



POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DA CRIANÇA: A INSERÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS

Julyenne Aparecida Wolski; Tainara Piontkoski Maldaner; Bruna Letícia dos Santos; Letícia Fernandes Andres, Luciana Vieira Castilho Weinert.

RESUMO

Este estudo propõe a discussão acerca da inserção do profissional da educação física na atenção primária em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com as políticas públicas de saúde infantil. Trata-se de um estudo analítico observacional longitudinal do tipo coorte onde são acompanhadas 5 crianças de 1 a 2 anos de idade. A presente pesquisa possui 3 fases: na 1º coleta-se informações sobre as condições de nascimento, gestação e saúde global da criança, na 2º realiza-se a sua avaliação motora pelo Teste de Triagem de Denver II mensalmente durante 12 vezes consecutivas, e, na 3º pretende-se confrontar estes dados com outros dados já existentes sobre a avaliação motora destas crianças durante o seu 1º ano de vida, analisá-los e discuti-los sob o ponto de vista das políticas públicas em saúde. Os resultados, até o presente momento, apontam para boas condições de vitalidade ao nascimento e padrão de desenvolvimento típico, salvo uma criança que se mantém aquém do esperado na avaliação do desenvolvimento global. Considera-se que o acompanhamento do desenvolvimento global infantil torna-se necessário, para que atrasos sejam minimizados precocemente e se previnam repercussões de alterações no desenvolvimento na fase adulta.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Física; Atenção Primária em Saúde; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This study proposes the discussion about the physical education professional insertion in primary health care of Unified Health System (SUS) and its relationship with the public policies of child health. This is a cohort longitudinal observational analytical study that accompanies 5 children from 1 to 2 years old. This research has three phases: the first is



the collection of birth conditions information, the second carried out the motor assessment through Denver Screening Test II. We realized the assessments monthly for 12 consecutive times. The last phase intends to confront these data with other existing data about the motor evaluation of these children during their 1st year of life, analyze them and discuss from the point of view of public health policies. The results, to date, point to good condition of vitality at birth and typical development pattern, except for a child who remains less than expected in the evaluation of global development. We consider that the monthly monitoring of children development becomes necessary to detect delays, minimize and prevent its impact over the development in adulthood.

KEYWORDS: physical education, primary healthcare, public policies.

RESUMEN

Este estudio propone la discusión sobre la inserción profesional de la educación física en la atención primaria del Sistema Único de Salud (SUS) y su relación con las políticas públicas de salud del niño. Se trata de un estudio de cohorte, observacional analítico longitudinal en que se acompañan 5 niños de 1 a 2 años de edad. Esta investigación tiene tres fases: la primera implica en la colección de informaciones sobre el nacimiento, el embarazo y la salud general del niño, la segunda es la evaluación motora con la prueba de Denver II, mensual por 12 veces consecutivas, y, la tercera es la comparación de los resultados con aquellos colectados en los primeros doce meses de vida, analizarlos y discutirlos desde el punto de vista de las políticas públicas de salud. Los resultados, hasta la fecha, indican buen estado de vitalidad al nacer y patrón de desarrollo típico, excepto para un niño que hace menos de lo esperado en la evaluación. Se considera que el seguimiento mensual del desarrollo general de los niños se hace necesario, por lo que se reducen al mínimo los retrasos y prevenir los efectos en el desarrollo en la edad adulta.

PALABRAS CLAVES: educación física, atención primaria de salud, las políticas públicas

INTRODUÇÃO

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa à Vida criado em 2005 pelo



Ministério da Saúde encontra-se a promoção da saúde. Em 2008, o Ministério da Saúde publica portaria que institui o programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) onde ampliou-se a perspectiva do atendimento integral à população (BRASIL, 2008). Com a criação do NASF estendeu-se a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica de Saúde, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e compartilhamento de práticas em saúde, considerando a legislação federal e as políticas públicas relativas à saúde. Favorecendo as possibilidades de alcance a melhores resultados em saúde, o NASF tem uma proposta de inserção de diferentes áreas de conhecimento, onde sua Portaria reconhece um total de 13 profissionais, sendo o Profissional/Professor de Educação Física (EF) uma delas (PEDROSA e LEAL, 2012). Estes profissionais deverão atuar nos NASF com o compartilhamento de práticas em promoção de saúde, voltados prioritariamente para a parte preventiva e terapêutica. Em consonância, através da Política Nacional de Promoção à Saúde em 2006 (PNPS) houve um fomento à participação do profissional da EF como agente importante neste processo de promoção da saúde (BRASIL, 2014).

A formação do graduado em EF, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNS), deve ser concebida, planejada, operacionalizada e avaliada visando à aquisição e o desenvolvimento de competências e habilidades específicas que contemplem a perspectiva da promoção da saúde nas diferentes esferas de atuação destes profissionais (SCABAR, PELICIONI e PELICIONI, 2012).

Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza que as propostas voltadas à promoção da saúde contribuem para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde, visto que a Promoção da Saúde é uma estratégia de produção de saúde, ou seja, um modo de pensar e de operar articulando as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2014).

O trabalho com promoção de saúde pode ser realizado dentro do SUS no serviço chamado de Atenção Primária. Para a Organização Mundial de Saúde (1978) a Atenção Primária é o primeiro nível do contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de



atenção continuada à saúde. Esta engloba ações de recuperação da saúde, prevenção, reabilitação funcional e psicossocial dos indivíduos. O profissional de EF atua na atenção primária com o objetivo de reduzir a fragmentação entre os saberes e a prática em saúde, exercendo suas funções em conjunto com outros profissionais, ou seja, em um contexto multidisciplinar (COUTINHO, 2011). A inserção do Profissional de EF nos serviços públicos de saúde, como o NASF, não implica apenas em práticas regulares de exercícios físicos como uma forma de tratamento, mas trata-se também de um espaço de projetos que promovam responsabilidade no atendimento aos usuários do SUS (PEDROSA e LEAL, 2012).

Em relação ao trabalho do profissional de EF com a saúde da criança, tem-se por objetivos melhorar a saúde deste segmento etário por meio das práticas corporais e da avaliação física-corporal, entendendo que a saúde é produzida socialmente por uma atuação que visa bem-estar e qualidade de vida da comunidade (COUTO, 2012). Como a inserção do profissional de EF no SUS ainda é pouco efetiva, tornam-se necessárias discussões a respeito, para focalizar desde a formação profissional nas universidades até uma análise mais aprofundada da participação destes em seminários e conferências das questões de saúde (PEDROSA e LEAL, 2012).

Neste contexto, considera-se a tendência atual da formação de redes de atenção à saúde, nas quais as políticas do SUS passam a dialogar sobre a hipótese de se tecer duas instâncias de rede, uma intrasetorial, e, outra intersetorial (MENDES, 2010). Na primeira a saúde se desenvolve nos espaços específicos onde atuam e se concentram os profissionais das áreas de saúde, como unidades básicas, centros de saúde e hospitais. Na última, a saúde é promovida também em outros espaços, como escolas, centros de lazer, e demais espaços de convivência. Compreende-se que o desenvolvimento adequado da motricidade ampla na primeira infância é primordial para a consolidação das bases para o desenvolvimento cognitivo e da inteligência e que, portanto, interfere no desempenho escolar. Desta forma, este projeto justifica-se pelo trabalho da atenção à saúde com enfoque na rede intersetorial estabelecida no ambiente educacional, por meio da continuidade no acompanhamento da motricidade de crianças de 1 a 2 anos que frequentaram o serviço de puericultura em



Pontal do Paraná.

OBJETIVOS

Este estudo propõe a discussão acerca da inserção do profissional da EF na atenção primária em saúde do SUS e sua relação com as políticas públicas de saúde infantil, por meio da experiência de segmento do desenvolvimento motor de crianças entre 1 e 2 anos de idade.

MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se pela continuidade das ações de avaliação do desenvolvimento motor desenvolvidas em bebês de 1 a 12 meses dentro da rede intrasetorial de Atenção à Saúde da Criança, mais especificamente na Unidade Básica de Saúde. Este projeto motiva-se na possibilidade de realizar o seguimento (*follow-up*) do acompanhamento de bebês que foram avaliados durante o primeiro ano de vida, porém em uma outra instância de rede, a intrasetorial, no ambiente pré-escolar. Trata-se de um estudo analítico observacional longitudinal do tipo coorte onde são acompanhadas 5 crianças de 1 a 2 anos de idade em uma Unidade de Saúde de Pontal do Paraná, situada no leste do Estado do Paraná.

Como critérios de inclusão considera-se: ter entre 1 e 2 anos, ter participado do programa “Avaliação do perfil do desenvolvimento motor de crianças entre 1 e 12 meses de idade do município de Pontal do Paraná-PR” que é realizado no mesmo local por meio de uma parceria entre um Projeto de Iniciação Científica da UFPR e a secretaria de Saúde de Pontal do Paraná durante a puericultura (acompanhamento médico e de enfermagem para o crescimento e desenvolvimento), ter o consentimento dos pais ou responsáveis, haver disponibilidade da mãe para a realização das 12 avaliações mensais consecutivas. E, como critérios de exclusão ter patologias ortopédicas ou neurológicas diagnosticadas.

A presente pesquisa possui 3 fases: na 1º coleta-se informações sobre as condições de nascimento, gestação e saúde global da criança, na 2º realiza-se a sua avaliação motora pelo Teste de Triagem de Denver II mensalmente durante 12 vezes, e, na 3º pretende-se



confrontar estes dados com outros dados já existentes sobre a avaliação motora destas crianças durante o seu 1º ano de vida, analisá-los e discuti-los à luz da PNPS e das diretrizes do NASF.

No que diz respeito à avaliação motora realizada na segunda fase, o Teste de Desenvolvimento de Denver II (FRANKENBURG e DODDS, 1990) avalia crianças de 0 a 6 anos e possui um total de 125 itens divididos em quatro áreas: pessoal-social, motor fino, linguagem e motor grosseiro. Os itens são diretamente aplicados à criança e, em alguns deles, é solicitado que o cuidador, responsável ou professor informe se a criança realiza ou não a tarefa solicitada (desde que o item permita, como no caso das questões que envolvem saber se a criança sabe se vestir, na área pessoal-social). Essas respostas são classificadas em: passou (se a criança conseguir realizar a tarefa ou o cuidador relatar que ela faz); falhou (se a criança não conseguir realizar a tarefa ou se o cuidador relatar que ela não é capaz de fazê-la); recusa-se (se a criança recusa-se a cumprir a tarefa); e, não houve oportunidade (se a criança não teve oportunidade de realizar a tarefa devido a restrições dos cuidadores ou por outras razões). De acordo com a interpretação final do teste, a criança pode ser considerada normal, de risco, com atraso e não testável.

Segundo esta Escala, a condição da criança é avaliada traçando-se uma linha perpendicular à sua idade cronológica. Esta linha cruza várias habilidades que a mesma deve fazer ou ter. Durante os testes solicitam-se todas as habilidades cobertas pela linha traçada e também três habilidades anteriores a esta linha. Para tal considera-se cada uma das quatro áreas separadamente. Em cada área, se a criança falha em uma habilidade colorida em preto conclui-se que ela tem atraso nesta área. Porém, se a criança falhar em uma habilidade colorida em branco, será considerado risco para atraso; e em duas ou mais habilidades coloridas em branco, conclui-se atraso nesta área (FRANKENBURG e DODDS, 1992).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, existe cadastro de avaliação de 976 crianças entre 1 e 12 meses de idade acompanhadas por outro projeto de pesquisa que abrange população infantil do



mesmo município. Nestas observa-se que 76,63% (n=748) da amostra possui perfil de DM típico, e 23,36% (n=228) das crianças possuem algum nível de atraso no DM. Porém ao se considerar apenas as crianças da faixa etária de 12 meses, 45,7% (n=446) das crianças possuem algum nível de atraso no DM. Estes resultados direcionam a necessidade da continuidade do acompanhamento em idades posteriores, para verificar se estes atrasos são transitórios ou permanentes, além da realização de orientações sobre estimulação precoce como estratégia para minimização das consequências.

Na primeira fase da presente pesquisa, foram coletados dados referente às condições de nascimento, gestação e saúde global das crianças. Tais dados encontram-se dispostos no Quadro 1.

Quadro 1: Condições de Nascimento e Gestação

C*	Sexo	PN*	CN*	PC*	IG*	TP*	Apgar 1	Apgar 5	UTI	ICT*
1	M	3410	48,5	38,5	38,5	Cesáreo	9	10	Não	Sim
2	F	3995	52	37	39,5	Vaginal	9	10	Não	Não
3	M	3340	49	35,5	38,5	Cesáreo	9	10	Não	Não
4	M	4350	50	36	40	Cesáreo	9	10	Não	Não

*C= criança, PN = peso ao nascimento; CN = comprimento ao nascimento; PC = perímetro cefálico ao nascimento; IG= idade gestacional; TP = tipo de parto; UTI = Unidade de Terapia Intensiva; ICT = icterícia neonatal

Como critérios para classificação do peso ao nascer a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994) utiliza: baixo peso (crianças com menos de 2500g), peso insuficiente (2500g a 2999g), peso adequado (3000g a 3999g) e excesso de peso (4000g ou mais) (LIMA E SAMPAIO, 2004). Comparando com os dados das crianças deste estudo, nenhuma possui baixo peso ou peso insuficiente ao nascimento; três possuem peso adequado ao nascimento (crianças 1,2 e 3) e uma possui peso além do esperado ao nascimento (criança 4).

A avaliação do crescimento das crianças foi comparada com a curva padrão de referência mundial do NCHS (*National Center For Health Statistics, 1977*). Para meninos,



o NCHS considera peso adequado 49,9 e, para meninas, 49,3. Visualiza-se que todas as crianças do presente estudo possuem valores estão próximos da média de referência da NCHS.

Para análise dos dados de perímetro cefálico ao nascimento, utiliza-se as curvas de referência da OMS de 2006 (WHO, 2006). As quatro crianças deste estudo encontram-se com mensuração de perímetro cefálico de acordo com o adequado segundo a literatura.

A idade gestacional no nascimento é categorizada em seis grupos: prematuro precoce: < 34 semanas; prematuro tardio: 34 a < 37 semanas; termo precoce: 37 a < 39 semanas; termo: 39 a < 41 semanas; termo tardio: 41 a < 42 semanas; e pós-termo: 42 < 45 semanas (ACOG, 2013; SPONG *et al.*, 2011). As crianças do presente estudo encontram-se em duas categorias diferentes: termo precoce (crianças 1 e 3) e termo (crianças 2 e 4).

Quando analisado o tipo de parto, três das quatro crianças nasceram por parto cesáreo, corroborando com dados nacionais que mostram um crescimento acentuado (52%) de partos por cesariana entre as brasileiras (GAMA *et al.*, 2014).

As notas obtidas no Boletim de Apgar das quatro crianças avaliadas indicam boas condições de nascimento. Escores de 8 a 10 indicam que o bebê não precisa de extensiva ressuscitação e provavelmente não terá problemas futuros. O escore 7 pode indicar anóxia leve. Um escore de 4 a 6 pode indicar anóxia moderada. Quando o escore é de 0 a 3, significa que a criança está em anóxia grave (APGAR, 1953; CASY, MCINTIRE E LEVENO, 2001; DRAGE E BERENDES, 1966; TECKLIN, 2002). Estes dados corroboram com a não necessidade de utilização de UTI neonatal.

Os dados referentes à antropometria das crianças avaliadas estão dispostos no Quadro 2. Os dados de peso, comprimento e perímetro cefálico atual das crianças deste estudo foram comparados com as curvas de crescimento da OMS (WHO, 2006). Para estas três variáveis, as crianças 1, 2 e 3 encontram-se dentro dos limites de normalidade. Já a criança número 4 apresenta para todas as variáveis ligeiramente acima do esperado para sua idade cronológica.

Quadro 2: Dados antropométricos



C*	NTA*	Avaliação	PA*	CA*	PCA*
1	7	1	8.900	76	45
		2	9.300	78	46
		3	10.800	80	46
		4	10.900	80	47
		5	11.300	82,5	47
		6	11.600	85	47
		7	13.000	85	47
2	3	1	10.300	76	46
		2	10.400	78.5	47
		3	11.000	80	47
3	2	1	10.500	79	46
		2	10.900	83	47
4	2	1	13.660	84.5	48
		2	14,700	84,5	48

*C= criança, NTA= número total de avaliações, PA = peso atual; CA = comprimento atual; PCA = perímetro cefálico atual

A segunda fase deste projeto está em andamento. Das cinco crianças selecionadas para este estudo, quatro já estão em acompanhamento. A criança 5 já foi recrutada, contudo aguarda-se que complete a idade cronológica exata dos critérios de inclusão do presente estudo para dar início às avaliações. O Quadro 2 também apresenta o número de avaliações mensais que cada criança realizou até o momento.

As análises qualitativas em relação às avaliações do DM destas crianças já revelam dados importantes a serem considerados. A criança 1 apresentou atraso na área de linguagem até a sexta avaliação, no entanto aumentou a cada mês o número de palavras que fala e, na sétima avaliação, alcançou o objetivo esperado para sua idade. As crianças 2 e 3 encontram-se em DM típico, ou seja, dentro do esperado par sua idade cronológica, na



média do esperado pela literatura. A criança 4 apresentou na primeira avaliação atraso nas dimensões pessoal-social, linguagem e motor grosso. Em sua segunda avaliação, conseguiu recuperar as funções das dimensões pessoal-social e motor grosso, permanecendo com atraso apenas na linguagem. Ao analisar as avaliações de 1 a 12 meses desta criança, percebe-se que ela já apresentava um padrão mais lento de desenvolvimento. Tem-se a expectativa de que, apesar desta estar atrasada atualmente em relação às médias da literatura, que ela tenha ganhos mensais e que este padrão seja uma peculiaridade de seu desenvolvimento.

Ao final de cada avaliação é realizada uma devolutiva com os pais ou responsáveis pela criança. Nas tarefas em que as crianças falham, orienta-se estratégias de estimulação precoce das habilidades a serem desenvolvidas para que sejam enfatizadas ao longo do mês que antecede a próxima avaliação, e percebe-se que em todos os casos há aprendizado de tais habilidades que são constatados pela avaliação posterior.

Estes dados reiteram a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança durante seus primeiros anos de vida. Portanto, os resultados obtidos na avaliação motora juntamente com as informações do questionário dão subsídios para determinar se a criança está de acordo com os níveis de desenvolvimento esperados para sua idade em relação ao desempenho motor, se possui algum desvio no seu desenvolvimento, ou ainda algum risco potencial para atrasos neuropsicomotores mais graves. O trabalho de estimulação precoce do DM torna-se fundamental para que os atrasos não tomem caráter definitivo e atrapalhem outros domínios de desenvolvimento da criança. Pois, salienta-se que o desenvolvimento motor possui importante papel devido às influências que exerce sobre as habilidades cognitivas e a capacidade de aprendizagem escolar da criança (MANCINI *et al.*, 2004). Neste contexto, uma pesquisa recente mostra que lacunas do DM de crianças prestes a entrar no ensino fundamental, podem comprometer o desenvolvimento cognitivo (BRITO, *et al.*, 2011).

No Brasil, a escassez de realização de testes motores dificulta a identificação correta de estimulação de desenvolvimento pela falta da padronização e normas de desempenho. A importância clínica utilizando instrumentos padronizados com normas traz



mensuração confiável dos dados (ROCHA, DORNELHAS e MAGALHÃES, 2013).

Em seus estudos, Lima (2008) considera o Teste de Triagem de Denver II o padrão ouro em avaliação do DM de crianças de 0 a 6 anos. Se comparado com outros instrumentos como a Escala de Desenvolvimento de Rosa Neto) (COSTA; SILAVA, 2009), pois realiza o acompanhamento mensal da criança, enquanto a maioria possui descrições anuais. O Teste de Triagem de Denver apresenta uma abordagem com desafios crescentes mês a mês, o que permite o *follow up* da criança e do seu processo de estimulação.

Como um ponto de partida de discussão da terceira fase desta pesquisa, há que se refletir sobre as políticas públicas que determinam as ações de promoção e prevenção nos serviços de atenção primária em saúde do SUS, para que possuam uma abordagem realmente interdisciplinar e que evitem consequências futuras para a saúde global da população e, neste caso, da criança.

Considerando-se a tendência atual da formação de redes de atenção à saúde, as políticas do SUS passam a dialogar sobre a hipótese de se tecer duas instâncias de rede, uma intrasetorial, e, outra intersetorial. Na primeira a saúde se desenvolve nos espaços específicos onde atuam e se concentram os profissionais das áreas de saúde, como unidades básicas, centros de saúde e hospitais, como visto na descrição do projeto de iniciação científica neste trabalho. Na última, a saúde é promovida também em outros espaços, como escolas, centros de lazer, e demais espaços de convivência. Portanto, enfatiza-se a importância do trabalho do profissional de EF na atenção à saúde com enfoque na rede intersetorial estabelecida no ambiente educacional.

A recente publicada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) apresenta em um de seus 7 eixos temáticos a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do desenvolvimento durante a primeira infância. Estas ações devem ser realizadas pela atenção básica de saúde, fazendo a PNAISC entrar em consonância com a PNPS e com a legislação do NASF. Este espiral de informações leva a reiterar ainda mais a importância da inserção do profissional de EF no que tange o trabalho com DM infantil e promoção de saúde.



CONCLUSÃO

Conclui-se que as crianças do presente estudo apresentam, no geral, boas condições de vitalidade ao nascimento e padrão de desenvolvimento típico. Especificamente a criança número 4 que, por mais que se mantém aquém do esperado na avaliação do desenvolvimento global, anseia-se que atinja, com o passar do tempo, os marcos mais próximos do que se tem como padrão de normalidade estabelecido pela literatura. Ressalta-se que suas características de crescimento atual (peso, comprimento e perímetro cefálico) podem estar interferindo no curso normal de desenvolvimento. Por esta razão, o acompanhamento mensal do desenvolvimento global infantil torna-se necessário, para que as alterações atípicas sejam corrigidas precocemente e não tenham repercussões na vida adulta do indivíduo.

Considera-se que o profissional da EF é habilitado para o trabalho com PS e prevenção de situações de risco dentro do NASF, na perspectiva de uma rede de atenção. Com suas ações, ele se torna essencial para o cumprimento das diretrizes da PNPS. Ainda, este estudo contribui para que o campo de atuação deste profissional ganhe maior amplitude e notoriedade na sociedade.

Do ponto de vista da formação acadêmica, este trabalho contribui para o conhecimento aprofundado sobre os processos de controle, aprendizagem e DM, bem como sobre suas repercussões nos aspectos psicológicos, cognitivos, sociais e culturais que compõem o desenvolvimento global. Ainda, tem grande importância para a comunidade Pontalense, pois acompanha o perfil psicomotor individual, pode realizar a detecção precoce de atraso no desenvolvimento, além de traçar o perfil da realidade do desenvolvimento infantil local.

REFERÊNCIAS

- ACOG committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol*, v.121, p.908-10, 2013.
- APGAR, V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res*



Anaesth Anal, v.32, p.260-7, 1953.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154* de 24 de janeiro de 2008 cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Portaria nº 2.446*, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. *Portaria nº 1130*, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2015.

BRITO, C.M.L. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.7, jul.2011.

CASY, B.M; MC INTERE, D.D; LEVENO, K.J. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. *N Engl J Med*, v.334, n.7, p. 467-71, 2001.

COSTA, R. M. ; SILVA, E. A. A. Escala de desenvolvimento motor de rosa neto: estudo longitudinal em uma escola da rede particular de ensino de Cuiabá-MT. *Revista eletrônica da UNIVAG*. Mato Grosso, N.4,2009.

COUTINHO, S. S. Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde. 2011. 208 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2011.

COUTO, A.C.P.; SOUSA, G.S. Educação Física: a atenção á saúde da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

DRAGE, J.S; BARENDES, H. Apgar scores and outcome of the newborn. *Pediatr Clin North Am*. 13:635, 1966.

FRANKENBURG, W.K., DODDS J. The Denver II: Denver Developmental Test Manual. Denver: Denver Developmental Materials, 1990.

FRANKENBURG, W.K., DODDS J., ARCHER P., BRESNICK B., MASCHKA P.,



EDEIMAN N., SHAPIRO H. Denver II: Training Manual. Denver: Denver Developmental Materials, 1992.

GAMA, S.G.N. *et al.* Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. S117-S127, 2014 .

LIMA, J. R. M. Teste de pré-triagem para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com até 12 meses de idade. 2008. 103 f. Tese (Pós-Graduação)- Saúde da Criança, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MANCINI, M.C., *et al.* Efeito Moderador do risco social na relação entre o risco biológico e desempenho funcional infantil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Recife, v.4, n.1, 2004.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e saúde coletiva*, v.15, n.5, p. 2207-2305, Rio de Janeiro, 2010.

PEDROSA, O. P. L.; FACHEL, A. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil. *Movimento*, Porto Alegre, v. 18, n. 02, p. 235-253, abr/jun - 2012.

ROCHA, S.R.; DORNELAS, L.F.; MAGALHÃES, L.C. Instrumentos utilizados para avaliação do desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo no Brasil: revisão da literatura. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 1, 2013.

SCABAR, T.G.; PELICIONI, A.F.; PELICIONI, M.C.F. Atuação do profissional da Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. *J. Health Sci Inst.*, v.30, n.4, p. 411-418, 2012.

SPONG CY, MERCER BM, D'ALTON M, KILPATRICK S, BLACKWELL S, SAADE G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol*, v.118 (2 Pt 1), p.323-33, 2011.

TECKLIN, J.S. Fisioterapia pediátrica. Porto Alegre: Artmed; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [homepage on the Internet]. The WHO child growth standards [cited 2007 Jun 8]. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/standards/em>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma- Alta:



OMS, 1978. 3 p.

Endereço: Rua Jaguariaíva, 512 - Caiobá, Matinhos - PR, 83260-000.

E-mail: julyennewolski@gmail.com; tainara.fisioufpr@gmail.com; bls.fisio@gmail.com; alentricia@hotmail.com; lucianaweinert@gmail.com

Recursos tecnológicos necessário para comunicação oral: projetor multimídia e computador.