



ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS DE 07 A 09 ANOS DE IDADE

Family Health Strategy: difficulty in health care of children aged from 07 to 09 years old

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva¹, Larissa Souza Barbosa², Natália Rennó Lemes Aley³, Taís Almeida Vital Ribeiro⁴, Sueli Leiko Takamtsu Goyatá⁵

RESUMO

Introdução: No sistema de saúde brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve interligada à saúde materna, definida como política de Saúde Materno-Infantil. Sabe-se que o acompanhamento integral da saúde da criança e a prática de ações educativas são importantes, pois garantem a ela um melhor desenvolvimento, além de proteção e detecção precoce de alterações que possam repercutir em sua vida futura. **Objetivo:** Esse trabalho objetivou restabelecer o vínculo das crianças com as Estratégias de Saúde da Família Pinherinho/Santa Clara e Recreio/Vale do Sol do município de Alfenas (MG). **Método:** A elaboração da estratégia de ação foi baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES), onde foram levantados os principais problemas das Unidades e, a partir daí e em conjunto com as Equipes de Saúde da Família locais, foram criadas e implementadas estratégias para enfrentamento de um selecionado, neste caso, a busca pelo cuidado de crianças, que não frequentavam as Unidades e, desta forma, não tinham contato com abordagens preventivas de sua saúde. **Resultados:** Foram avaliadas 116 crianças por 3 profissionais de saúde e pesquisadas alterações nutricionais, odontológicas, posturais e respiratórias. As crianças nas quais foram identificadas as alterações foram referenciadas para os serviços de atenção primária e secundária correspondentes, e 50% procuraram pelo serviço indicado. **Conclusão:** Por meio de ações de capacitação, avaliações e referenciamentos com busca nas escolas notou-se uma melhora do vínculo das crianças com as Unidades, que estas passaram a frequentar.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança; Promoção de Saúde

¹ Professora Adjunta, Escola de Enfermagem/Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Alfenas-MG- Brasil.

² Farmacêutica, Especialista pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Alfenas-MG- Brasil.

³ Fisioterapeuta, Especialista pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Alfenas-MG- Brasil.

⁴ Cirurgiã-dentista, Especialista pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Alfenas-MG- Brasil.

⁵ Professora Adjunta, Escola de Enfermagem/Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Alfenas-MG- Brasil.

Autor para correspondência: Silvia Lanziotti Azevedo da Silva - Universidade Federal de Alfenas – Unidade Educacional II/Campus Santa Clara – Avenida: Jovino Fernandes Salles, n 2600. Bairro: Santa Clara - CEP 37130-000 - Alfenas – MG. e-mail: silviafisiojf@yahoo.com.br

Os autores declaram não existir conflitos de interesses.

ABSTRACT

Introduction: In Brazilian Health System, the Child Care Policy has always been linked to maternal health, defined as Maternal and Child Health Policy. It is known that the integral follow-up of children's health and the practice of educational actions are important, as they guarantee to them a better development, as well as protection and early detection of changes that may have repercussions in their future life. **Objective:** This work aimed to reestablish the bond of the children with the Family Health Strategy Pinheirinho/Santa Clara and Recreio/Vale do Sol in the city of Alfenas (MG). **Method:** The organization of the action strategy was based on the Strategic Situational Planning (SSP), where the main problems of the Family Health Strategies were raised and, based on the information collected, together with the local Family Health Teams, strategies were created and implemented for coping of a selected problem, in this case, the care of children, who did not attend the basic health service and, therefore, had no contact with preventive approaches to their health. **Results:** A total of 116 children were evaluated by three health professionals and nutritional, dental, postural and respiratory problems were investigated. If any problems were identified, the child was referred to the corresponding primary and secondary care services, and 50% of them sought the indicated service. **Conclusion:** Through training actions, assessments and referrals with search in the schools, an improvement in the bond of children with the Family Health Strategy was observed, which they began to attend.

Keywords: Health Family Strategy; Child Health; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é considerada porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, sendo um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que envolve promoção, prevenção de agravos à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, humanização, equidade e participação social¹.

A partir de 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente considerado Estratégia de Saúde da Família (ESF), entendida como uma reorganização e reorientação do modelo assistencial². As equipes preconizam o atendimento multiprofissional, a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência de cada Unidade que conta com sua própria Equipe de Saúde da Família, tendo em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, o monitoramento das condições de vida e de saúde destas, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias, pelo fato das equipes estarem próximas das famílias pelas quais são responsáveis³. Preconiza ainda a abordagem e a intervenção nos chamados determinantes sociais da saúde e nos condicionantes culturais, étnicos, comportamentais, entre outros, que influenciam as necessidades e os problemas de saúde, ampliando suas fronteiras além da questão física da saúde da população. Tais pontos são de importância fundamental para elaboração de ações de promoção de saúde em todos os chamados ciclos da vida⁴.

No sistema de saúde brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve interligada às Políticas de Saúde Materna, definida como política de Saúde Materno-Infantil. A percepção mais difundida da criança como ser em

permanente desenvolvimento, que necessita de cuidados independente da mãe ou outro membro da família, foi resultado de um longo processo, que há ainda muito que evoluir⁵.

O acompanhamento integral da saúde da criança e a prática de ações educativas e promoção de saúde são importantes, pois garantem a ela um desenvolvimento melhor, além de proteção e detecção precoce de possíveis alterações que possam repercutir em sua vida futura e gerar prejuízos na adolescência e vida adulta^{1,6}.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde – OMS⁶, na perspectiva da Atenção Integral à Saúde da Criança, dentro do chamado Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, e para a organização da assistência, aponta como estratégia as chamadas Linhas de Cuidado, inseridas dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Coloca-se, assim, como possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde onde a criança passa ao longo da sua vida e a possibilidade para o cuidado integral. Este cuidado integral não começaria com o adoecimento da criança, e sim com uma proposta de prevenção, desenvolvida pela ESF⁶.

Nessa perspectiva, a Atenção Integral à Saúde da Criança organiza-se em três principais eixos, que compreendem ações que vão da anticoncepção à concepção, à atenção ao parto e ao puerpério, passando pelos cuidados com o recém-nascido (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes da infância e saúde coletiva em instituições de educação infantil). As linhas estratégicas de intervenção da Atenção à Saúde da Criança explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. É, portanto, uma importante contribuição,

como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender a integralidade com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas⁶.

Entretanto, a visão curativista do sistema de saúde brasileiro e a cultura da busca pelo cuidado somente em caso de adoecimento, não permite a criação de vínculo forte entre as crianças, suas famílias e as ESFs, dificultando principalmente ações de prevenção e promoção de saúde para este público. Desta forma, este estudo teve como objetivo avaliar e fortalecer o vínculo de crianças e suas famílias adscritas da duas Estratégias de Saúde da Família em uma cidade do Sul de Minas Gerais.

MÉTODOS

A proposta de intervenção foi baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Este foi idealizado por Mattus (1994)⁷, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende (1970-1973). Para Mattus, um problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população, e sim uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade⁷.

Utilizando o método da estimativa rápida⁷, foi realizado na ESF Pinheirinho/Santa Clara o diagnóstico situacional da área de abrangência. O levantamento dos principais problemas ocorreu a partir de entrevistas com a enfermeira responsável pela Unidade, que permitiu acesso aos dados e fichas dos usuários, e forneceu levantamentos e relatórios sobre o local. Através da coleta dos dados, verificou-se que o número de crianças na área, menores de um mês a nove anos de idade foi de 456, sendo 221 do sexo masculino e 235 do sexo feminino. Desse total, 235 crianças estavam na faixa etária delimitada para o estudo (07 a 09 anos de idade), sendo 122 do sexo feminino

e 113 do sexo masculino. No entanto, somente 93 crianças foram atendidas nesta unidade, de janeiro a maio de 2015. Sendo assim o problema de maior relevância encontrado foi a dificuldade na atenção ao cuidado das crianças de 07 a 09 anos de idade, devido ao grande número de crianças na área abrangente e à escassez de projetos relacionados a esse público. As crianças, embora fizessem parte da população adscrita, não frequentavam o serviço e haviam poucas informações disponíveis sobre elas. Não havia ainda qualquer atrativo na estrutura da Unidade que a tornasse convidativa para o público infantil.

A maneira encontrada para o enfrentamento desse problema foi a aproximação com as crianças através da escola do bairro. Porém, algumas crianças da amostra pertenciam a Unidade de Saúde vizinha, a Unidade Recreio/Vale do Sol. Sendo assim, os PSF Pinheirinho/Santa Clara e Recreio/Vale do Sol foram os locais onde foi implementado o projeto de enfrentamento e intervenção, baseado no PES.

Iniciando a implantação do projeto, entrou-se em contato com a diretora da escola Tereza Paulino, localizada no bairro Pinheirinho, para que pudesse ser realizada uma avaliação nutricional, fisioterapêutica e odontológica das crianças matriculadas, entre 07 e 09 anos. Com a autorização por escrito da diretora e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais/responsáveis, foi dado início a etapa de avaliação.

Foram avaliadas 116 crianças que pertenciam ao terceiro ano do ensino fundamental. Em um local apropriado, foi realizada a avaliação nutricional (peso, altura e circunferência abdominal); avaliação fisioterapêutica (verificação de alteração postural e/ou respiratória); e avaliação bucal (presença de cárie, necessidade de endodontia e/ou exodontia) de todas as crianças entre 07 e 09 anos.

Após a análise dos dados obtidos, as crianças com necessidade de algum tipo de tratamento foram referenciadas para atendimento pelos profissionais nas ESF de referência Pinheiro/Santa Clara ou Recreio/Vale do Sol e os encaminhamentos entregues aos pais, com prazo de um mês para marcarem uma avaliação. Para controle da ação e verificação dos futuros resultados, foi deixado um caderno em cada ESF, para registro da marcação da avaliação com algum profissional da Equipe de Saúde da Família, fisioterapeuta, nutricionista ou cirurgião-dentista nas Unidades. Algumas crianças foram encaminhadas ainda para uma clínica odontológica pediátrica de referência. Além da busca ativa na Escola, foram colocadas, na sala de espera das duas Unidades, mesinhas com cadeiras, lápis de cor e desenhos para colorir, com objetivo de tornar o ambiente mais atrativo e menos negativo na visão das crianças, como demonstram as Figuras 1 e 2.



Figura 1. Mesa para crianças colocada na recepção das ESF Pinheiro/Santa Clara e Recreio/Vale do Sol.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade, sobre o parecer de número 997.068.



Figura 2. Mesa para crianças colocada na recepção das ESF Pinheiro/Santa Clara e Recreio/Vale do Sol.

RESULTADOS

De acordo com os prontuários apresentados pela ESF Pinheiro, as crianças correspondem a 15,3% dentro do total de cadastro familiar, sendo o terceiro maior grupo populacional da área. Já a faixa etária de 07 a 09 anos de idade é de 7,9 % do total de crianças, um percentual de relevância quantitativo. Entretanto, somente 3,2% dessas são atendidas regularmente na unidade. Percebe-se então que a maioria dessas crianças se encontra desassistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por não procurar o serviço ou não ser direcionado para ele.

Diante desse fato, foram verificadas, dentro do PES⁷, as possíveis causas para esse baixo vínculo das crianças com as unidades, sendo destacado o baixo nível de escolaridade e nível socioeconômico dos pais, que desconsideram a importância do acompanhamento durante o crescimento dos filhos; famílias desestruturadas com ou sem pais separados, na qual os pais têm pouco tempo para os filhos; transferência de responsabilidade sobre o cuidado da criança pela unidade de saúde e pelos pais para as escolas; ausência de grupos ou projetos destinados a esta faixa etária nas unidades; dificuldade na realização de um cuidado multiprofissional; falta de acolhimento das

crianças na recepção dessas unidades e falta de agenda programada para essas crianças.

Foram elaboradas estratégias de enfrentamento interdisciplinares de algumas causas do baixo vínculo. Foi realizado um trabalho de capacitação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que esses tenham maior domínio para fornecer assistência adequada aos pais e as crianças. Foram trabalhados diversos temas com os ACS, dando enfoque na promoção de saúde das crianças e nas principais patologias encontradas nessa faixa etária.

Para organização do espaço físico das recepções das unidades, uma vez que nenhuma delas tinha um espaço específico e adequado para as crianças aguardarem na recepção, foram levantadas doações de cadeiras e mesas infantis, doações de livros, e organizado um espaço colorido e acolhedor para as crianças na recepção.

Para a aproximação da equipe de residentes com as crianças do bairro escolhido foram realizadas as avaliações nutricionais, fisioterapêuticas e odontológicas das crianças do terceiro ano do ensino fundamental da Escola Tereza Paulino situada no bairro estudado. Foram avaliadas 116 crianças, sendo 62 do sexo masculino e 54 do sexo feminino. Os resultados das avaliações feitas na escola estão colocados na Tabela 1.

Com base na Tabela 1, percebe-se que das 116 crianças, 37 foram avaliadas com problemas nutricionais; 03 tinham alguma queixa de dor; 19 com alterações fisioterapêuticas em estágio inicial não incapacitante; e 79 crianças com problemas odontológicos. Entre os problemas odontológicos verificou-se a necessidade de tratamento odontológico em 68,1% das crianças examinadas. Destes, 44,8% necessitam de um tratamento restaurador, 9,5% tratamento pulpar e 13,8% exodontia.

Com base na Tabela 1, percebe-se que das 116 crianças, 37 foram avaliadas com problemas nutricionais; 03 tinham alguma queixa de dor; 19 com alterações

fisioterapêuticas em estágio inicial não incapacitante; e 79 crianças com problemas odontológicos. Entre os problemas odontológicos verificou-se a necessidade de tratamento odontológico em 68,1% das crianças examinadas. Destes, 44,8% necessitam de um tratamento restaurador, 9,5% tratamento pulpar e 13,8% exodontia.

Tabela 1. Tipos de problemas encontrados nas crianças.

| Tipo de problema | Número de crianças |
|--------------------------|---------------------------|
| IMC acima do peso | 07 |
| IMC sobrepeso | 14 |
| IMC abaixo do peso | 16 |
| Queixa de dor | 03 |
| Alterações posturais | 13 |
| Alterações respiratórias | 06 |
| Presença de cárie | 52 |
| Endodontia | 11 |
| Exodontia | 16 |

O estudo mostrou o também o baixo vínculo das crianças com a Unidade Básica de Saúde e realizou, buscando uma aproximação, capacitação dos profissionais de saúde, através de palestras educativas sobre a atuação da fisioterapia na saúde da criança, saúde bucal infantil e hábitos saudáveis.

Para avaliação deste vínculo, no início de setembro, a equipe de residentes entrou em contato com as duas unidades de saúde e a atenção secundária (Clínica Odontopediatria) para coletar o número de crianças encaminhadas que procuraram o serviço. Os dados estão descritos na Tabela 2.

Após a busca ativa nas escolas, cerca de 50% das crianças procuraram a ESF, estabelecendo ou reestabelecendo um vínculo importante para o seu cuidado.

Tabela 2. Relação de encaminhamentos realizados X Procura e atendimento.

| Tipo de encaminhamento | Número de encaminhamentos | Número de encaminhados que compareceram |
|---|---------------------------|---|
| Encaminhamento odontológico: | | |
| -Odontopediatria UNIFAL/MG | 22 | 12 |
| - Consultório odontológico do PSF | 32 | 17 |
| Encaminhamento ao Nutricionista do NASF | 27 | 11 |
| Encaminhamento a Fisioterapia: | | |
| - Alterações respiratórias (asma) | 06 | 03 |
| - Alterações ortopédicas | 13 | 08 |
| Total de encaminhamentos | 100 | 51 |

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciam pontos importantes que precisam de intervenções para que não representem barreira no cuidado das crianças de 07 a 09 anos na Estratégia de Saúde da Família.

Em relação à frequência dos desfechos analisados de questões nutricionais, odontológicas e físicas, observamos dados que também foram encontrados por outros autores em estudos semelhantes.

A prevalência de sobrepeso e obesidade infantil está aumentando em todo o mundo, com reflexos em curto e longo prazo na saúde pública⁸. No Brasil, a obesidade vem aumentando em todas as camadas sociais. Estudos nacionais demonstram que as prevalências de excesso de peso em crianças e adolescentes variam entre 10,8% e 33,8% em diferentes regiões⁹. De acordo com a Tabela 1, 21 crianças do presente estudo foram avaliadas com sobrepeso ou obesidade infantil, caracterizando 18,1% das crianças.

Sabe-se que a idade escolar, que compreende a faixa etária de 7 a 10 anos, é um período de intensa atividade física e ritmo de crescimento constante, com ganho mais acentuado de peso próximo ao início da adolescência. Nesta fase, o ganho de peso é proporcionalmente maior que o crescimento estatural. As crianças se tornam mais fortes, mais rápidas e bem mais coordenadas. Para isso a qualidade e a

quantidade da alimentação são determinantes para a manutenção da velocidade de crescimento, que deve ser constante e adequada para que o estirão da puberdade seja satisfatório⁹.

Percebe-se a importância da equipe de saúde na orientação aos pais e às crianças sobre hábitos saudáveis de vida⁹. Pensando nessa perspectiva, o presente estudo trabalhou com capacitações aos ACS para melhor assistência desses à população. Foi trabalhado sobre o risco da alimentação baseada em alimentos ricos em gordura, sal e açúcar, tais como fast-foods, salgadinhos, bolachas, produtos panificados que contêm gorduras trans e saturadas, que aumentam o risco para as doenças cardiovasculares. Também sobre o consumo excessivo de refrigerantes, sucos artificiais nos horários das refeições e dos lanches, que podem comprometer a ingestão de cálcio. A deficiência de cálcio está relacionada ao retardo de crescimento, doenças autoimunes, cânceres e fraturas na vida adulta⁹.

A população incluída no presente estudo, constituída de escolares da rede pública, possivelmente representa grupo de baixa condição socioeconômica. A influência deste fator na prevalência de cárie tem sido demonstrada em vários estudos. Em Goiânia, Freire *et al*¹⁰. analisaram a prevalência de cárie em pré-escolares no ano de 1996 e verificaram uma prevalência mais alta entre as crianças de baixa condição socioeconômica que frequentam creches públicas e filantrópicas,

em contraste com aquelas de melhor condição que frequentam creches particulares¹⁰.

A cárie dentária é importante fonte de dor e distúrbios funcionais e estéticos da boca¹¹. Apesar de passível de prevenção, continua sendo a mais prevalente doença bucal na infância. Esta prevalência refere-se à proporção de crianças manifestando a doença, independentemente de quantos dentes tenham sido afetados, e de ter ou não recebido tratamento¹².

Os componentes cariados e com extração indicada representam a maior parte (86%) do índice, sugerindo uma baixa atenção à saúde bucal na idade pré-escolar. Os resultados encontrados não podem ser generalizados, pois foram obtidos de uma amostra populacional de somente uma escola do município. Contudo, os resultados observados permitem concluir que a situação de cárie dos escolares de 07 a 09 anos da rede pública que estão na área de abrangência das ESFs do Pinheirinho/Santa Clara e Recreio/Vale do Sol é preocupante. Para que se possa produzir impacto no quadro atual verificado através do presente estudo, as ações a serem desenvolvidas devem adequar-se à realidade da população, exigindo mudanças no meio social e não apenas alterações nos hábitos individuais.

A capacitação profissional ajuda na conscientização da população quanto a hábitos saudáveis em saúde bucal é entendida como uma continuidade de educação fora do âmbito curativo do consultório odontológico, onde todas as orientações passadas devem ser processadas e a curto, médio e longo prazos, mudar-se os hábitos danosos, possibilitando a manutenção da saúde bucal¹³.

O presente estudo demonstrou, através da coleta inicial, que no geral, existe pouca adesão de crianças nas suas Unidades Básicas de Saúde no atendimento fisioterapêutico. O fisioterapeuta tem em seus regulamentos formativos a determinação de que deve desenvolver

atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, no entanto, mesmo com estas influências, devido ao contexto histórico da profissão que sempre foi rotulada como reabilitadora, percebe-se que a atuação no nível primário ainda é pouco divulgada¹⁴. Os dados da pesquisa apontam que um número significativo de crianças de 07 a 09 anos de idade necessitava de atendimento fisioterapêutico, mesmo não procurando a unidade para tal fim. Isso pode ser explicado devido ao contexto histórico da profissão, a fisioterapia esteve afastada da Atenção Básica durante muito tempo, resultando em desconhecimento das inúmeras possibilidades de atuação por outros profissionais de saúde, gestores e, muitas vezes, pela própria população¹⁵.

Para efetividade do serviço, é fundamental uma educação permanente os profissionais da saúde. Esta proporciona uma troca de saberes, uma reflexão das práticas de serviço, uma interação maior de toda a equipe e uma melhoria no processo de trabalho. Uma prática educativa aplicada ao trabalho possibilita transformação nas relações, nas condutas, e nas atitudes dos profissionais¹⁶.

O baixo vínculo observado no estudo pode prejudicar o cuidado. Segundo Franco e Merhy¹⁷, é através do vínculo que se consegue um processo de atenção à saúde integral e eficaz. Observando os resultados obtidos, mais da metade dos encaminhados procuraram o serviço de saúde, evidenciando o fortalecimento do vínculo. No entanto, percebe-se que mesmo com o encaminhamento entregue aos pais, uma pequena parte deles não compareceu a unidade para buscar a resolução dos problemas encontrados. Isso pode ser explicado pela presença de uma cultura local influenciada pelo baixo nível de escolaridade e socioeconômico, “de só levar a criança à unidade de saúde quando estiver doente”, não existindo um conhecimento sobre a importância do acompanhamento do

crescimento das crianças. O presente estudo conseguiu que 50% das crianças buscassem os serviços de saúde referenciados, o que pode ser considerado positivo para um reestabelecimento do vínculo para o seu cuidado preventivo e promoção de saúde.

CONCLUSÃO

Pode-se dizer que a atuação dos profissionais de saúde na prevenção evita o incremento de doenças crônicas, previne o aumento do volume e complexidade da atenção em saúde, e reduz os gastos públicos. O presente estudo demonstrou que através da capacitação da ESF e da aproximação com a escola do bairro, conseguimos fortalecer o vínculo das crianças com a unidade de sua área de abrangência.

Contudo, ressalta-se a importância e necessidade de um maior diálogo entre a equipe de saúde e os pais, buscando reforçar os laços entre eles e estimular os pais a se envolverem no acompanhamento e crescimento saudável de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas (MG), às Equipes de Saúde da Família Pinheirino/Santa Clara e Recreio/Vale do Sol e também à Escola Municipal Tereza Paulino por colaborarem com o projeto e viabilizar sua execução.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
3. Aquino R, Barreto ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad Saúde Pública* 2008,24(4): 905-914
4. Lisboa MVF. Ações e práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Pedra., 2011. Disponível em:<<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011/isboa-mvf.pdf>>.
5. Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas. *Cad Saúde Pública* 2002,18(1):113-20.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
7. Mattus C. Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones. *Revista PES*, Santafé de Bogotá, 1994.
8. Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Rev Ass Med Bras* 2003,49(2):162-6.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.
10. Freire MCM, et al. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996, 24:357-71.
11. Peres MA, Latorre MRD, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Mass AMN, Romano AR, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de seis anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003;6:293-306.
12. Antunes JLF, et al. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006,11(1):79-87.
13. Barbosa AAA, et al. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: Percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Rev Cienc Odontol Bras* 2007, 10(3):53-60.
14. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação

- Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. [Citado em 2009 jun. 5] Disponível em: [http:// portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf).
15. Viana SO, Merényi A, Sampaio RF, Furtado SRC. Fisioterapia na atenção primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade. *Rev Bras Fisioter* 2003;7(2):159-65.
 16. Carotta F, Kaamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde soc* 2009,18(1).
 17. Franco TB, Merhy, EE. A atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Cienc Saude Colet* 2008;13(5):1511-20.