

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA
CRIANÇA: PERCEPÇÃO E PRÁTICA DE
PROFISSIONAIS DE ESF E GESTORES**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Cristiane Holzschuh Gonçalves

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA:
PERCEPÇÃO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE ESF E
GESTORES**

Cristiane Holzschuh Gonçalves

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde**

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Kocourek

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável –

**INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA:
PERCEPÇÃO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE ESF E GESTORES**

Elaborado por

CRISTIANE HOLZSCHUH GONÇALVES

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista Sistema Público de Saúde, ênfase em Atenção
Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

Comissão Examinadora:


SHEILA KOCOUREK
orientador-presidente
UFSM


ZELIR BITTENCOURT
SSMSM


**TEREZINHA HECK
WEILLER**
UFSM

Santa Maria, 30 de junho de 2012.

Integralidade na atenção à saúde da criança: percepção e prática de profissionais de ESF e gestores

Integrality on the child health attention: perception and practice of professionals of Family Health Estrategy and managers.

Abstract

This paper presents parts of a research that was fulfilled with Family Health Estrategies teams and municipal and State Child Health Policy managers with the goal of analyze how it is set the integral care of this population at these teams, to contribute with the work process qualification regarding the integral care of this populational segment in Santa Maria city. Between the weaknesses that were observed in the managers and professionals practice, it was found that the work process and the actions at the units of Family Health Estrategies do not present themselves fully inserted on the integrality principle and they don't do every recommended actions on the State Child Health Policy and the Integral Child Health and Child Mortality Reduction Commitment Agenda. However, the potencial are that the professionals do some orientation considering the mental and hearig health of the children. As a quality of the manager process it is interesting to highlight that it organizes itself to keep a teaching calendar regarding the subject. It is considered that the challanges of the policy execution are to organize the working process of the units so that all children of the Family Health Estrategies territory can receive an integral and qualified care, that it becomes possible to detect psychological and developmental risks and to have an organized net of the integral assistance of Child Health and as a part of that, trained and engaged professionals to the integral health production.

Introdução

É no contexto sócio-histórico do final dos anos 70 e década de 80 que emerge a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal sistema surge como conquista de um longo processo de lutas e de acúmulo teórico-conceitual. Num período de

redemocratização do país, a saúde deixa de ser interesse privado apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política e coletiva¹.

Perante o crescimento das desigualdades sociais e a vulnerabilidade em que muitas famílias brasileiras se encontravam, na década de 90, surge o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para enfrentar estas desigualdades, modificando também a forma de organização da assistência à saúde, tendo como foco a família e o território onde essa está inserida².

Logo, o PSF se fortalece em estabilidade e torna-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, uma política de reorganização da Atenção Básica (AB), sendo um poderoso instrumento para se colocar em prática os princípios do SUS da integralidade, equidade e universalidade. Nesta organização, a promoção e a prevenção da saúde que são estratégias próprias da AB, tomam força e importância maior. Desta forma, a saúde da criança tem espaço privilegiado, pois a família é o primeiro espaço de desenvolvimento da criança, sendo assim, a sua saúde é diretamente intermediada pela instituição familiar².

Os autores deste presente estudo são residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e têm como campo de prática duas ESF do município de Santa Maria-RS.

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de Pós-graduação Lato Sensu caracterizada pela formação em serviço que tem como objetivo qualificar profissionais com competências para atuarem no SUS, não apenas de forma interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional, pois, parte da evidência de que não existe apenas uma precária interação profissional nas equipes de trabalho, mas também há uma ineficiente interação intersetorial e interinstitucional dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Para tal, o programa adota como fundamentação epistemológica e político-pedagógica os Princípios e Diretrizes do SUS. Este movimento pressupõe um novo modo de pensar-fazer que integre os diferentes serviços do sistema público de saúde, através da instituição de novos mecanismos ou processos integrados de gestão-atenção-educação-formação em saúde.

Na prática diária dos residentes nas ESF, estes percebem que a assistência à saúde da criança realizada pelas equipes, ainda se volta preferencialmente em torno do cumprimento das cinco ações básicas preconizadas pelo Ministério da Saúde e Política

da Saúde da Criança, a saber: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientações para o desmame, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças preveníveis por imunização³. Entende-se que o cumprimento dessas ações exige muito tempo e atenção dos profissionais, no entanto o entendimento que os profissionais de saúde têm do que seria esse “desenvolvimento” ao qual devem acompanhar, ainda pode ser de uma forma um pouco restrita, que não abrange de forma integral a complexidade desse processo.

O desenvolvimento infantil é um processo multifacetado que inclui não só aspectos biológicos e de indicadores de doença e mortalidade, mas também aspectos psicológicos e sociais da criança em desenvolvimento². Sendo assim, justifica-se a necessidade do profissional da ESF de conhecer e poder atuar sobre estas múltiplas faces do desenvolvimento para poder prestar uma assistência integral de qualidade aos usuários e atuar de forma preventiva conforme os princípios dos SUS.

Este artigo se propõe a apresentar resultados de uma pesquisa realizada por quatro residentes do PRMISPS que teve como objetivo geral analisar como se configura o cuidado integral à saúde da criança junto às Estratégia de Saúde da Família, a fim de contribuir na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral deste segmento populacional no município de Santa Maria-RS.

Esta pesquisa foi realizada por profissionais das áreas da Enfermagem, Fonoaudiologia, Serviço Social e Psicologia. A temática desta pesquisa foi escolhida, pois todos os residentes, de alguma forma, tiveram envolvimento com a Política de Saúde da Criança em sua prática e percebiam fragilidades na atenção, dificuldades na assistência e necessidade de aprimoramento diante dessa temática.

Para coletar os dados deste estudo foram realizadas entrevistas com profissionais das ESF onde os residentes realizam suas práticas e com gestores municipais e estaduais responsáveis pela Política de Saúde da Criança.

Como esta pesquisa foi realizada entre quatro residentes e seus dados fomentam o trabalho de conclusão da RMISPS destes quatro pesquisadores, cada residente se deteve a determinados desdobramentos da pesquisa. A residente autora do presente artigo se deterá a apresentar os dados referentes à consulta de puericultura, de enfermagem e pediatria, o cuidado integral à criança, a concepção de risco psíquico e cuidado em saúde mental dos profissionais da ESF e a percepção dos gestores sobre a temática. Sendo que a colega do núcleo profissional da Enfermagem apresentará os

dados restantes concernentes ao processo de trabalho nas ESF, à Educação Permanente em Saúde relacionado à assistência à criança e à Política de Saúde da Criança assim como o cumprimento de seus princípios perante a gestão e os profissionais. Os outros dois colegas apresentarão como trabalho de conclusão relatos de práticas nas ESF durante a Residência que evidenciam a relevância bem como demonstram o processo da prática que fez com que culminasse neste projeto.

Assim, o recorte desta pesquisa, também reflete as temáticas mais relevantes ao núcleo profissional da residente autora que é o núcleo da Psicologia e visa cumprir os objetivos específicos da pesquisa referentes a esta temática os quais foram: identificar se a equipe da ESF conhece o conceito de risco psíquico e se consegue identificar fatores relacionados a isso em sua prática com crianças e identificar se e como está sendo realizada a vigilância do desenvolvimento infantil.

Procedimentos metodológicos

Localização Geográfica

Esta pesquisa foi realizada em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, localizada a 286 km da capital do estado. O município conta com 16 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 16 Unidades Básicas de Saúde, 1 unidade móvel de saúde, uma unidade de saúde mista que realiza atendimentos de atenção primária e alguns de atenção secundária, um Pronto Atendimento Municipal (PA), um centro de especialidades de atenção secundária, 2 hospitais públicos, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um destes infantil e um Ambulatório de Saúde Mental, conta também com o programa Primeira Infância Melhor (PIM) em algumas regiões da cidade.

A escolha das unidades que seriam pesquisadas se deu por estas fazerem parte dos campos de prática da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), sendo o local onde os pesquisadores realizam suas ações como residentes.

A ESF 1 conta com quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com uma equipe simples (um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem), sendo que está incompleta pois faltam dois ACS, tendo duas microáreas descobertas.

A ESF 2 conta com 12 ACS e duas equipes mínimas, sendo que uma está incompleta (falta um médico e um ACS). Conta ainda com uma equipe de saúde bucal.

Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo do tipo descritivo exploratório de abordagem qualitativa a fim de analisar como se configura o cuidado integral à saúde da criança nas Estratégias de Saúde da Família. Este cuidado foi avaliado por meio de entrevistas com profissionais que realizam sua prática voltada para este cuidado em Unidades de Saúde da Família e gestores municipais e estaduais envolvidas com a Política de Saúde da Criança. Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin⁴.

Sujeitos da pesquisa

Participaram desta pesquisa todos os médicos e enfermeiros trabalhadores das ESF citadas que aceitaram participar de forma voluntária, sendo estes: dois médicos e três enfermeiros. Ainda foram entrevistados os gestores da Política de Saúde da Criança, sendo um responsável a nível municipal e um a nível estadual.

Obtenção dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de duas entrevistas semi-estruturadas, uma para ser aplicada com os médicos e enfermeiros das ESF e a outra com os gestores responsáveis pela Política da Saúde da Criança. A primeira continha questões a respeito da formação profissional, das consultas médicas e de Enfermagem que são realizadas com crianças, sobre a avaliação do desenvolvimento das mesmas, sobre o preenchimento do Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento Infantil, sobre o cuidado em saúde auditiva e saúde mental, presente no Cartão da Criança e entendimento dos profissionais sobre estes cuidados. A segunda apresentou questões relacionadas à gestão, organização, avaliação e administração da Política da Saúde da Criança, nos âmbitos municipal e estadual.

Para realização das entrevistas foi feito um contato prévio com os possíveis entrevistados, onde foi apresentada a proposta da pesquisa e feito o convite para participação na mesma.

Aspectos éticos

Esta pesquisa respeitou as prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde durante todo seu percurso. Seu projeto foi encaminhado para apreciação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretária de Saúde de Santa Maria sendo aprovado, e após, ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (CEP), sendo aprovado em parecer sob número 02624612.3.0000.5346.

No contato com os participantes, após a explicação formal da pesquisa, estes foram informados sobre o anonimato e o caráter confidencial das suas informações e todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Nesta pesquisa, os profissionais entrevistados tinham como tempo de formação entre 4 a 29 anos e todos são especialistas em Saúde Pública ou Saúde da Família, quatro destes participantes têm também outra especialização. Na ESF 1 as consultas agendadas de puericultura são realizadas com crianças de até 1 ano de idade e na ESF 2 até os dois anos.

Os profissionais de ESF afirmaram em sua maioria que a unidade não utiliza nenhum sistema de informação para replanejar ações prioritárias para o cuidado da criança, somente um profissional relatou que utilizam indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os gestores disseram que a forma como fazem monitoramento e avaliação da política é a partir dos boletins entregues pelas unidades e pelos dados enviados pelo SIAB.

Quanto a um acompanhamento diferenciado na primeira semana após o nascimento do bebê, o profissional 1 diz que a unidade não realiza ainda este tipo de atividade, mas tem planos de implantação. Outro profissional desta mesma unidade relata que se faz o Teste do Pezinho e a primeira consulta com o bebê, mas esses

procedimentos não são obrigatoriamente realizados na primeira semana. O profissional 3 relata que o cuidado nessa primeira semana é feito pela consulta de Enfermagem, no entanto outro profissional desta unidade relata que esta consulta normalmente é realizada posteriormente à primeira semana de vida do bebê. O profissional 5 relata que é feito o Teste do Pezinho e um projeto chamado Acolhe Bebê, onde é feita a pesagem, o exame físico, são examinados os orifícios da criança e é verificado o cartão de vacina.

Os profissionais da ESF 1 ficam sabendo do nascimento dos bebês da área normalmente pelos familiares, sendo que às vezes estes telefonam ou as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) informam. Na ESF 2 também, na maioria das vezes, é o familiar que informa, sendo que muitas vezes o ACS informa ou faz busca ativa juntamente com o profissional da Enfermagem. Esta unidade ainda relata que um hospital do município que é referência para realização de partos em gestantes sem riscos telefona para a unidade para informar o nascimento do bebê e ainda agendar a primeira consulta de puericultura.

Quando foi questionado se os profissionais sentem-se aptos a realizar a consulta de puericultura, os profissionais da Medicina e um profissional da Enfermagem relataram que sim, devido a sua formação acadêmica. Os outros dois enfermeiros relataram que não se sentem totalmente aptos. Nenhum profissional relatou ter sido capacitado pela Secretaria Municipal de Saúde para realizar a consulta de puericultura.

Os gestores afirmam que as ações desenvolvidas para qualificação profissional dos trabalhadores das ESF no que corresponde a saúde da criança seguem uma agenda de capacitações que normalmente é relacionada às doenças mais comuns para a população em determinada época do ano. Quanto ao apoio técnico da direção estadual prestado ao município na temática da saúde integral da criança, este costuma ter uma frequência semestral, sendo mais freqüente se percebem-se indicadores que precisam ser melhorados com urgência. Além disso, a gestora estadual costuma manter uma aproximação com o gestor municipal ou até com profissionais da rede e faz esclarecimentos e envio de materiais por e-mail, ou capacitações locais somente com esclarecimentos de dúvidas dos profissionais.

O entendimento de risco psíquico dos profissionais girou em torno da questão da relação com pessoas do convívio do bebê. Situações que podem favorecer o aumento do risco psíquico, de acordo com os profissionais são: influência genética, gestação não aceita pela família; problemas na gestação; conduta inapropriada ou negligente do

profissional de saúde para com a gestante ou bebê; oferta alimentar reduzida; relação pobre, sem carinho com os pais ou cuidadores; nascimento de irmãos; ambiente com violência, vulnerabilidade social e drogadição; familiares com transtornos mentais, principalmente a mãe; família numerosa; escola que não trata bem o aluno.

Em sua maioria os profissionais entrevistados sentem-se aptos a identificar e referenciar crianças que demandam intervenção psicológica. Somente uma profissional relatou que não se sente apta e outra relatou que em partes, sendo que quando tem dúvida pede ajuda para outro colega. A maioria dos profissionais referenciam estas crianças para o profissional da Psicologia da Residência Multiprofissional ou para o CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), sendo que ainda referenciam para o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) da região, clínicas escolas de Psicologia das universidades, Ambulatório de Saúde Mental e para Clínica da escola especial Francisco Lisboa.

Foi perguntado aos profissionais das ESF se eles costumam dar algum tipo de orientação aos pais em relação ao desenvolvimento emocional do bebê na sua prática diária e de que forma fazem isso e com qual enfoque. Somente um profissional relatou que não faz pois não sobra tempo, já que faz somente consulta de acolhimento. Os outros profissionais realizam e dão estas orientações no acolhimento e na própria consulta de puericultura, de Enfermagem ou médica, ou ainda nas visitas domiciliares. O enfoque normalmente gira em torno da importância dos pais nesse desenvolvimento do filho, principalmente do pai, do aleitamento materno, da influência e importância da relação do casal no desenvolvimento desta criança, da relação desta criança com outras crianças e da forma como ela se comporta na escola.

Na ESF 1 a realização de puericultura é dividida entre os profissionais, sendo que o enfermeiro e técnico de Enfermagem realizam o acolhimento, a pesagem e a medida e o médico e estagiários de Medicina a consulta de puericultura propriamente. Já na ESF 2 quem realiza a puericultura são os enfermeiros e o médico avalia somente a questão clínica.

Somente o profissional 5 não sabia o que era o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento e também por não realizar a consulta de puericultura não o preenchia. Os outros profissionais mesmo sabendo o que é este instrumento, não o preenchem. Os profissionais 2, 3 e 4, mesmo não preenchendo, observam alguns indicadores pedidos no instrumento durante as consultas.

Em relação aos conhecimentos dos profissionais sobre saúde auditiva, todos os profissionais relataram ter conhecimento a respeito da detecção precoce da deficiência auditiva. Na consulta de pré-natal, com exceção do profissional 5, todos dão orientações às gestantes a respeito da saúde auditiva do bebê, assim como à realização do Teste da Orelhinha.

Com exceção do profissional 5, todos os profissionais entrevistados têm o conhecimento de que 50% das crianças com perda auditiva não fazem parte do grupo de risco para deficiência auditiva e consideram importante investigar a deficiência auditiva tanto em crianças que apresentam fatores de risco quanto nas que não apresentam.

A maioria dos profissionais julga ideal que até antes dos seis meses de idade seja feito o diagnóstico de perda auditiva na infância e muitos citaram que quanto antes melhor, no entanto um profissional ficou em dúvida em marcar a idade pois acredita que a criança pode perder a audição em qualquer idade, escolhendo a idade mais tardia apresentada como opção no questionário que foi a de quatro anos.

Com relação à técnica mais fidedigna para avaliar a audição do recém-nascido, a maioria dos profissionais considerou que seria a EOA –Emissões Otoacústicas e apenas uma profissional ficou em dúvida nomeando outro tipo de exame diferente das opções citadas no questionário que eram EOA, PEAT – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico e Avaliação Comportamental.

Na entrevista com gestores foi possível entender que o planejamento da execução da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança são feitos a partir da pactuação de indicadores e análise de quais ações este indicador está relacionado, tentando qualificar esta ação para que o indicador diminua ou aumente, a ponto de significar melhora na saúde da população. E para atingir estes indicadores são feitas reuniões, monitoramento e acompanhamento do relatório de gestão.

O gestor municipal relatou que dentre os indicadores e/ou prioridades relacionadas à saúde da criança que o município preconiza estão: mortalidade infantil, internações por doenças respiratórias, neonatal precoce ou tardio, realização de pré-natal pela gestante, criança de baixo peso e violência.

O gestor estadual relata que a forma como é acompanhada a execução da Política Estadual de Saúde da Criança é semelhante à forma como o gestor municipal acompanha, no entanto ao invés de integrar os dados apenas de todas as ESF do

município, analisa também os dados de todos os ESF dos municípios da região do Estado. Ambos os gestores citaram que, por exemplo, o indicador mortalidade infantil é avaliado, pactuado e investigado a partir da Comissão de Investigação da Mortalidade Infantil que existe dentro de um hospital público do município que conta com representantes da gestão municipal e estadual assim como profissionais da rede.

Discussão

A integralidade, como já mencionado anteriormente, é um dos princípios do SUS, assim como uma diretriz prevista na Constituição Federal. A lei 8.080/90, lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e “inaugura” o SUS, define integralidade como: “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁵.

Mehry (2005) que a integralidade é um importante dispositivo de transformação das práticas de saúde, tendo um potencial desterritorializante e interrogativo dos saberes dos profissionais de saúde, já que os faz questionar as suas certezas e ampliar sua lógica para outros saberes e para a lógica do usuário. O autor ainda relata que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho, sendo que a assistência deve ser multiprofissional, operacionalizando-se através de instrumentos como o acolhimento e vinculação com a clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado do usuário⁶.

Machado, Monteiro, Queiroz, *et al* (2007), argumentam que para colocar em prática a integralidade, há que se considerar a imersão em novos fundamentos teóricos para repensar a organização e o processo de trabalho. Assim, poderão ser construídas ações diferenciadas que operam com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, estabelecendo novas relações entre trabalhadores e usuários que facilite a promoção de sua autonomia e educação em saúde⁷.

Historicamente, na produção de saúde predominam as ações fragmentadas, que enxergam o ser humano em suas partes e com conhecimentos cada vez mais especializados e não holísticos. Sendo assim, a integralidade por ser oposta a esta prática e um instrumento novo, tem sua lógica ainda sendo construída na maioria dos

espaços de saúde, não sendo, infelizmente, (e espera-se que, apenas ainda) uma prática coesa e que predomine nos serviços de saúde⁷.

Foi possível perceber pelos relatos dos participantes da pesquisa e durante a inserção como residente nos serviços de saúde pesquisados, que as equipes de saúde, assim como os gestores, estão em processo de construção dessa lógica em sua prática, oscilando entre ações mais fragmentadas e tradicionais e ações inovadoras e que se apoiam na integralidade. Exemplo disso é a forma como acontecem as consultas de puericultura, pois a prática ainda é fragmentada no entanto, em alguns momentos se tem um olhar integral sobre a criança.

Na ESF 1 a realização de puericultura é dividida entre os profissionais, sendo que o enfermeiro e técnico de Enfermagem realizam o acolhimento e a pesagem e medida e o médico e estagiários de Medicina a consulta de puericultura propriamente. Já na ESF 2 quem realiza são os enfermeiros e o médico avalia somente a questão clínica. Sendo assim, tanto em uma unidade quanto na outra o atendimento é fragmentado e é aceito ter somente um olhar clínico ou observar somente o crescimento da criança. Mehry (2005) aponta que para tornar o trabalho em saúde um ato coletivo, implicado e eficaz, é preciso ter noção de todo o processo do trabalho e de seu objetivo, sendo isto na visão do autor, o de produzir sujeitos saudáveis. O trabalhador de saúde, diferente daquele operário de uma fábrica de computadores, por exemplo, que funciona em um modelo fordista, consegue ver o resultado de seu trabalho, vendo um usuário e/ou uma população com saúde. Diferente daquele operário que produziu somente uma peça do computador, que nem sabe para que serve e não tem acesso ao que produz, “na saúde, o trabalhador a qualquer momento poderá ser seu próprio usuário”, ou seja usuário do modelo de saúde que produz. Fragmentando dessa forma o cuidado com a criança, os profissionais dificilmente verão o seu todo e isso também pode dificultar o vínculo criança-pais-profissionais, bem como aumentar a chance de serem “perdidas pelo caminho” informações importantes para a conduta com a criança. Segundo Mehry (2005), essa forma de atuar pode desmotivar o profissional, pois ele não visualiza o resultado de todo o trabalho⁶.

Situações que demonstram certa imersão na lógica da integralidade na realização das consultas de puericultura e na prática com crianças dos profissionais pesquisados, são as orientações que os profissionais prestam não somente sobre as questões clínicas das crianças, mas também sobre desenvolvimento emocional, sobre saúde auditiva e

mental e pelo fato de realizarem a avaliação de alguns indicadores de desenvolvimento, como alguns existentes no Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento, que é um instrumento criado em uma lógica mais integral do cuidado em saúde.

Este instrumento, mesmo apresentando indicadores de atraso e risco para o desenvolvimento infantil, em seus âmbitos linguísticos, motor e cognitivo, não apresenta indicadores relacionados à detecção de risco psíquico. Risco psíquico são sinais de dificuldades no estabelecimento do laço com o cuidador primário, na maioria das vezes, a mãe, que esteja dificultando a subjetivação da criança, o que futuramente pode gerar transtornos do desenvolvimento e mentais⁸.

Entre os anos de 2000 a 2008 um grupo de estudiosos realizou com 726 crianças entre 0 e 18 meses uma pesquisa chamada IRDI – Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. Os pesquisadores, apoiados pela teoria psicanalítica, criaram 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil e, avaliando estas crianças concluíram que 15 indicadores do IRDI têm capacidade de prever risco psíquico para a constituição subjetiva. Os principais objetivos desta pesquisa foram verificar a validade destes indicadores para detecção precoce de problemas do desenvolvimento na primeira infância e selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos no Instrumento de Vigilância do Acompanhamento e Desenvolvimento, para que assim, a Atenção Básica conseguisse ficar atenta, com mais propriedade, para fatores de risco psíquico e para o desenvolvimento, tendo um instrumento válido no qual se apoiar⁹.

A tabela com 31 indicadores investiga vários aspectos do desenvolvimento infantil e da constituição deste bebê como sujeito. “Os sintomas clínicos ou indicadores de risco psíquico indicam detenções ou ausência de processos que deveriam estar em curso”⁹. Os autores informam que esta tabela com os indicadores já foi aprovada pelo Ministério da Saúde e está disponível na Caderneta da Criança, no entanto percebe-se que a Caderneta da Criança utilizada na maioria das unidades de saúde é do ano de 2005, sendo sua última edição de 2009, ano da publicação dos resultados desta pesquisa, então, imagina-se que nas próximas edições estes indicadores de risco psíquico já estarão disponíveis e espera-se que os profissionais da Atenção Básica sejam capacitados para aplicar este novo instrumento⁹.

Os profissionais entrevistados afirmaram que não preenchem o Instrumento de Vigilância do Acompanhamento e Desenvolvimento presente na Caderneta da Criança,

mesmo que observem alguns dos indicadores durante a consulta de puericultura. Subentende-se, assim, que não foram capacitados ou não são cobrados pela gestão do preenchimento de tal instrumento. Os profissionais informam que pelos seus núcleos de formação entendem que precisam observar alguns dos indicadores presentes no instrumento e esse entendimento é importante, no entanto, o não preenchimento faz com que a história de desenvolvimento da criança não apareça para os serviços de saúde, o que também dificulta a detecção precoce de riscos.

Em pesquisa realizada em Recife, analisou-se o prontuário de crianças em várias unidades de ESF e observou-se que quanto ao acompanhamento do desenvolvimento da criança há a ausência total de informações, não sendo identificada nenhuma descrição na ficha clínica infantil, como também, não havia cópia do cartão da criança com informações das fases do desenvolvimento, o que demonstra que muitos profissionais da saúde podem não considerar relevante estas informações para a história de saúde da criança¹⁰.

Ferreira (2010) afirma que o Instrumento de Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento é um instrumento de monitoramento que proporciona um olhar mais adequado e integral da saúde da criança e é, principalmente um instrumento de educação para pais e cuidadores¹⁰.

Pelo entendimento de risco psíquico dos profissionais das ESF, percebe-se que eles têm um entendimento de que as questões ambientais e relacionais interferem no desenvolvimento emocional e psicológico das crianças, no entanto, este discurso faz transparecer que os riscos precisam estar muito visíveis para que a criança tenha risco psíquico, o que não é confirmado pela teoria. Existem questões que não são do ambiente, questões inatas do bebê e questões muito sutis da relação mãe-bebê que tem caráter determinante na estruturação psíquica de uma criança e somente com um olhar detalhado é possível observar².

Muitas pesquisas têm identificado fatores de risco aos quais estão expostas as crianças brasileiras, mostrando a importância de conhecê-los e avaliar o impacto do efeito cumulativo dos riscos para a saúde e desenvolvimento infantil, assim como a importância do diagnóstico precoce, da prevenção e do tratamento adequado de crianças em situação de risco. É importante também, além do conhecimento dos fatores de risco, pesquisar e identificar os fatores de proteção para o desenvolvimento, o que fornece

subsídios significativos para o planejamento de ações preventivas principalmente na Atenção Básica em Saúde².

Em relação às ações de qualificação, como já apontado anteriormente nos resultados, os gestores afirmam, que, no que corresponde à saúde da criança, eles seguem uma agenda de capacitações que normalmente é relacionada às doenças mais comuns para a população em determinada época do ano. O gestor municipal relata dificuldade em relação ao aproveitamento das capacitações pelos profissionais pois refere que a equipe é instável, não é coesa e quando o profissional tem a capacitação não consegue planejar ações de prevenção junto à equipe e à população pois logo tem seu contrato vencido e é substituído por outro profissional que não teve a capacitação, sendo que nos últimos anos, esta foi a realidade dos profissionais da rede do município, e há menos de um ano alguns profissionais se efetivaram por meio de concurso público, o que favorece a mudança para esta situação. Percebeu-se pela fala dos gestores e pelo o que grande parte dos manuais ou informes sobre a saúde da criança publicados pelo Ministério da Saúde demonstram, que a prevenção centra-se nas doenças físicas e não se percebe grande importância dada à saúde mental. Percebe-se ainda pela fala dos gestores que a questão da saúde mental é muito vinculada ao CAPS, e parecem ter dificuldade de enxergar a grande possibilidade de ações de prevenção em saúde mental na Atenção Básica.

O gestor municipal relatou que dentre os indicadores e/ou prioridades relacionadas à saúde da criança que o município preconiza estão: mortalidade infantil, internações por doenças respiratórias, neonato precoce ou tardio, realização de pré-natal pela gestante, criança de baixo peso e violência. Percebe-se que nenhum destes indicadores é de saúde mental, apesar do indicador violência estar muito relacionado. O gestor ainda relata que os indicadores de saúde mental são de responsabilidade do CAPS infantil e que considera ideal que o CAPS “converse” com as ESF para fazer prevenção, no entanto não se sabe se o CAPS, na sua conjuntura atual de profissionais, consegue fazer este movimento e se a gestão realmente dá suporte para que isto aconteça.

Brant, Jerusalinsky, Wanderlei *et al* (2003) afirmam que historicamente, os serviços públicos voltados para os transtornos mentais do desenvolvimento na infância se mostraram inadequados ou inexistentes. Consideram que isto se deve principalmente ao fato de que os recursos do setor da saúde são e foram utilizados predominantemente

para combater as causas da mortalidade e morbidade infantis, como a diarreia, as doenças imunopreveníveis, a desnutrição, e outras doenças como as citadas como prioridade pelos gestores e pela Agenda de Compromissos. Os autores relatam que o caráter visível e os efeitos imediatos destas patologias induzem os gestores a protelar, equivocadamente, a atenção aos transtornos mentais e do desenvolvimento, mas apesar destes transtornos terem uma evolução mais lenta, acabam provocando danos equivalentes aos dessas patologias mais visíveis, além das morbidades que normalmente são acompanhados¹¹.

A incidência e a prevalência epidemiológicas dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais na infância são desconhecidas na maioria dos países em desenvolvimento. Um estudo multicêntrico conduzido pela Organização Mundial de Saúde – OMS aponta para uma taxa de 12% a 29% de prevalência de transtornos mentais na infância em países em desenvolvimento¹¹. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança demonstra ainda que a partir de dados da OMS é possível acreditar que no Rio Grande do Sul existam em torno de 240.000 crianças precisando de tratamento psiquiátrico e apoio para sua inclusão social¹².

Outro achado deste estudo da OMS é que os profissionais da atenção primária identificam em média apenas 10% a 22% dos casos de transtornos mentais que chegam aos serviços, sendo assim, entre 80% e 90% dos problemas de saúde mental infantil não são diagnosticados na Atenção Básica¹¹.

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança cria linhas de cuidado a fim de promover a atenção integral à saúde de crianças e os eixos centrais estruturantes das linhas de cuidado são: nascimento e o primeiro ano de vida saudáveis; crescimento e o desenvolvimento saudáveis; proteção e a promoção da saúde física e emocional¹². É importante ver que a política coloca entre os eixos a promoção da saúde emocional, e organiza as categorias colocando a atenção à saúde mental e neurológica juntas como cuidado importante no primeiro ano de vida. Esta união de saúde mental e/ou emocional e saúde neurológica é importante neste primeiro ano de vida, pois conforme Brant, Jerusalinsky e Wanderlei *et al*¹¹:

Durante a primeira infância, as manifestações comportamentais que se operam nas pequenas crianças têm um caráter acentuadamente polimorfo. Assim, uma manifestação motora é ao mesmo tempo neuro-maturativa, psicológicocognitiva, tem valor trófico-fisiológico, e também é – simultaneamente – expressão emocional e significativa da relação com os outros em geral e com o meio (BRANT, JERUSALINSKY, WANDERLEI, *et al*, p.10, 2003).

No entanto, após este momento da vida é importante, também observá-las separadamente, pois nem sempre uma criança que tem problema neurológico tem problema mental e/ou emocional e vice-versa. Então é importante olhar pra esta criança, (mesmo no momento em que o desenvolvimento motor, cognitivo e neurológico é o maior denunciador de desenvolvimento saudável que é até o segundo ano de vida) também como um sujeito que está se estruturando psiquicamente e emocionalmente e precisa de uma atenção para isto que não é algo concreto como a análise do desenvolvimento neurológico e precisa de profissionais capacitados para analisar a forma como esta estruturação psíquica está se dando e assim fazer a prevenção em saúde mental.

Muitas vezes os profissionais da saúde podem apresentar dificuldade em identificar atrasos no desenvolvimento ou identificar e referenciar as crianças que demandam intervenção, como é o caso do profissional 3 que relata não sentir-se preparado e do profissional 1 que mesmo encaminhando relata ter dúvidas quanto a isto e pede ajuda a outros colegas. A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança afirma que os profissionais da AB devem estar aptos a identificar e referenciar as crianças que demandam intervenção, principalmente nos casos em que há sintomas indicativos de autismo, psicose, ou neuroses mais severas. Este documento ainda propõe que seja definida a rede e o fluxo de assistência capazes de fazer o acolhimento de bebês para avaliação e o tratamento psicoterapêutico de crianças¹³.

Pelas respostas dos profissionais à pergunta “para onde referenciam crianças que necessitam de intervenção psicológica?”, percebe-se que esta rede existe no município, no entanto o fluxo é inexistente já que cada profissional respondeu que encaminha as crianças para um lugar. É preciso criar um fluxo que facilite o acesso e com os quais os profissionais consigam fazer esses encaminhamentos de forma eficaz, tendo lugares de referência para o atendimento. Isso demonstra a importância da capacitação dos profissionais da Atenção Básica na questão da saúde mental de crianças e ainda a responsabilidade da gestão em estabelecer e manter uma rede de atenção que atenda às necessidades em saúde mental desta população.

Além desta detecção precoce de riscos para o desenvolvimento e relacionados à saúde mental que é de responsabilidade dos profissionais da Atenção Básica, necessita-se de profissionais de saúde mental que venham a intervir em casos mais complexos e

no tratamento destes casos detectados na AB. É preciso que se estabeleça uma parceria dos profissionais da saúde mental e da AB garantindo a integralidade da assistência a partir da intersetorialidade e interinstitucionalidade.

Quando perguntados se a ESF realizava alguma ação especial na primeira semana de vida do bebê, nenhum profissional mencionou a existência da estratégia *Primeira Semana Saúde Integral*. Esta é uma estratégia mencionada na Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, sendo o primeiro contato do bebê com a equipe de saúde da unidade, e é importante principalmente por ser um momento de maior vulnerabilidade tanto para a mãe quanto para o bebê. Esta estratégia inclui cuidados de saúde como visita domiciliar principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde, realização do Teste do Pezinho, avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e a criança, planejamento familiar para a mãe e acompanhamento para a criança¹³. A maioria dos profissionais mencionou a realização de consulta de Enfermagem, médica, vacinas, Teste do Pezinho e visitas domiciliares, no entanto todos os profissionais relataram que estas ações, na maioria das vezes não são realizadas na primeira semana após o nascimento e sim posteriormente, mesmo esta ação na primeira semana de vida estando no item “o que não pode deixar de ser feito” da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Um profissional relatou que na unidade realiza-se o Teste do Pezinho e um projeto chamado Acolhe Bebê, onde é feita a pesagem, o exame físico, são examinados os orifícios da criança e é verificado o cartão de vacina. Percebe-se, principalmente pela fala deste profissional que o cuidado é para o corpo do bebê, sem se ter muito cuidado com outros aspectos da sua saúde e saúde da mãe como preconiza a política, o que faz com que a proposta de acolhimento e ampliação do vínculo desta família com a ESF da estratégia Primeira Semana Saúde Integral não se efetive e a questão da integralidade seja deixada de lado.

Entende-se que o que dificulta a execução da estratégia Primeira Semana Saúde Integral é a demora em que os profissionais da unidade ficam sabendo do nascimento do bebê já que esperam com que a mãe entre em contato ou o ACS informe o restante da equipe. Pelas entrevistas com os gestores municipal e estadual da política, sabe-se que o município está se organizando para estabelecer uma rede de contato do hospital onde a gestante tem seu filho e a unidade de saúde, para que o próprio hospital informe as ESF

sobre o nascimento do bebê e assim o contato equipe-bebê se efetive mais rapidamente, de preferência dentro deste período mais vulnerável para mãe e bebê que é a primeira semana.

Com relação ao sentir-se preparado para as ações de puericultura, como apontado anteriormente nos resultados os profissionais da Medicina e um profissional da Enfermagem afirmam que se sentem aptos a realizar a consulta de puericultura. Os outros dois profissionais relataram que não se sentem totalmente aptos. Nenhum profissional relatou ter sido capacitado pela Secretaria Municipal de Saúde para realizar a consulta de puericultura.

Um estudo realizado em Belém-PA com 180 profissionais da Atenção Básica reflete que os profissionais apresentam deficiências nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e que a vigilância do desenvolvimento não é realizada com qualidade e de forma efetiva por estes, assim como as mães das crianças atendidas não sentem que estes profissionais analisam e dão orientações sobre o desenvolvimento de seus filhos¹⁴. Isto demonstra a necessidade da gestão da saúde de preocupar-se em capacitar estes profissionais sobre esta temática cumprindo os princípios do SUS no que diz respeito à educação permanente de qualidade.

Em relação aos conhecimentos dos profissionais sobre saúde auditiva, todos os profissionais relataram ter conhecimento a respeito da detecção precoce da deficiência auditiva. A maioria parece ter bastante conhecimento sobre a temática e dão orientações às gestantes sobre a importância do Teste da Orelhinha nas consultas de pré-natal.

Percebeu-se que os profissionais que relataram ter participado de capacitação feita por profissionais da gestão deram respostas mais seguras e de acordo com a Política de Saúde Auditiva, o que reforça a importância da Educação Permanente e de a gestão preocupar-se e investir nesta prática.

Considerações finais

Com esse trabalho foi possível analisar como se configura o cuidado integral à saúde da criança em duas Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria-RS. Percebeu-se a partir das entrevistas com profissionais das ESF e gestores da Política de Saúde da Criança que as ações desta política no município apresentam potencialidades, fragilidades e desafios.

Entre as fragilidades percebe-se que o processo de trabalho e as ações nas unidades de ESF ainda não se apresentam totalmente inseridas no princípio da integralidade, que os profissionais não realizam todas as ações preconizadas e da forma como a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil preconizam. Além disso, não se sentem totalmente capacitados para realizar as consultas de puericultura ou detectar crianças com risco psíquico e referenciá-las para atendimento psicológico. A gestão não capacitou os profissionais para a realização da puericultura ou para detecção de risco psíquico e, assim como muitos documentos relacionados à atenção à saúde da criança, ainda não vê como uma das prioridades a prevenção em saúde mental.

As potencialidades observadas são que os profissionais dão algumas orientações sobre o desenvolvimento emocional, saúde mental e saúde auditiva e têm certo entendimento, mesmo que restrito, sobre risco psíquico. Em relação à gestão é interessante ressaltar que ela se organiza para manter um calendário de capacitações relacionadas ao cuidado de crianças e já realizou algumas destas que fazem a diferença para o entendimento dos profissionais sobre determinadas temáticas, o que vai de acordo com a Educação Permanente em Saúde.

Considera-se que os desafios observados estão em organizar o processo de trabalho das unidades para que toda a população infantil do território da ESF consiga receber um atendimento integral e de qualidade, que se consiga detectar os riscos psíquicos e para o desenvolvimento infantil precocemente, ter uma rede de assistência integral de saúde da criança organizada e inseridos nela profissionais capacitados e implicados na produção integral da saúde.

Fazem-se necessárias novas pesquisas de avaliação da prática em ESF relacionadas ao cuidado integral na infância para que se possam detectar as dificuldades e potencialidades deste cuidado e assim fomentar ajustes nas políticas públicas e na sua execução, garantindo o comprometimento com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Espera-se que esta pesquisa auxilie na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral de crianças no município de Santa Maria e que os profissionais da saúde da família e gestores reavaliem suas práticas, e percebam a potencialidade da ESF como modelo de Atenção Básica à Saúde e centro ordenador das

redes de atenção à saúde no SUS, atuando, assim em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e o fortalecendo enquanto política pública de saúde do nosso país.

Resumo

Este artigo apresenta recortes de uma pesquisa realizada com equipes de Estratégia de Saúde da Família e gestores municipal e estadual da Política de Saúde da Criança com o objetivo de analisar como se configura o cuidado integral a esta população junto a estas equipes, a fim contribuir na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral deste segmento populacional no município de Santa Maria-RS. Entre as fragilidades observadas na prática dos profissionais e gestores, encontra-se que o processo de trabalho e as ações nas unidades de ESF ainda não se apresentam totalmente inseridas no princípio da integralidade e não realizam todas as ações preconizadas na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança e na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Já as potencialidades são que os profissionais realizam algumas orientações considerando a saúde mental e saúde auditiva da criança. Como qualidade da gestão é interessante ressaltar que ela se organiza para manter um calendário de capacitações relacionadas à temática. Considera-se que os desafios da execução da política estão em organizar o processo de trabalho das unidades para que toda a população infantil do território da ESF consiga receber um atendimento integral e de qualidade, que se consiga detectar os riscos psíquicos e para o desenvolvimento infantil precocemente, ter uma rede de assistência integral à saúde da criança organizada e como integrantes dela, profissionais capacitados e implicados na produção integral da saúde.

Referências

- 1 . GOUVEIA, R. *Saúde Pública, Suprema Lei a nova legislação para a conquista da Saúde*. São Paulo, Mandacaru, 2000.
- 2 . MOLINARI, J.S.O.; SILVA, M.F.M.C.; CREPALDI, M.A. Saúde e Desenvolvimento da Criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção Básica. *Psicologia Argumento*. Curitiba, v.23, n.43, p. 17-26, out./dez. 2005.

- 3 . BRASIL. Ministério da saúde SNPES/DINSAMI, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. **Programa de atenção integral á saúde da criança, acompanhamento e desenvolvimento** (3ª Ed). Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
4. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica de Saúde 8080/90. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 10 junho 2012.
6. MEHRY, E.E. *Engravidando palavras: o caso da integralidade*. Congresso Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>. Acesso em: 10 junho 2012.
7. MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.12, v.02, p.335-342, 2007.
- 8 . CAMPANÁRIO, I.S. *O Atendimento Psicanalítico do Bebê com Risco de Autismo e de Outras graves Psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito*. Belo Horizonte: s.n., 169 p., 2006.
9. KUPFER, M.C.M.; JERUSALINSKY, A.N.; BERNARDINO, L.M.F; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.S.B.; *et al.* Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online*. V. 6, n.1, p. 48-68, maio de 2009.
10. FERREIRA, L.G.F. *Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco*. Recife-PE, 2010, 99 p. Dissertação de

Mestrado Profissional em Saúde Pública. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

11 . BRANT, J.A.C; JERUSALINSKY, A.; WANDERLEY, D.B.; INFANTE, D.P.; SALLES, L.; *et al.* Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VI, n.2, p.7-25 jun/2003.

12 . BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, Departamento de Ações em Saúde, Seção da Saúde da Criança e do Adolescente. *Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança*, 2010.

13 . _____. 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.

14 . FIGUEIRAS, A. C.M.; PUCCINI, R.F.; SILVA, E.M.K.; PEDROMÔNICO, M.R.M.. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais de atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p. 1691-1699, nov-dez., 2003.

