidade de vida da população?

Segundo Vasconcelos (2009), essas questões influenciam diretamente na abordagem do grupo, na configuração de propostas, na pactuação e na negociação de ações de saúde e no estabelecimento de compromissos coletivos, resultando em descontinuidade, baixa adesão e falência. Tais questões também nos remetem às metodologias que por pano de fundo adotam determinadas concepções pedagógicas.

A Roda de Conversa, concebida originalmente como formação de espaços orgânicos de relações entre as estruturas de gestão do SUS, se apresenta como estratégia que, nesse sentido, transmite a idéia da condução, de continuidade e de reciprocidade, em que a relação entre os sujeitos se dá de forma horizontal, viabilizando a participação democrática, permitindo a permeabilidade dos diferentes saberes que a integram (BRASIL, 2005).

Nela se convidam todos os integrantes reunidos a se sentarem em círculo (quando o espaço permitir ou o que mais se aproxime do face a face), pode-se usar uma dinâmica de apresentação ou descontração permitindo a integração, o grupo é incentivado a uma determinada tarefa, conduzida pelo (s) profissional (is) a partir dos temas emergidos nas discussões de equipe com a comunidade (espaços das reuniões de equipe, de Conselhos, de lideranças e de situações identificadas pelos profissionais em outras interfaces de interação).

Os objetivos são pactuados e devem ser de comum acordo. Tempo, limite e mediação são necessários, portanto eleger um mediador é importante nesses encontros. O tamanho do grupo também influencia sua condução e resultado, assim é preciso organizá-los por microáreas, por necessidades de saúde, por condições de vulnerabilidade em um número menor de pessoas e em um maior número de grupos, daí o planejamento da equipe ser fundamental para o alcance de objetivos. A lógica dos grupos é a da aprendizagem significativa.

As equipes também realizam outros tipos de grupos como os sócio-educativos com finalidade terapêutica. Essa modalidade de grupo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social do psiquiatra e psicanalista argentino Pichon-Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. Essa abordagem

teórica tem sido muito utilizada, por exemplo, para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas (VASCONCELOS et al., 2009, p. 43).

6.5 PARA A VIABILIZAÇÃO DO PROJETO

Será utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional. O Planejamento Estratégico Situacional foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da Economia do governo de Salvador Allende, o então presidente do Chile. Para Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para a ação. E, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar. Para tanto, o autor propõe a formação de (por ele denominados) tecnicopolíticos, os quais devem ser capazes de viabilizar, com competência, um modo de ser cotidianamente governo.

Para Matus, há um sentido do governar cotidiano, com o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções inteligentes sobre os fatos sociais. De modo geral, um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Geralmente, a palavra estratégia nos remete à ideia da existência de conflito. Por que o planejamento deve ser estratégico e associado a ideia de conflito ou disputa? Porque quando estamos diante de uma situação qualquer ou de um problema qualquer, geralmente, existem diversos atores sociais com diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação ou problema. São essas diferenças que colocam a possibilidade de conflitos. Existindo conflitos, é preciso que se raciocine estrategicamente para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados.

Para Matus (1989; 1993), o conceito de situação expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam ou explicam uma realidade. Entende-se que, num processo de planejamento, a leitura da realidade daquele que planeja é apenas uma das possíveis leituras dessa realidade. Por isso, é fundamental que sejam devidamente consideradas as interpretações da realidade formulados por outros atores sociais, o que pode exigir a formulação de estratégias para superar possíveis conflitos.

Logo, deverá haver a escuta de toda a equipe de saúde, para que possam ser levados em consideração diferentes pontos de vista acerca do problema identificado. Deve-se chegar a

um denominador comum sobre as estratégias que serão utilizadas para mudar a realidade por nós percebida.

O Planejamento, desse modo, deve ser concebido como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários atores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem as suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano. (CAMPOS, F.C.C. et al., 2010)

7. CRONOGRAMA DE AVALIAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE TRANSDISCIPLINAR EM SAÚDE NO PROJETO DE INTERVENÇÃO NA UBS CONCEIÇÃO DE ITAGUÁ

Após o tempo de um ano, poderíamos fazer um levantamento sobre o número de crianças da população que já foram atendidas, se houve melhora na adesão às consultas de puericultura, bem como comparação entre o nível de saúde inicial e o nível de saúde após o acompanhamento, usando dados antropométricos, marcadores do desenvolvimento neuropsicomotor, índice de aleitamento, estado vacinal, presença de cáries bem como outros parâmetros.

Tempo / Prazo	Profissional	Local	Ação
Em até 2 meses	ACS	Domicílio	<i>Levantamento geral de risco</i>
Em até 2 meses	<i>Médica/Enfermeira</i>	Domicílio/UBS	<i>Consulta puerperal e complementação dos dados sobre o risco individual/familiar</i>
Em até 2 meses	<i>Médica/Enfermeira</i>	Creche	<i>-Avaliação das crianças -Percepção de demanda</i>
De 2 meses a 1 ano	<i>Odontólogo</i>	Quadra anexa à UBS	<i>Palestra sobre higiene bucal, prevenção de cárie</i>
De 2 meses a 1 ano	<i>Nutricionista</i>	Quadra anexa à UBS	<i>-Orientações nutricionais para desnutrição/baixo peso -Orientações nutricionais para sobrepeso/obesidade</i>
De 2 meses a 1 ano	<i>Enfermeira</i>	Quadra anexa à UBS	<i>Prevenção e manejo de diarreia</i>
De 2 meses a 1 ano	<i>Médica/Enfermeira</i>	Quadra anexa à UBS	<i>-Marcos do desenvolvimento até os 2 meses -De 2 meses a 2 anos -Maiores de 2 anos</i>
De 2 meses a 1 ano	<i>Enfermeira</i>	Quadra anexa à UBS	<i>Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, para gestantes e puérperas</i>
De 2 meses a 1 ano	NASF	Creche	<i>Temas relevantes para cuidadoras da creche</i>
De 2 meses a 1 ano	NASF	Quadra anexa à UBS	<i>Temas para famílias específicas: crianças especiais, uni parentais, entre outros.</i>
De 2 meses a 1 ano	<i>Médica/Enfermeira/Odontólogo</i>	Quadra anexa à UBS	<i>Manejo da caderneta de saúde da criança</i>
Após 1 ano	NASF	Domicílio e UBS	<i>Coleta de dados</i>
Após 1 ano	NASF	UBS	<i>Avaliação do impacto das ações após levantamento de dados posteriores à intervenção</i>

8. RECURSOS NECESSÁRIOS E ESTRATÉGIAS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO DE MÃES E CUIDADORES NA UBS CONCEIÇÃO DE ITAGUÁ

Para a busca ativa das crianças/famílias, e para o diagnóstico familiar e estratificação de risco, inicial, seria necessário contar com as visitas domiciliares das ACS, munidas da Cartilha Municipal, com roteiro de observações, que discrimina a observação do seguinte, no Ítem: D - Criança de 0 a 5 anos: atentar para erro alimentar, má higiene geral, do coto umbilical, bucal, cartão da criança incompleto, observar se ainda não iniciou a puericultura, ou não compareceu ao último retorno, se há risco de desmame, vacinação atrasada, peso fora da meta, risco de verminose, se há criança com diarreia, ou que não está em uso de sulfato ferroso (6 a 18 meses), bem como se há evidências de maus tratos, se há criança fora da escola, ou criança sem registro, ou que não passou por avaliação odontológica após o nascimento, ou que não fez teste do olhinho e/ou da orelhinha e/ou do pezinho.

Além da observação dos recursos materiais e de relação interpessoal entre a criança e os demais habitantes.

Dependendo do que for observado, deve ser feita:

- Orientação e seguimento do protocolo do MS para acompanhamento;
- Comunicação à equipe e agendamento de consultas mais frequentes com o médico e/ou enfermeiro da unidade;
- Comunicação à equipe e agendamento de consultas mais frequentes na unidade, além de agendamento com profissional especializado;
- Comunicação ao conselho tutelar.

Esse passo deve ser iniciado de pronto, até mesmo para podermos levantar dados precisos sobre a população infantil. Com um prazo de fechamento de 2 meses.

A primeira consulta puerperal para a mãe e ao recém-nascido, já é feita pela médica ou enfermeira da unidade, onde se verifica condições gerais, icterícia neonatal, hemorragia/infecção pós-parto, condição do coto umbilical, orientações sobre amamentação, verificação da vacinação, coleta de material para a triagem neonatal. Realizada em momento oportuno. São observados, também, fatores de risco ao desenvolvimento.

Paralelamente, para estabelecimento do processo de educação em saúde, para abordarmos temas relevantes, já citados (marcos do desenvolvimento, alimentação, aleitamento, vacinação, prevenção de acidente, higiene, cuidados em casos de diarreia, entre outros), por meio do desenvolvimento de grupos sócio-educativos, realizados pela enfermeira, pela médica, pelo odontólogo, ou por algum outro membro da equipe do NASF. Seriam necessários recursos materiais audiovisuais: TV, computador, papel, projetor, solicitados para a gestão, com a qual temos um bom relacionamento; e um espaço na sociedade, escola e pequena quadra anexa ao CS já disponível sob agendamento prévio. O que deve ser iniciado após planejamento das ações e levantamento das famílias, podendo haver, inclusive, agendamento de grupos, de acordo com a classificação feita das famílias, por exemplo, um grupo para as famílias de baixo, médio, alto e altíssimo risco. Visita à creche, com orientação às cuidadoras e avaliação de certo número de crianças por vez, e convocação da família para uma consulta, quando for necessário mais do que orientações. Paralelamente aos atendimentos e grupos sócio-educativos.

9. AVALIAÇÃO DE VIABILIDADE DAS PROPOSTAS

É interesse do governo local investir em ações preventivas de saúde infantil, pois alcança, assim, melhores indicadores de saúde, evita gastos em nível secundário/ terciário, que são bem maiores do que o investimento em prevenção. Conseguindo uma melhora no nível de saúde infantil, consegue-se, também, melhor desempenho escolar, menor abstenção às aulas, diminui-se óbito infantil, aumenta-se a capacidade produtiva dos jovens, o que é economicamente e socialmente desejável.

Há um bom diálogo entre a Unidade Básica de Saúde e os gestores, os profissionais do NASF estão de acordo sobre a necessidade de se fazer algo para poder acompanhar preventivamente a saúde das crianças do território adscrito pela Unidade, e a equipe de Programa de Saúde da Família da Unidade está completa.

10. RESULTADOS ESPERADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar nas mazelas sociais, imaginamos sua existência durante os estudos de graduação e pós-graduação, mas sequer pensamos em tocá-las. Desta forma ao adentrar em Conceição de Itaguá percebi realidades, histórias e momentos que necessitavam de uma intervenção, principalmente ligada à população mais vulnerável: as crianças entre 0 e 5 anos.

Dentre motivos já listados, o que chama atenção é a baixa adesão ao atendimento preventivo e às consultas de puericultura. Não obstante, todos os profissionais da equipe transdisciplinar em saúde apresentaram queixas semelhantes, o que gerou em todos nós questionamentos que nortearam este projeto de intervenção como: o que influencia esta baixa adesão? Será que devemos adotar novas estratégias para atingir este público e estimulá-lo a aderir aos processos de promoção e prevenção em saúde? O nível instrucional das mães e cuidadores, o baixo acesso a saneamento básico impactam em qual nível nos cuidados às crianças?

Com o tempo, percebemos que se trata de uma população vulnerável, com grande número de crianças; delas, boa parte é institucionalizada; por meio de mudanças nos processos de trabalho da unidade de saúde, tais como: a busca ativa, educação em saúde, objetivamos captar as crianças sem queixas agudas para avaliação e seguimento longitudinal, prevenir agravos de saúde de grande impacto sobre o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças de Conceição de Itaguá, em um prazo de até um ano.

O PROVAB e a atuação do governo federal buscam essa interconexão com a realidade, suportando novas maneiras e abordagens para que a população mais vulnerável tanto de crianças e adultos possam ter acesso à saúde de qualidade e com atuações do nível municipal em correção às necessidades básicas desta população. Assim, o projeto de intervenção visa uma mudança de paradigma, em que a população entenda que as necessidades humanas básicas perpassam pelo entendimento dos processos de promoção e prevenção em saúde. Colocando o serviço mais próximo da realidade e a aprendizagem constante, sem perder o foco e as tradições culturais presentes em Conceição de Itaguá.

Esperamos, assim, obter 100% de adesão às consultas de puericultura e prevenir agravos evitáveis de grande impacto sobre a saúde das crianças.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Populacional 2010**. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br – Acesso em: 04/08/2013.
2. PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUMADINHO. **História do Município de Brumadinho**. Disponível em: www.brumadinho.mg.gov.br – Acesso em 16/08/2013.
3. GRANBEL (Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte). **Informações Socioeconômicas de Brumadinho/MG**. Disponível em: www.granbel.com.br/index.php/municipios-metropolitanos/81-municipio-de-brumadinhomg-municipio-de-brumadinhomg/186-informacoes-socio-economicas-de-brumadinhomg.html - Acesso em 18/08/2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS / SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica – Indicadores de Atenção Básica do Município de Brumadinho/MG Agosto de 2012**. Disponível em: www.siab.datasus.gov.br – Acesso em 16/08/2013.
5. FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI - O Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
6. RICCO, R.G; SANTORO, J.R; ALMEIDA, C.A; DEL CIAMPO, L.A. **Atenção à saúde da criança e puericultura**. In: RICCO, R.G; DEL CIAMPO, L.A; ALMEIDA, C.A. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde**. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1-4.
7. BONILHA, L.R; RIVORÊDO, C.R. **Puericultura: duas concepções distintas**. J Pediatr (Rio J). 2005;81:7-13.
8. BOLTANSKI, L. **Puericultura y moral de clase**. Barcelona: Laia, 1974.
9. DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
10. NOVAES, H.M.D. **A Puericultura em questão [dissertação]**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.
11. ROCHA, S.M. **Puericultura e enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1987.
12. ALCÂNTARA, P. **Mortalidade infantil: causas e remédios de ordem sanitária**. In: AGUIAR, A; MARTINS, E.M. **História da pediatria brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé; 1996. p.3-48.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasil: Distrito Federal, 2002.
14. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.
15. VAZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 2ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
16. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2ed. São Paulo: Editora Atlas, 1991.
17. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa Viva Vida. Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SES-MG, 2005.
18. GESELL, A. **A criança de 0 a 5 anos**. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
19. CHONG, A.K; BERTOLA, D.R; ALBANO, L.M.J. **Genética na Prática Pediátrica -Coleção Pediatria do Instituto da Criança HC-FMUSP**. Barueri: Editora Manole, 2010. 640p.
20. BONNER, B; MILLING, L; WALKER, C.E. **Denver Developmental Screening Test**. In: JRAYSER, D; SWEETLAND, R.C. (Editors). **Test Critiques**. v. 1. Test Corporation of America, 1984.
21. WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
22. BEATON, G. et al. **Appropriate uses of Anthropometric Indices in Children: a report based on ACC/SCN Workshop**. Written and edited by G. Beaton, A Kelly, J. Kevan, R. Martorell and J. Mason. [S.I.: s.n.], dec. 1990.
23. RICCI, S.S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 736p.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS / SIM – Sistema de Informação de Mortalidade – Indicadores de Mortalidade Infantil do Município de Brumadinho/MG Agosto de 2012**. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>– Acesso em 16/08/2013.
25. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de Orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. São Paulo: SBP, 2006.

26. VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

27. BORDENAVE, J. D. **Alguns fatores pedagógicos.** [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da área da saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS]. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

28. OLIVEIRA, L. M. P.; LEITE, M. T. M. **Concepções Pedagógicas. Módulo Pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância.** UNA-SUS UNIFESP, 2011.

29. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

30. ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos.** Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2002. (Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção a Idosos).

31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

32. CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª edição, 2010.