

DETECÇÃO PRECOCE DE DEFICIÊNCIAS EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O OLHAR DO FISIOTERAPEUTA NO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

Josiane Fernandes Dimer

Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – Rio Grande do Sul

José Claudio dos Santos Araújo

Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – Rio Grande do Sul

RESUMO: O atendimento à criança na Atenção Primária à Saúde (APS) engloba o conceito de clínica ampliada, que permite o atendimento de vários profissionais, proporcionando diferentes olhares e vivências. É de competência do fisioterapeuta realizar a detecção precoce e reduzir os riscos de distúrbios cinesiofuncionais. A identificação precoce de alterações neuromotoras ou musculoesqueléticas, é vista como abordagem preventiva e pode contribuir para a diminuição dos índices de deficiências em adultos a longo prazo. O objetivo do estudo foi avaliar a detecção precoce de deficiências na APS. Trata-se de um estudo descritivo com exploração de dados secundários. Teve aprovação em comitê de ética da Escola de Saúde Pública com número 1.562.625, e aplicado na Unidade de Saúde da Família (USF) Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre/RS. Foram analisados prontuários de crianças, menores de um ano, que passaram por avaliação com o

fisioterapeuta entre março/2015 e março/2016. Os achados referem-se a 53 avaliações, onde 23 identificavam alterações neuromotoras ou musculoesqueléticas. As alterações mais encontradas referem-se a atrasos no deslocamento (arrastar ou engatinhar) e nos arcos plantares. Sugere-se que a presença do fisioterapeuta na APS é importante para a identificação precoce de alterações neuromotoras e musculoesqueléticas e traz benefícios quanto a orientações e acompanhamento dessas crianças, favorecendo o desenvolvimento adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Fisioterapia. Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT: Child care in primary health care (PHC) encompasses the concept of an expanded clinic, which allows the attendance of several professionals, providing different perspectives and experiences. It is the competence of the physiotherapist to perform the early detection and reduce the risks of kinesiofunctional disorders. Early identification of neuromotor or musculoskeletal changes is seen as a preventive approach and may contribute to the reduction of disability rates in adults in the long term. The aim of the study was to evaluate the early detection of deficiencies in PHC. This is a descriptive study with exploration of secondary data. He was approved by the ethics committee of the

Escola de Saúde Pública, numbered 1.562.625, and applied at the Family Health Unit (FHU) Lomba do Pinheiro, in Porto Alegre / RS. We analyzed charts of children, under one year old, who underwent evaluation with the physiotherapist between March / 2015 and March / 2016. The findings refer to 53 evaluations, where 23 identified neuromotor or musculoskeletal changes. The most commonly encountered changes are delays in movement (drag or crawl) and plantar arches. It is suggested that the presence of the physiotherapist in PHC is important for the early identification of neuromotor and musculoskeletal disorders and provides benefits regarding the orientation and follow-up of these children, favoring the adequate development.

KEYWORDS: Primary Health Care. Physical Therapy Specialty. Disabled Persons.

1 | INTRODUÇÃO

Os programas de promoção à saúde da criança iniciaram nos anos 70, e desde então vem passando por alterações e aprimoramentos, a fim de assegurar a assistência integral e acesso a toda população (BRASIL, 1984). Atualmente existem linhas de cuidado direcionadas a vigilância de agravos sanáveis que preconizam como conduta preventiva a realização da avaliação do crescimento infantil em todas as consultas (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Além de acompanhar parâmetros do crescimento, como estatura e peso, o desenvolvimento também deve ser avaliado. Segundo Miranda, Resegue e Figueiras (2003) essa avaliação é indispensável nas consultas pediátricas, pois o quanto antes as alterações forem diagnosticadas, melhor será o prognóstico das crianças, devido ao fato de que muitas deficiências podem ser prevenidas.

A detecção precoce de deficiências em crianças na Unidade de Saúde da Família (USF) vem sendo estudada por alguns autores que associam a detecção precoce à ampliação e reorganização das práticas de saúde da família, promovendo atenção integral às doenças prevalentes na infância, promoção da saúde e melhora da qualidade de vida (FIGUEIREDO; MELO, 2007). Segundo Willrich, Azevedo e Fernandes (2009) a identificação precoce dos distúrbios do desenvolvimento, diminui os índices de deficiências nos adultos e seus agravos.

A intervenção motora em crianças é de responsabilidade dos serviços públicos de saúde, e na Atenção Primária à Saúde (APS) pode tornar-se uma perspectiva preventiva (SACCANI; BRIZOLA; GIORDANI et al, 2007). Pondera-se assim, que o estudo desse tema é relevante para a melhoria do atendimento à criança, sendo o mapeamento de deficiências pelo fisioterapeuta promissor no planejamento de ações nos serviços de saúde, auxiliando na prevenção e redução de agravos secundários.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Da História para a Atualidade

A trajetória da atenção à criança no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na APS, é longa, porém, possui alguns marcos. Seu início foi descrito em um estudo de Figueiredo e Melo (2007) como nas décadas de 70 e 80, com programas de saúde materno-infantil de caráter vertical, onde as metas e normas eram decididas em nível central e por critérios técnicos, em consonância com o modelo tecnocrata de administração brasileira da época. Em 1984, foi elaborado no Brasil o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) com ações básicas que diminuíssem a mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade (BRASIL, 1984).

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), nos anos 90, trouxe a revalorização do contexto familiar, embasado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência, possuía como um de seus objetivos o fortalecimento da promoção à saúde e das ações preventivas na infância (BRASIL, 1998). No ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) lançou o “Caderno de Atenção Básica nº 11 - Saúde da Criança: O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil” com adoção de medidas que enfocavam a garantia do direito da população e o cumprimento de dever do Estado (BRASIL, 2002). E em 2004, foi divulgado a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” onde os cuidados foram colocados como essenciais, de prática integral e multiprofissional (BRASIL, 2004).

No ano de 2012, o MS lançou o “Caderno de Atenção Básica nº 33 - Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento” que aborda orientações para a organização do processo de trabalho incluindo temas atuais como a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência (BRASIL, 2012).

O cuidado direcionado para a saúde da criança na APS vem crescendo dentro da intersetorialidade. Em 2014 o Distrito Federal desenvolveu um novo caderno de saúde da criança com um programa que vem ao encontro com os compromissos e objetivos de outros programas e pactos, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Pacto de Redução da Mortalidade Materna, Pacto pela Saúde, Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e Programa Mais Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O caderno do Distrito Federal (2014) descreve linhas de cuidado, dentre essas destacamos a de “Incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento”. Essa linha defende que é atribuição comum a todos profissionais da APS garantir a atenção integral da saúde da criança, com atividades de promoção, proteção, recuperação e prevenção de agravos, além do desenvolvimento de ações que previnem o aparecimento ou a persistência de doenças e de danos evitáveis (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O atual modelo de atenção à saúde da criança na USF não se restringe ao

atendimento médico, ele engloba as ações de todos os profissionais que compõem a equipe (agentes comunitários de saúde – ACS, equipe de enfermagem e de saúde bucal). Essa visão ampliada de saúde, associada aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, dentre outros, proporciona integralidade da atenção à saúde da criança por meio de intervenções a partir de diferentes olhares e vivências (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012).

2.2 Puericultura na Atenção Primária à Saúde

O acompanhamento à criança menor de dois anos na USF é chamado de puericultura, ocorre com atuação de toda equipe, de forma intercalada ou conjunta, e possibilita a atenção integral à saúde da criança (CAMPOS; RIBEIRO; SILVA et al 2011). Segundo Ferreira, Castro, Santiago et al (2015) a puericultura tem como objetivos básicos a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças, além de educação em saúde para os familiares visando medidas preventivas eficazes. As ações compreendem a avaliação de crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene e identificação precoce de agravos (FERREIRA; CASTRO; SANTIAGO, 2015).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) além dos cuidados físicos, o vínculo afetivo entre cuidador e criança deve ser estimulado, com orientações sobre a importância do contato, toque, brincar e conversar. (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012).

Em uma USF é preconizado como conduta preventiva a avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil em todas as consultas, porém, os profissionais embasam-se muito mais em parâmetros de crescimento, como peso, altura, perímetro cefálico, e pouco se atem aos quesitos de desenvolvimento neuromotor da criança (DISTRITO FEDERAL, 2014).

2.3 Fisioterapeuta na Puericultura

A atuação do Fisioterapeuta na APS engloba ações de promoção, prevenção, reabilitação, educação permanente, vigilância epidemiológica e controle social, sendo de competência desse profissional realizar detecção precoce e redução de riscos de distúrbios cinesiofuncionais (SANTOS; MEDEIROS; BATISTON et al, 2014).

Esse profissional deve atuar nos diferentes ciclos de vida, inclusive na saúde da criança, em especial daquelas com atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM). Ainda, segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul, o levantamento epidemiológico na funcionalidade humana e a prevenção de doenças e seus agravos são atribuições desse profissional dentro da APS (CREFITO, 2014).

O trabalho do Fisioterapeuta na puericultura em USF pode ser classificado em quatro categorias: 1) Diagnóstico e tratamento precoce de crianças, identificando

alterações cinético-funcionais; 2) Prevenção de doenças e outros agravos, no controle de riscos e fatores que podem comprometer o desenvolvimento; 3) Orientações às mães, em especial para a importância da estimulação sensório-motora para aquisição do DNPM normal; e, 4) Avaliação do desenvolvimento das crianças, identificando e acompanhando precocemente atrasos do DNPM (FERREIRA; CASTRO; SANTIAGO, 2015).

2.3.1 Avaliação do Desenvolvimento da Criança

O desenvolvimento compreende de forma ampla o aspecto motor, psicológico, o crescimento e a maturação (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012). É marcado por alterações contínuas no comportamento da criança ao longo do ciclo de vida, e pode passar por modificações devido à interação entre as necessidades da tarefa, da genética e das condições do ambiente no qual se encontra (GONÇALVES; LUCIN; ESCARELLI; et al, 2012).

Existem avaliações pré-determinadas, desenvolvidas por especialistas, para avaliar o DNPM de crianças. Santos, Araújo e Porto (2008) descreveram as avaliações mais utilizadas no Brasil, sendo elas: Escala de Denver II, Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), Avaliação dos Movimentos da Criança (MAI), Teste Infantil de Desempenho Motor (TIMP) e a Avaliação dos Movimentos Generalizados (GM), descritas no quadro abaixo (Figura 1).

AVALIAÇÃO	OBJETIVO	POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES
Escala Triagem do Desenvolvimento de Denver II. (TECKLIN, 2002).	Avaliar e identificar crianças com risco para o atraso no desenvolvimento.	Direciona os cuidados com a criança.	Oferece resultados com pouco valor prognóstico. É insuficiente para detectar precocemente alterações psicomotoras sutis.
Escala Motora Infantil de Alberta (Alberta Infant Motor Scale - AIMS) (SILVA; SANTOS; GONÇALVES, 2006).	Acompanhar o desenvolvimento de crianças de até dezoito meses.	Acompanha a evolução das crianças.	Exige treinamento para sua aplicação por outros profissionais, que não os pediatras.
Avaliação dos Movimentos da Criança (Movement Assessment of Infant - MAI). (LACERDA; MAGALHÃES, 2006).	Avaliar o desenvolvimento motor em crianças de até um ano.	Alta detecção de distúrbios motores.	Difícil execução por profissionais que não trabalham de forma especializada com reabilitação de crianças.

Teste Infantil de Desempenho Motor (Test of Infant Motor Performance - TIMP) (BARBOSA; CAMPBELL; BERBAUM, 2007).	Avaliar a postura e controle de movimento seletivo funcional em crianças prematuras.	Auxiliar no planejamento das metas de intervenção	Direcionada para prematuros.
Avaliação dos Movimentos Generalizados (General Movements – GM) (ADDE; RYGG; LOSSIUS; et al, 2007).	Detectar precocemente anormalidades no desenvolvimento de bebês prematuros.	Avaliação por observação dos movimentos espontâneos, sem intervenção, estímulo externo, ou manejo manual do profissional.	Direcionada para prematuros. Realizada apenas do quinto dia de vida, até vinte semanas.

Figura 1: Quadro de avaliações do DNPM mais utilizadas no Brasil.

Fonte: Do Autor, 2016.

Como pôde ser observado no quadro, as escalas citadas, muito utilizadas em estudos brasileiros, seguem o perfil clínico e não se adaptam a realidade da saúde pública. Possuem como desvantagem a aplicação especializada, por meio de treinamento, ou se destinam a um público específico, dificultando o uso nas atividades cotidianas da USF (TECKLIN, 2002; SILVA; SANTOS; GONÇALVES, 2006; LACERDA; MAGALHÃES, 2006; BARBOSA; CAMPBELL; BERBAUM, 2007; ADDE; RYGG; LOSSIUS et al, 2007).

Enquanto modelo de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento, realizado de forma interdisciplinar e direcionado para a saúde pública, encontramos o Programa Nacional de Saúde Infante Juvenil de Portugal (PNSIJ). Esse foi criado em 2005 e em 2013 foi atualizado, em sua normativa inclui a avaliação do DNPM em todos os serviços públicos de saúde, com orientação técnica de utilizar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. O objetivo do instrumento de avaliação mencionado é detectar antecipadamente qualquer alteração do desenvolvimento, apresenta sensibilidade e especificidade de 70 a 90% na identificação precoce de distúrbios, e possui simples aplicação, podendo ser utilizada por qualquer profissional da saúde (PORTUGAL, 2013).

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada mostra-se adequada para o uso na APS pela facilidade de acesso e aplicação, e seu caráter integral, avaliando a criança em todos os domínios do desenvolvimento, como postura, motricidade global, visão, motricidade fina, audição, linguagem, comportamento e adaptação social (PORTUGAL, 2013). A avaliação do DNPM na APS não deve ser direcionada a apenas um domínio do desenvolvimento, considerando que:

O desenvolvimento é descrito didaticamente, de acordo com alguns domínios de funções, que são: o desenvolvimento sensorial, as habilidades motoras grosseiras e finas, linguagem, desenvolvimento social e emocional, e cognição. A

interdependência desses domínios é essencial para que o desenvolvimento ocorra, ou seja, cada um dos domínios influencia e é influenciado pelo outro em todo o processo. (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012, p.3)

2.4 Diagnóstico Precoce e Prevenção de Agravos Como Prevenção de Deficiências

A Organização Mundial de Saúde (OMS), indicava no ano de 2003, que pelo menos 10% das crianças de qualquer país nascem ou adquirem impedimentos, físicos, mentais ou sensoriais, que interferem no seu desenvolvimento (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003). A prevenção de deficiências é caracterizada como ações e medidas orientadas a evitar suas ou progressão, o que inclui os cuidados primários de saúde, como puericultura, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, dentro dos aspectos motor, cognitivo, sensorial e emocional (BRASIL, 2008).

A identificação precoce é fundamental para o prognóstico das crianças com alterações no desenvolvimento, o que faz da avaliação deste processo parte indispensável da puericultura (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003). Tanto para Gonçalves, Lucin, Escarelli et al (2012), quanto para Barros, Fragoso, Oliveira et al (2003) e Blauw e Hadders (2005), um exame adequado pode acelerar o início da intervenção, pois até os dezoito meses existe maior plasticidade neural, o que possibilita a otimização de ganhos supondo-se que quanto antes for intervisto, maior será o índice de resolubilidade.

Muitas deficiências podem ser prevenidas quando o diagnóstico é realizado precocemente, evitando ou minorando incapacidades (DRACHLER, 2000). Aumentando a eficácia das ações de identificação de crianças com suspeita de atrasos e desvios podemos diminuir os índices de deficiências do futuro ou diminuir a gravidade das mesmas (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009).

2.4.1 Prevenção de Deficiências na Atenção Primária a Saúde

Em dados disponibilizados no ObservaPOA verifica-se que, segundo o CENSO de 2010, 23,87% da população da cidade de Porto Alegre possuía algum tipo de deficiência, no Estado este índice era de 23,83%, e no Brasil de 23,91%, o que corresponde a quase um quarto da população. Segundo o Ministério da Saúde as medidas preventivas são fundamentais para a redução da incidência de deficiência e incapacidades, visto que, cerca de 70% dos casos de deficiência são evitáveis ou atenuáveis (BRASIL, 2008).

Na Portaria 793, Brasil (2012), em que se institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, é priorizado a promoção da identificação precoce das deficiências, no âmbito da APS. As ações de prevenção estão diretamente ligadas ao trabalho da ESF, que devem possuir profissionais capazes de identificar doenças incapacitantes, deficiências já instaladas, ou identificação do risco para desenvolvê-las (BRASIL, 2008).

3 | METODOLOGIA

Esse estudo recebeu um contorno transversal, de abordagem quantitativa, com exploração de dados secundários. Pretendeu-se alcançar, neste estudo, o seguinte objetivo: Avaliar a detecção precoce de deficiências sob o ponto de vista da fisioterapia na atenção primária a saúde.

O objeto principal do estudo foram os prontuários de crianças menores de um ano, que realizaram avaliação do DNPM ou musculoesquelética com o Fisioterapeuta na USF Lomba do Pinheiro, Porto Alegre/RS, no período de março de 2015 a março de 2016. Foram incluídos os prontuários de crianças que realizaram avaliação do DNPM ou musculoesquelética com Fisioterapeuta, na USF Lomba do Pinheiro, antes de completar o primeiro ano de vida. Excluindo os prontuários em arquivo morto, por mudança de endereço da família.

Inicialmente foi realizada busca de prontuários de famílias com crianças nascidas entre março de 2014 e março de 2016, pois eram passíveis de amostragem. Após, selecionamos aquelas que realizaram avaliação do DNPM ou musculoesquelética com Fisioterapeuta, no período de março de 2015 a março de 2016, e verificado se na época da avaliação elas tinham idade igual ou inferior a uma ano.

Ao analisar as avaliações foram anotadas as alterações detectadas, dados da criança (idade em meses, sexo, etnia) e da mãe (idade, número de consultas de pré-natal, tipo de parto), as mesmas foram enumeradas e verificamos as mais prevalentes. As crianças que continham alterações detectadas tiveram o restante do prontuário avaliado, de forma a estabelecer a conduta tomada pelo profissional Fisioterapeuta, e procurar por indícios de resolubilidade, ou desfecho, dos casos.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2010, com campos e tabulações específicas para as informações extraídas do prontuário, e analisados por meio de estatística descritiva simples (frequência, percentuais e coeficientes) no mesmo programa.

O estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 466/12 e Norma Operacional 1/13 do Conselho Nacional de Saúde, e esse foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (CEPS/ESP/RS) e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sob o número 1.562.625.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A USF pesquisada possuía, na época da coleta de dados, prontuários de 1.602 famílias, desses, continham 125 crianças que nasceram entre março de 2014 e fevereiro de 2016, e que, possivelmente poderiam ter passado pela avaliação com menos de um ano de idade, já que as avaliações a que esse estudo se referem foram realizadas no período entre março de 2015 e março de 2016.

Das 125 crianças, 53 haviam passado por avaliação com o Fisioterapeuta

no período delimitado. Os dados não são estatisticamente significativos devido ao número reduzido da amostra, porém serão apresentados devido a apontarem para uma realidade local e que pode ser reproduzível a outras USF.

Observa-se, pelos pontos destacados nas avaliações do desenvolvimento, que o Fisioterapeuta as realizava com base na Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, constando observações quanto à postura, motricidade global, motricidade fina, comportamento e interação. Nas avaliações musculoesqueléticas constavam anotações quanto aos reflexos primitivos, tônus muscular, postura e alterações em membros inferiores e superiores.

Das 53 crianças que compuseram a amostra, 53% eram do sexo feminino, 60% de etnia branca, a média de idade das mães era de 26 anos, e que, em sua maioria tiveram mais de 6 consultas de pré-natal e parto normal. Dentre essas, 23 apontavam para alterações neuromotoras ou musculoesqueléticas, representando 43% das crianças avaliadas.

Comparando os dados que descrevem a amostra (Tabela 1), nota-se que em ambos os grupos predominam a média de idade da mãe de 26 anos, crianças de etnia branca, parto normal, e com mais de 6 consultas de pré-natal. Sendo que, no grupo com alteração, houve um aumento na porcentagem de crianças brancas, com mais de 6 consultas de pré-natal, e no número de cesáreas, além de uma predominância do sexo masculino. Atenta-se para o grande número de falta de informações nos prontuários, como etnia e número de consultas de pré-natal.

	Com avaliação alterada		Com avaliação normal		Total	
Sexo	48%	Feminino	57%	Feminino	53%	Feminino
	52%	Masculino	43%	Masculino	47%	Masculino
Etnia	65%	Branca	53%	Branca	60%	Branca
	9%	Preta	13%	Preta	11%	Preta
	0%	Parda	7%	Parda	4%	Parda
	0%	Amarela	0%	Amarela	0%	Amarela
	0%	Indígena	0%	Indígena	0%	Indígena
	26%	Sem dado	27%	Sem dado	25%	Sem dado
Idade da mãe	26 ±7 anos (Média ± DP)		26 ±7 anos (Média ± DP)		26 ±7 anos (Média ± DP)	
Número de consultas Pré-Natal	74%	mais de 6	63%	mais de 6	68%	mais de 6
	17%	3-5	10%	3-5	13%	3-5
	0%	0-2	10%	0-2	6%	0-2
	9%	Sem dado	17%	Sem dado	13%	Sem dado
Parto	57%	Normal	70%	Normal	63%	Normal
	43%	Cesárea	30%	Cesárea	37%	Cesárea
n	n = 23		n = 30		n = 53	
	43%		67%		100%	

Tabela 1: Descrição da amostra em porcentagem (%), média e desvio padrão (média ± DP) para sexo, etnia, idade da mãe, número de consultas de pré-natal e tipo de parto, divididas por grupo.

Fonte: Do Autor, 2016.

A figura 2 mostra as alterações encontradas (n=23), sendo que, dentre as neuromotoras estão alterações quanto ao deslocamento (arrastar ou engatinhar) (n=11), falta de interação com pais/brinquedos/terceiros (n=3), falta de controle de tronco em posturas baixas (n= 2), e, hipertonia de membros inferiores (n=1); e, dentre as musculoesqueléticas estão alterações nos arcos plantares (n=6).

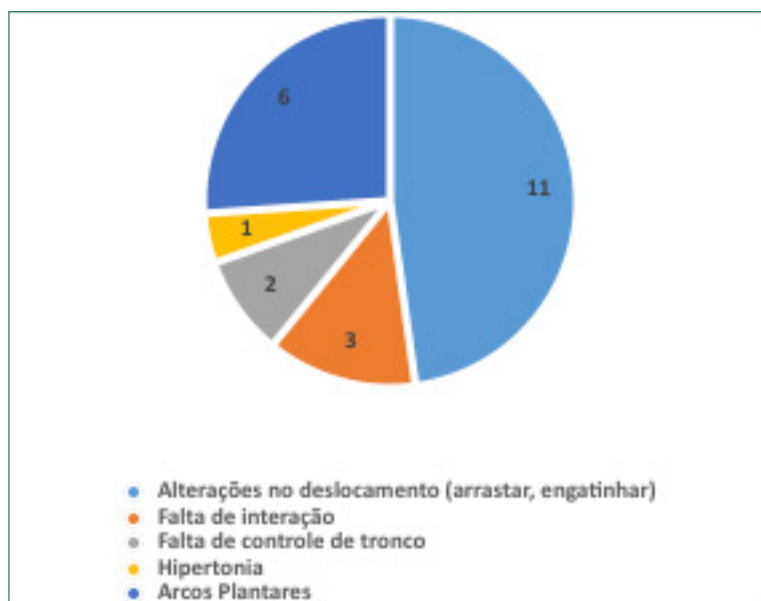


Figura 2: Alterações encontradas, por tipo, em números absolutos.

Fonte: Do Autor, 2016.

Não foram encontrados estudos de avaliação do desenvolvimento de crianças menores de um ano na APS, porém um estudo de Fleuren, Smit, Stijnt et al (2007) corrobora com o resultado que evidencia as alterações do deslocamento como as mais prevalentes, eles avaliaram o desenvolvimento de 100 crianças com idade entre 0 e 12 meses, e encontraram predominância de atraso em postura prona, mesma postura necessária no processo de aquisição para o arrastar e engatinhar na criança.

Os altos índices de alterações da postura prona geralmente podem ser atribuídos a fatores culturais e a práticas maternas com predomínio da posição supino, como manutenção da mesma em todas as atividades diárias ocasionando carência de experiências prono e interferindo no desenvolvimento (SILVA; SANTOS; GONÇALVES, 2006; MANJNEMER; BARR, 2005, 2006).

Nas USF do município de Porto Alegre/RS, quando um profissional de saúde detecta uma alteração na criança, ele faz um encaminhamento para consultas médicas especializadas (pediatra, neurologista, ortopedista) ou para serviços de reabilitação (clínica de fisioterapia, serviços de estimulação, centros especializados de reabilitação).

Com o Fisioterapeuta na equipe, cria-se uma nova opção, a de manter a criança em acompanhamento e orientação na unidade com esse profissional. O que não exclui o encaminhamento quando as orientações, apesar de necessárias, isoladamente não contemplam as necessidades da criança, pois, a fim de tratamento muitas vezes é necessário intervenções mais intensas ou contínuas.

Nas crianças com alteração detectada (n=23), o restante do prontuário também

foi verificado a fim de estabelecer a conduta tomada pelo Fisioterapeuta e procurar por indícios de resolubilidade, ou desfecho. Observamos que em 87% dos casos com alteração a conduta tomada foi de manter a criança em acompanhamento e orientação com o Fisioterapeuta na USF, com retornos quinzenais ou mensais a fim de novas orientações, 9% foi encaminhamento para medicina especializada, e 4% encaminhamento para serviços de reabilitação (Figura 3).

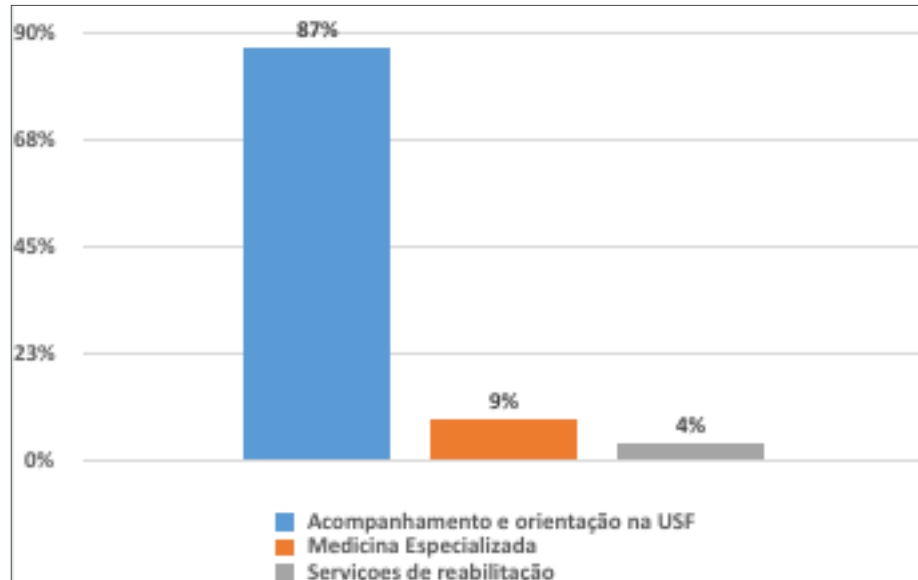


Figura 3: Conduta tomada pelo fisioterapeuta para as crianças com alteração detectada em porcentagem.

Fonte: Do Autor, 2016.

Segundo Maia, Moura, Madeiros et al (2015) uma das frentes de atuação do Fisioterapeuta em APS está na prevenção de danos temporários ou permanentes por meio de orientações, o que evita desfechos que possam implicar em grandes gastos monetários, danos psicológicos ou diminuição da qualidade de vida do indivíduo. Além disso, manter os usuários em acompanhamento na ESF com esse profissional pode ser uma estratégia que reduza a dificuldade de acesso, superando entraves de comunidades carentes, como condições financeiras e físicas, empecilhos arquitetônicos ao deslocamento, superlotação nos centros de referência, além da rejeição do usuário em submeter-se ao tratamento, mostrando-se também um potente produtor de vínculo e cuidado (SOUZA; ROCHA; CABRAL et al, 2015).

Quanto a resolubilidade dos casos em que foi definido o acompanhamento pelo Fisioterapeuta na USF, em 35% não foi possível identificar o desfecho devido à falta da continuidade dos dados nos instrumentos em questão, a falta desses dados após as primeiras orientações podem ter ocorrido devido a migração para o prontuário eletrônico (e-SUS) que ocorreu nesse período; porém, ressaltamos que nos 65% restante das crianças encontramos desfechos positivos, onde as orientações e o acompanhamento ocasionaram melhora ou normalização do quadro detectado; não foram encontrados desfechos negativos ou sem melhora (Figura 4).



Figura 4: Desfecho das crianças em orientação e acompanhamento com fisioterapeuta na USF.

Fonte: Do Autor, 2016.

A orientação a pais e familiares é uma estratégia potente na APS, em especial o ensinar a brincar com as crianças, pois, o incentivo deve aparecer por meio de brincadeiras que interajam e que desafiem a criança a adquirir vivências motoras, cognitivas e sensitivas (PRETTO; FASSBINDER; LIANO; et al, 2009). Segundo Formiga (2003) a participação dos pais e familiares influi positivamente no desenvolvimento, devendo o Fisioterapeuta modificar o enfoque terapêutico tradicional, centrado na criança e suas alterações, para focalizar a atenção na criança, suas necessidades, e sua família.

A visão centrada na família e comunidade é estimulada dentro da USF, sendo o Fisioterapeuta um colaborador e potencializador das ações de promoção do desenvolvimento infantil, aumentando a resolubilidade nessa linha de cuidado. Corroborando, Neves e Aciole (2011) afirmam a evidência da presença desse profissional aumentar significativamente a resolubilidade na APS promovendo saúde integral.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Detectar precocemente alterações a fim de evitar danos ou agravos sanáveis é consensualmente uma medida preventiva e eficaz para diminuir deficiências. A proposta que surge com esse estudo é que esse rastreamento seja realizado na APS, pois muitas vezes ele ocorre apenas no hospital ou quando a criança egressa em idade escolar.

O acompanhamento das deficiências e sua identificação precoce é priorizado na APS segundo a Portaria 793 de 2012, portanto as equipes devem conter profissionais capacitados a identificar os riscos para desenvolvê-la. Lembramos ainda, que esse nível de atenção não deve somente detectar as alterações, como também ofertar atendimento qualificado, promovendo a continuidade do cuidado.

Manter os usuários em acompanhamento dentro da respectiva área de

abrangência valoriza o vínculo, a territorialização e o acolhimento. Essas ações reconhecem a família e a comunidade como parte integrante do processo saúde-doença e aproximam os mesmos do serviço de saúde, respeitando os princípios do SUS.

O Fisioterapeuta dentro da USF pode aumentar a resolubilidade do serviço, diminuindo o encaminhamento para serviços especializados e conseqüentemente as filas de espera, além de promover acesso qualificado dentro do território, potencializando o vínculo usuário-equipe. A presença do mesmo é eficiente na identificação precoce de alterações neuromotoras e musculoesqueléticas, assim como é relevante no acompanhamento dessas crianças, prevenindo agravos e favorecendo o desenvolvimento adequado e o cuidado integral.

Aproveitando, infere-se ainda que a inclusão desse profissional na APS poderia contribuir para a interdisciplinaridade, resolubilidade e integralidade, porém, muito ainda tem-se que discutir acerca da formação profissional para que o mesmo possa de fato colaborar para as práticas desse nível de atenção com devida excelência profissional, sendo primordial uma visão voltada para o SUS.

REFERÊNCIAS

ADDE, Lars; RYGG, Marite; LOSSIUS, Kristin et al. General Movement Assessment: predicting cerebral palsy in clinical practice. **Early Human Dev**, v.83, n.1, p.13-18, Jan, 2007.

BARBOSA, Vanessa Maziero; CAMPBELL, Suzann; BERBAUM, Michael. Discriminating Infants from different developmental outcome groups using the Test of Infant Motor Performance (TIMP) item responses. **Pediatr Phys Ther**, v.19, n.1, p.28-39, Fev, 2007.

BARROS, Karla Mônica; FRAGOSO, Andreza Gusmão Câmara; OLIVEIRA, Andréa Lemos Bezerra et al. Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. **Arq NeuroPsiquiatr**, São Paulo, v.61, n.2, p.170-175, Jun, 2003.

BLAUW, Hospers; HADDERS, Algra. A systematic review of the effects of early intervention on motor development. **Devel Med Child Neurol**, v.47, n.6, p. 421-432, Jun, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso em 26/11/15. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, n.33, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, n.11, série A, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; RIBEIRO, Circéa Amália; SILVA, Conceição Vieira et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.3, p.566-574, 2011.

CREFITO, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul. **Cartilha de Políticas Públicas**: Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 2014, 24p.

DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. **Cadernos de Saúde da Criança**. n.03, 2014, 91p.

DRACHLER, Maria de Lourdes. Medindo o desenvolvimento infantil em estudos epidemiológicos: dificuldades subjacentes. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, vol.76, n.6, p. 401-403, 2000.

FERREIRA, Olivia Galvão Lucena; CASTRO, Turrânia Talita Soares; SANTIAGO, Simone Felipe et al. A presença do fisioterapeuta na puericultura no olhar dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Saúde**, Santa Maria, v.41, n.2, p. 63-69, Jul/Dez, 2015.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, vol.15, no.6, p. 1171-1176, Dec, 2007.

FLEUREN, KMW; SMIT, LS; STIJNENT, TH et al. A newreference values for the Alberta Infant Motor Scale need to be established. **Acta Paediatrica**, v.4, n.1, p. 424-427, 2007.

FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto. **Programa de intervenção com bebês pré-termo e suas famílias**: avaliação e subsídios para prevenção de deficiências. 2003. 222 f. Dissertação – Universidade Federal de São carlos, 2003.

GONÇALVES, Deborah Cristina Luiz Fernani; LUCIN, Gabriela Santa Maria; ESCARELLI, Laís Bezerra et al. Avaliação do desenvolvimento da motricidade global em crianças. **Colloquium Vitae**, América do Norte, vol.3, n.2, p. 21-26, 2012.

LACERDA, Tatiana Teixeira Barral; MAGALHÃES, Lívia de Castro. Análise da validade dos itens do Movement Assessment of Infants - MAI - para crianças pré-termo. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v.6, n.3, p.297-308, Jul/Set, 2006.

MAIA, Francisco Eudison da Silva; MOURA, Ellen Luzia Rebouças; MADEIROS, Erick de Castro Madeiros et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd**, v.17, n.3, p.110-115, 2015.

MANJNEMER, A; BARR RG. Association between sleep position and early motor development. **Jornal of Pediatrics**, v. 149, n.1, p. 623-629, 2006.

MANJNEMER, A; BARR RG. Influence of supine sleep positioning on early motor milestone acquisition. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 47, n.1, p. 370-376, 2005.

MARQUES, Amélia Pasqual. **Manual de Goniometria**. 3 ed. São Paulo: Manole, 2014.

MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely et al. **O trabalho**

em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec. 2004.

MIRANDA, Luci Pfeiffer; RESEGUE, Rosa; FIGUEIRAS, Amira Consuelo de Melo. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, vol.79, n.1, p. 33-42, 2003.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface**, v.15, n.37, Jun, p. 551-564, 2011.

OLIVEIRA, Dayana Kelly Silva; NASCIMENTO, Débora D. Gonçalves do;
MARCOLINO, Fernanda Ferreira. Percepção de cuidadores familiares e profissionais da estratégia saúde da família em relação ao cuidado e desenvolvimento neuropsicomotor da criança. **Journal of Human Growth and Development**, v.22, n. 2, p.142-150, 2012.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008.

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde. **Norma:** Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). n.10/2013, Jun, 2013.

SACCANI, Raquel; BRIZOLA, Evelise; GIORDANI, Ana Paula et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.17, n.3, p.130-137, Jul/Set, 2007.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes; MEDEIROS, Arthur de Almeida; BATISTON, Adriane Pires et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na atenção primária à saúde. **Fisioterapia Brasil**, v.15, n.1, p. 69-76, Jan/Fev, 2014.

SANTOS, Rosana; ARAÚJO, Alexandra; PORTO, Maria Amélia. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.84, n.4, p.289-299, 2008.

SILVA, PL; SANTOS, DCC; GONCALVES, VMG. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Rev. bras. fisioter**, São Carlos, v. 10, n. 2, p. 225-231, 2006.

SILVA, PL; SANTOS, DCC; GONÇALVES, VMG. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.4, n.1, p.89-101, 2006.

SOUZA, Carlos André Barros de; AQUINO, Flávia Alves Oliveira de; BARBOSA, Maria de Lourdes Caldas et al. Influência da neuroplasticidade no controle motor. **Unilus Ensino e Pesquisa**, v.10, n.19, abr/jun, 2013.

SOUZA, Marcio Costa de Souza; ROCHA, Ângelo Andrade; CABRAL, Táirone et al. Fisioterapia, acesso e necessidades de saúde: Limites e possibilidades na atenção básica. **Pesquisa em Fisioterapia**, v.5, n.2, Ago, p.125-133, 2015.

TECKLIN, Jan Stephen. **Fisioterapia pediátrica.** 3ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2002. p. 42-48.

WILLRICH, Aline; AZEVEDO, Camila Cavalcanti Fatturi; FERNANDES, Juliana Oppitz. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Rev Neurocienc**, São Paulo, vol.17, n.1, p.51-56, 2009.