



Ministério da Educação
Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva



Curso de Especialização em Saúde Coletiva com Concentração Em Gestão da Atenção Básica
com Ênfase em Saúde da Família

**Identificação Precoce de Agravos do Desenvolvimento Infantil na
Atenção Primária a Saúde**

Alan Cronemberger Andrade

Trabalho de Conclusão de Curso: Projeto de Intervenção,
desenvolvido como forma de avaliação parcial deste Curso de
Especialização.

Salvador, Bahia, Brasil

5 de fevereiro de 2013

SUMÁRIO

RESUMO	3
INTRODUÇÃO.....	4
Situação da Atenção Básica e o acesso à saúde no município de Salvador.....	4
Geografia e história das comunidades São Bartolomeu e Nova Primavera.....	7
Parque São Bartolomeu.....	7
Conjunto Nova Primavera.....	10
Os problemas das comunidades São Bartolomeu e Nova Primavera	13
Vulnerabilidade infantil nas periferias de Salvador: diagnóstico local	15
Pobreza e desenvolvimento infantil inadequado.....	18
PLANO DE INTERVENÇÃO	20
Como ocorre o desenvolvimento infantil saudável?	20
Identificação precoce de agravos que atrapalham o desenvolvimento saudável da criança.....	22
Importância de redes de atenção integral à criança e intervenção precoce.....	24
Objetivos.....	25
Estratégia de intervenção	26
Cronograma de execução.....	31
Mecanismos de avaliação e monitoramento	32
Análise da viabilidade.....	33
RESULTADOS ESPERADOS	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

RESUMO

Muitas crianças de comunidades da periferia de grandes centros urbanos no Brasil – como nas localidades de São Bartolomeu e Nova Primavera, em Salvador – estão vulneráveis a riscos que impactam negativamente no seu desenvolvimento global saudável. Identificar e intervir precocemente nos agravos em saúde traz grandes benefícios às crianças. Partindo de um diagnóstico local nestas comunidades do município de Salvador, foi elaborado um projeto de intervenção visando detectar e intervir precocemente em agravos que acometem o desenvolvimento global saudável na primeira infância, em crianças de 0 a 5 anos que compareçam à Unidade de Saúde da Família Antônio Lazzarotto para consultas de puericultura. Para isto, foi realizado um diagnóstico situacional e revisão de métodos aplicáveis para esta finalidade para delimitar viabilidade e monitoramento contínuo. Espera-se que seja possível implantar este modelo nesta Unidade e em estabelecimentos semelhantes aos quais estas crianças tem acesso, identificando agravos, encaminhando soluções, e prevenindo novos riscos de morbidade.

Palavras-chave (DeCS): desenvolvimento infantil, atenção primária à saúde, áreas de pobreza, cuidado da criança, programas de rastreamento, vulnerabilidade social.

INTRODUÇÃO

Situação da Atenção Básica e o acesso à saúde no município de Salvador

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem se expandindo no município de Salvador desde 1988, como ocorre em todo o território brasileiro. A criação e implantação de um subsistema público nacional descentralizado, financiado pelo governo federal, estados e municípios exigiu esforços que culminaram no reordenamento de ações em saúde a partir do modelo baseado na Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo da década de 1990, utilizando a Estratégia Saúde da Família (PAIM *et al.*, 2011).

O envelhecimento populacional e as quedas nas taxas de fecundidade vêm gerando novos desafios ao SUS (PAIM *et al.*, 2011). Doenças crônicas cardiovasculares e neoplasias, mais relacionadas ao aumento da expectativa de vida do brasileiro, coexistem com enfermidades infectocontagiosas preveníveis e mortes por causas externas, gerando uma tripla carga sobre taxas de mortalidade (MENDES, 2010). A APS se apresenta eficiente para lidar com estes problemas na medida em que encontra mecanismos de referência e contrarreferência locais para resolvê-los.

No entanto, esta estratégia baseada na APS ainda não está efetivamente implantada em Salvador. Há uma cobertura populacional por ações de APS, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), para apenas 22% da população da cidade ao fim de 2013 (BRASIL, 2014). O município de Salvador está aquém das atribuições de reordenamento do cuidado através da ESF (DE-OLIVEIRA-CARDOSO & VIEIRA-DASILVA, 2012). As figuras 1 e 2 mostram exemplificam a evolução da implantação da ESF em Salvador.

Não só a saúde é um problema nas comunidades menos assistidas de Salvador. Observa-se que não só problemas pontuais, mas extensíveis a áreas além do setor saúde, são o problema fundamental das comunidades com cobertura insuficiente pela APS. Nesta capital e em sua região metropolitana, últimos dados mostram que há 15,3% de analfabetismo funcional, 1,1 em cada 100 habitações não possuem banheiros ou

sanitários, e 9,3% da população economicamente ativa está desempregada (BAHIA, 2013a; IBGE, 2013b). No que concerne à saúde, nos últimos anos houve problemas nos estabelecimentos de saúde municipais – falta de instalações físicas adequadas, relações de trabalho precárias, atrasos salariais – o que foi amplamente noticiado em grandes meios de comunicação locais (REDE BAHIA, 2013).

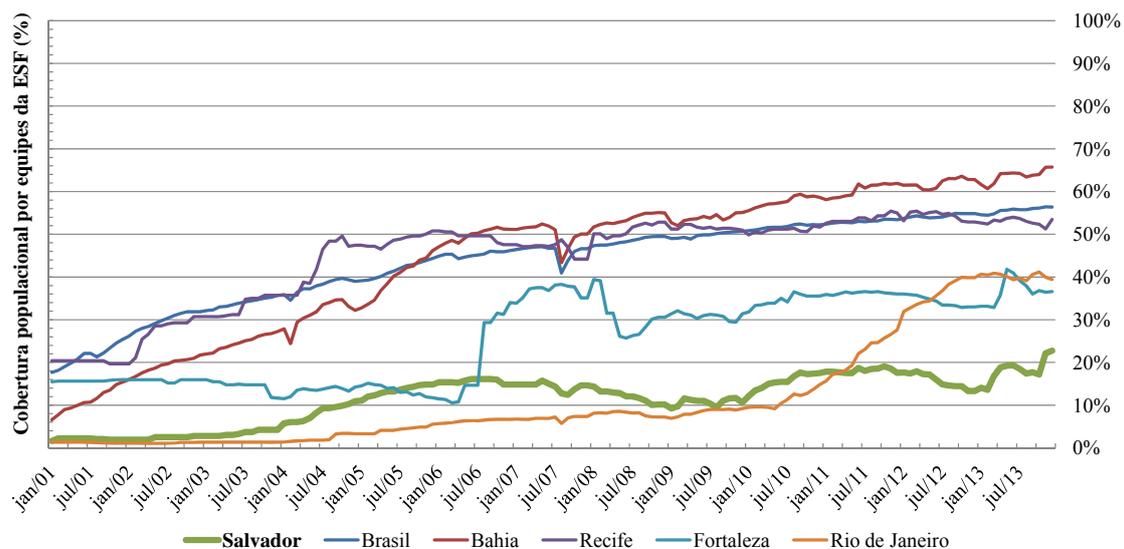


Figura 1. Proporção da população coberta por equipes da ESF em Salvador, de janeiro de 2001 a dezembro de 2013. Observar que há ao fim de 2013 uma cobertura populacional para pouco mais de 22% da população da cidade.

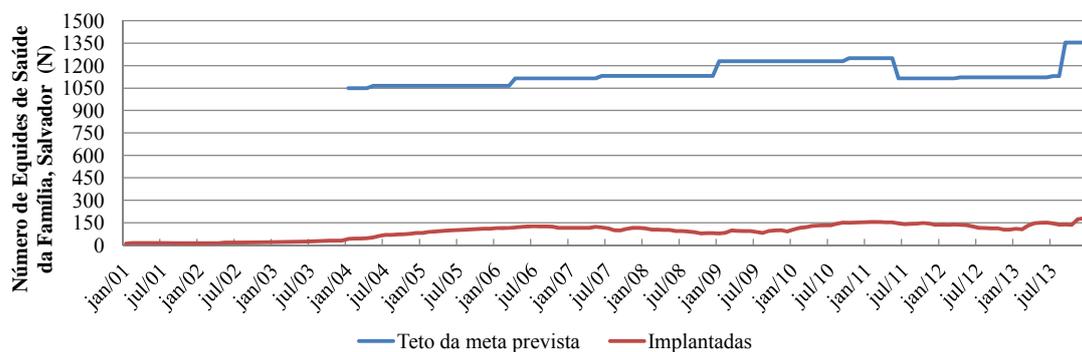


Figura 2. Evolução da implantação das equipes da ESF em Salvador, de janeiro de 2001 a dezembro de 2013. A linha azul representa o teto oficial, calculado para uma cobertura populacional adequada. A linha vermelha mostra o número de equipes efetivamente implantadas. Gráfico elaborado com informações do IBGE e Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Atividades assistenciais bem estabelecidas, como vacinação, distribuição de medicamentos básicos, consultas médicas e de enfermagem, são realizadas em estabelecimentos da rede de APS em Salvador (SALVADOR, 2014b). Mas, falta uma rede de relações consolidadas e monitoráveis entre níveis diferentes do sistema para o correto funcionamento proposto por ações da APS, o que incluiria um maior número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a interligação operacional com as esferas de atendimento referenciado secundário e terciário¹, propostas como tentativas de aumentar a resolutividade da ESF (MENDES, 2010; PAIM *et al.*, 2011).

Como exemplo de dificuldade de acesso às redes de atenção, um estudo realizado em portadores de asma acompanhados ambulatorialmente em Salvador observou que aspectos como a distância do centro de referência de tratamento e o custo de transporte são ainda limitantes à adesão ao tratamento (SANTOS *et al.*, 2008). Encaminhamentos de problemas realizados a outros níveis de complexidade tem um índice de resposta insuficiente até mesmo para os atendimentos e encaminhamentos da Rede Cegonha, programa prioritário em execução no país para reduzir efetivamente a mortalidade materna e infantil, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio² (BRASIL, 2012b).

Neste contexto, devido aos problemas do setor saúde não só em Salvador, mas em todo o Brasil, novas ações regulamentadas nacionalmente surgem como norteadoras para uma melhor gerência deste nível de atenção pelos municípios, regulando e ordenando a APS (BRASIL, 2011). No nível estadual, foi elaborado um novo plano plurianual que identificou medidas gerenciais que visam melhorar o reordenamento do SUS para o modelo alternativo proposto por ações de APS, sendo estes pontos expressos como compromissos e metas (BAHIA, 2012). Há tentativas para que haja uma melhoria global dos serviços, direcionando a assistência a um enfoque mais local e comunitário, como sugere a ESF (BAHIA, 2012).

¹ Opinião deste autor.

² Em encontro realizado em 2000, 189 nações vinculadas a Organização das Nações Unidas (ONU) firmaram um compromisso, a Declaração do Milênio, para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Esta promessa acabou se concretizando nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deverão ser alcançados até 2015. Em setembro de 2010, o compromisso foi reiterado.

No entanto, as propostas alternativas de modelos de atenção esbarraram em problemas próprios do município de Salvador (SALVADOR, 2010). Com novos modelos contratuais de serviços e recursos humanos, a adesão de Salvador em programas de provimento de médicos, e com convocação de profissionais concursados do processo seletivo público realizado em 2010, houve aumento dos percentuais de cobertura ao longo do ano de 2013 (BRASIL, 2014). O novo plano estratégico municipal, consonante com tentativas de melhorar a assistência, está sendo elaborado pelo Conselho Municipal de Saúde de Salvador, também no sentido de melhorar a gestão e a regulação social da APS (SALVADOR, 2014a).

Geografia e história das comunidades São Bartolomeu e Nova Primavera

Este autor exerce atividade de médico da família na Unidade de Saúde da Família Antônio Lazzarotto (USF-AL), onde é proposta a intervenção de que trata este projeto (BRASIL, 2013). O espaço geográfico no qual a USF-AL se insere é composto de duas microrregiões históricas distintas: o Parque São Bartolomeu, uma região remanescente quilombola, e o Conjunto Nova Primavera, comunidade de marisqueiras e pescadores, relocados da antiga comunidade de palafitas outrora chamada Novos Alagados (DE CARVALHO SOARES & ESPINHEIRA, 2005; REIS, 1992, 1996). Na figura 3, a área de cobertura da Equipe Nova Primavera, uma das duas equipes da ESF cadastradas neste estabelecimento para assistência às comunidades.

Parque São Bartolomeu

O Parque Metropolitano de Pirajá, conhecido também como Parque São Bartolomeu, possui um território de aproximadamente 750mil m² - quase o dobro do Estado da Cidade do Vaticano – estendendo-se por diversos bairros localizados na periferia Salvador: Plataforma, Periperi, Pirajá, Valéria, São Caetano (SERPA, 2006; IBGE, 2010; BAHIA, 2013b). No entorno deste Parque vive uma população de mais de 300 mil pessoas (IBGE, 2010).

Nestes bairros periféricos Salvador há altos índices de vulnerabilidade social e uma importante dispersão geográfica do acesso a melhores meios de vida, que se em baixos índices desenvolvimento humano nestes bairros, quando comparados a regiões mais próximas ao centro da cidade (PNUD, 2006). Dados do último censo mostram que na cidade 30,24% dos indivíduos tem renda domiciliar per capita menor ou igual a 225 reais³ e 22,51% dos maiores de 18 anos não tiveram o ensino fundamental completo e em estão ocupação informal (PNUD, 2013). Outro problema que social que se apresenta é a violência. Dados mostram que há expansão da mortalidade por causas externas em Salvador. Bairros periféricos e próximos ao Subúrbio Ferroviário, muitos deles pertencentes ao entorno do Parque, concentram mortes por armas de fogo e homicídios (FREITAS *et al.*, 2000).

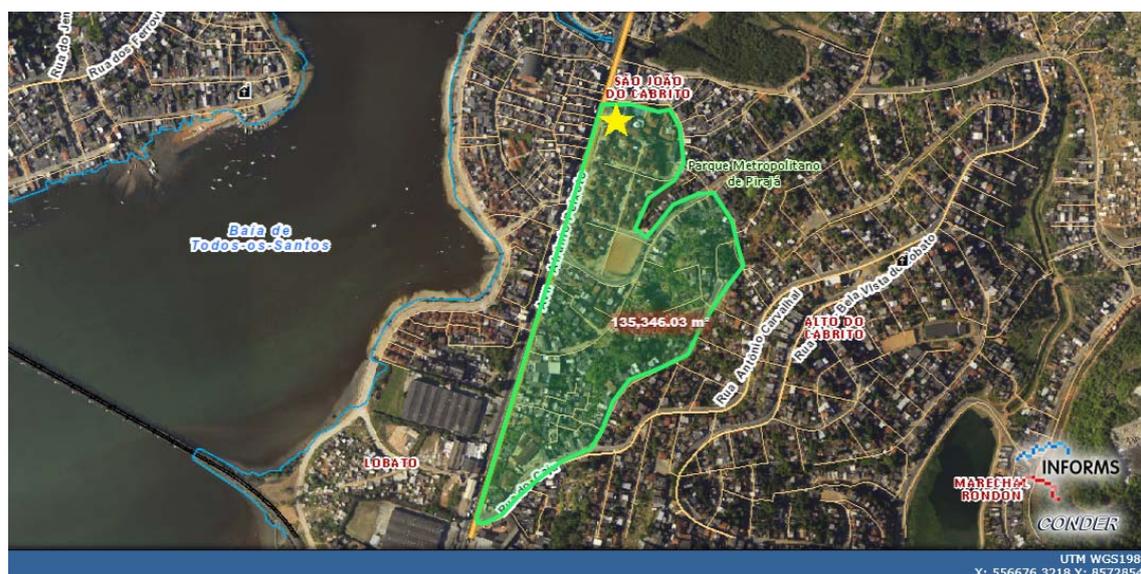


Figura 3. Área de cobertura da equipe Nova Primavera. Mapa reproduzido da base de dados e ferramentas sobre a Região Metropolitana de Salvador da Companhia de Desenvolvimento do Estado da Bahia - CONDER (BAHIA, 2013b). A estrela representa a localização da USF Antônio Lazzarotto.

Do ponto de vista histórico, a localidade de Pirajá foi cenário de importantes acontecimentos ligados à defesa da capital do Estado da Bahia, como os que ocorreram contra invasões holandesas no ano de 1638 (REIS, 1992). Na localidade, ainda na primeira metade do século XVII, foi construído o Forte de São Bartolomeu da

³ Renda limite para o conceito brasileiro de pessoa vulnerável à pobreza.

Passagem à foz do Rio Pirajá, defendendo a entrada da Enseada dos Cabritos de invasores (REAL BIBLIOTHECA, 1799; TONERA & DA CRUZ, 2009). No ano de 1900 o forte de defesa local foi demolido durante obras urbanas da Prefeitura de Salvador (TONERA & DA CRUZ, 2009).

Houve ainda o capítulo das lutas da Independência travadas na Bahia contra o domínio português, quando Pirajá sediou nesta época o principal acampamento de resistência, com as tropas comandadas pelo militar contratado francês Pierre Labatut (BRAZIL, 1837; REIS, 1996)⁴. Em 1826 foi palco de lutas de resistência do quilombo localizando na Mata do Urubu – área hoje localizada dentro do Parque São Bartolomeu. As tropas brasileiras sediadas em Pirajá e no Cabrito resistiram até a chegada do prestigiado militar, que viera de Feira de Santana por terra, numa caminhada que inicialmente partiu de Alagoas passando por Sergipe (ABREU E LIMA, 1845; REBELLO, 1829) Ao longo do século XIX, abrigou em sua área e nas imediações diversos quilombos que reuniam centenas de negros rebelados contra o sistema escravista (REIS, 1992).

Mais tarde, Pirajá teve ainda importância histórica no movimento que pretendia desligar a Província da Bahia do governo central do Império, movimento conhecido como Sabinada, de 1838 (REIS, 1992). A conhecida insurreição urbana dos escravos malês, a chamada Revolta dos Malês, que contou com participação de nagôs, haussás e tapas, unindo movimentos de resistência de todo o recôncavo baiano, ocorreu em 1835 (REIS, 1996).

A memória de relevância da presença negra e das lutas pela liberdade travadas na área influenciou a percepção do espaço geográfico correspondente ao Parque São Bartolomeu como sítio sagrado pelas comunidades negras e pela população do entorno (SALVADOR *et al.*, 2007). A ambiência do Parque, suas nascentes e cursos d'água, cachoeiras e um conjunto de grandes rochas, revelou-se propícia à realização de diversas cerimônias das religiões afro-brasileiras, as quais efetivamente reúnem grupos de pessoas, em longas e complexas liturgias (SERPA, 1996). Nesta visão das comunidades religiosas de tradição afro-brasileira, o elemento natural – antes que objeto

⁴ Há um decreto assinado pelo então regente Diogo Feijó firmando contrato entre o governo brasileiro e o militar francês, para o pagamento de 600\$000 réis anuais, antes da maioridade do imperador Pedro II.

de preservação – constitui-se essencial à celebração da vida e da morte (VERGER, 1981). O Parque se apresenta também como uma reserva ecológica de espécies vegetais de uso litúrgico e medicinal (SERPA, 1996).

Ainda do ponto de vista geográfico e ambiental, a área abriga um dos mais importantes e únicos ecossistemas do município de Salvador, exibindo cobertura vegetal constituída por manguezal arbustivo, nas proximidades do mar da Enseada dos Cabritos, e por mata tropical remanescente da Mata Atlântica, antiga Mata do Urubu, nas encostas sedimentares, cobertas de árvores de grande porte (SERPA, 2006). Outras características que marca a paisagem local são os afloramentos cristalinos, imensos blocos de rochas sedimentares consolidadas por cimento argiloso, os seixos arredondados e outros fragmentados de rochas de variadas procedências. A elevada plasticidade dos solos argilosos torna problemática a sua utilização para fins de ocupação humana, sendo um risco as habitações irregulares em encostas, que podem ceder em períodos chuvosos (FERNANDES *et al.*, 2004; JESUS *et al.*, 2005).

Por estas e outras características, a área foi considerada pelo Programa *Man and Biosphere*⁵ como uma área-piloto no Estado da Bahia para implantação de Reserva da Biosfera da Mata Atlântica. Obras de revitalização do parque estão em curso na área (TRIBUNA DA BAHIA, 2013). No passado, a vegetação sofreu um intenso processo de degradação, resultante da exploração de madeira e produção de carvão para os engenhos de açúcar, existentes na região. A partir de 1929, o controle exercido pelo Governo do Estado da Bahia objetivando a proteção do manancial hídrico com a implantação da Represa do Cobre no alto do parque para abastecimento de água da cidade favoreceu progressiva regeneração da Mata Atlântica (SALVADOR, 2001). Nas últimas décadas, contudo, o desmatamento e a exploração de madeira se intensificaram.

Conjunto Nova Primavera

Em 1950 se deu o início da ocupação urbana do Parque São Bartolomeu e das adjacências. Neste tempo havia poucas casas, construídas de taipa e cobertas de palha e

⁵ O Programa *Man and the Biosphere* (MAB ou MaB) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) foi criado em 1971 para promover abordagens interdisciplinares para a gestão, pesquisa e educação para a conservação dos ecossistemas e uso sustentável dos recursos naturais.

não havia pavimentação, transmissão de energia elétrica, e o fornecimento de água não existia, se fazendo o suprimento de água através da utilização de fontes naturais, de “bicas”. O transporte disponível era o trem, mas muitos dos moradores caminhavam até 2,5 km até onde hoje é o bairro de Plataforma para ter acesso a serviços. Se o destino fosse o bairro da Ribeira, iam de canoa, pelo mar calmo da Baía de Todos os Santos, na Enseada dos Cabritos de outrora.

As mulheres lavavam roupa e faziam charutos para vender na Feira de Água de Meninos e os homens, em grande parte, eram pescadores, marisqueiros, ou “biscateiros”. Havia ainda pedreiros e carpinteiros. O local era pacato e seguro, segundo relatos. Não existia escola nesta época. Existia o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SANDU), o que hoje é o SAMU 192, em Plataforma, que atendia as emergências.

Na área, as pessoas utilizavam a "medicina caseira", de chás e folhas, e os partos eram realizados por parteiras, geralmente nos próprios domicílios. Ainda durante a década, em 1952, alguns fatos iriam modificar bastante o cenário urbano da região. Houve primeiramente a mudança no trajeto do trem suburbano e a construção de uma fábrica de cigarros de papel sem filtros da marca Continental, da empresa Souza Cruz (figura 4).

A partir de 1960 algumas casas foram retiradas para que houvesse pavimentação da área. Na década de 1970 houve a construção da Avenida Afrânio Peixoto (a chamada Avenida Suburbana) com a consequente linha de ônibus que atravessaria agora toda a extensão do Subúrbio Ferroviário. Perto dali, num bairro próximo, em Campinas de Pirajá, houve a construção de uma grande fábrica de azulejos importante na região (a IASA) que empregou moradores da comunidade. A partir daí, a massiva urbanização se iniciou na região, uma ocupação urbana desordenada. O êxodo rural ocorreu neste momento histórico no Brasil e populações rurais do recôncavo se refugiaram ali.

Em 1979 houve a construção da Escola Comunitária 1º de Novembro e a construção da igreja católica Nossa Senhora da Conceição. Durante a década de 1980 e 1990, movimentos sociais e grupos religiosos, através de obras de caridade e assistenciais iniciaram diversos projetos que culminaram na Creche Heroínas do Lar

(década de 1980), criação da Associação Aliança para o Parque, construção de igrejas evangélicas, e da Creche João Paulo II e do Oratório João Paulo II – vizinhos da USF-AL. Na década de 1990 houve ainda a pavimentação da Estrada Velha do Cabrito e a ligação Suburbana-Pirajá. Um módulo policial foi construído, mas hoje ele se encontra desativado.



Figura 4. O cigarro sem filtro Continental “vence em tôda parte”. Fotografia de reportagem da Revista Veja, em janeiro de 1969.

O Conjunto Nova Primavera foi uma intervenção urbana executada em 2002, pensada para retirar das palafitas precárias as populações ribeirinhas previamente estabelecidas do bairro que se chamava Novos Alagados, próximo à baía, na Enseada dos Cabritos (DE CARVALHO SOARES & ESPINHEIRA, 2006). Uma composição de 1986, a música Alagados, composta por Gilberto Gil e cantada pelo grupo musical Paralamas do Sucesso resgata os problemas comuns a outros aglomerados urbanos em zonas de maré.

Apesar de algumas melhorias com a transição para um conjunto habitacional, a comunidade e o seu entorno ainda enfrentam problemas sociais importantes (REBOUÇAS, 2011). Após alguns anos de estudos e reivindicações dos movimentos sociais locais e através da família Lazzarotto, na pessoa do italiano Antônio Lazzarotto e sua mulher, a professora Vera Lazzarotto, a Unidade foi estabelecida para funcionamento a partir de 2005.

Os problemas das comunidades São Bartolomeu e Nova Primavera

O território coberto pela Unidade de Saúde da Família Antônio Lazzarotto, apesar de pertencer a uma zona urbanizada, ainda parece ter muito dos rincões mais pobres das zonas rurais (DE CARVALHO SOARES & ESPINHEIRA, 2006). A população da área é bastante carente de atenção não só de saúde, mas de renda, segurança, educação, emprego e moradia (PNUD, 2013). No entorno existem escolas e creches menores. O comércio é basicamente informal. Grandes redes de comércio varejista não se fazem presentes neste entorno.

Como exposto anteriormente, a área é adjacente ao Parque São Bartolomeu, que vem sofrendo obras de urbanização, com a ampliação de conjuntos habitacionais do bairro e melhorias de saneamento e pavimentação das vias públicas (TRIBUNA DA BAHIA, 2013). O parque pertence a terras públicas e é uma zona de mata ainda preservada, mas abandonada e com riscos à segurança.

Na USF-AL existem equipes multiprofissionais completas de ESF, que contam com cirurgião-dentista (BRASIL, 2013). São equipes de ESF aptas a realizar e resolver atendimentos e demandas em saúde, mantendo um nível de resolutividade adequado ao nível de assistência (SALVADOR, 2014b). A equipe de saúde composta realiza: avaliações de puericultura; assistência pré-natal; vacinação em campanhas e de forma continuada; coleta de exames laboratoriais⁶; diagnóstico e acompanhamento de pessoas portadoras de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, asma; vistas domiciliares de pessoas com dificuldade de locomoção; planejamento familiar; consultas direcionadas a saúde do idoso e do homem; avaliação dentária, procedimentos odontológicos; além do cadastramento de saúde das famílias (BRASIL, 2013; SALVADOR, 2014b).

A forma principal de organização do trabalho é através da organização da demanda da área de atuação geográfica da equipe. As demandas e problemas que são identificados pela equipe ou demandados pelo paciente ou agente comunitário de saúde

⁶ USF Antônio Lazzarotto é posto de coleta de exames bioquímicos e citológicos da Secretaria de Saúde de Salvador.

(ACS) e são direcionados para o profissional que pode inicialmente resolver esta demanda-problema. Depois do agendamento (ou encaminhamento imediato) desta consulta em saúde, se porventura houver a necessidade de uma atenção multidisciplinar com outro profissional da equipe de saúde, há compartilhamento do problema entre os membros da equipe. Problemas comunitários ou que surgem alheios ao que pode ser oferecido pela equipe é socializado e encaminhado devidamente para outros níveis de atenção à saúde.

Os agravos mais prevalentes são comuns aos demais locais de Salvador, e se relacionam com o conhecido fato de que a pauperização em regiões de periferia é um importante determinante em saúde (WALLACE & WALLACE, 1990). Tuberculose e hanseníase ainda são agravos prevalentes. A mortalidade por tuberculose apresenta uma distribuição espacial com taxas mais elevadas no distrito sanitário São Caetano e Valéria, ao qual pertence a USF Antônio Lazzarotto (MOTA *et al.*, 2003). O Subúrbio Ferroviário de Salvador – no entorno da Unidade – também apresenta aspectos epidemiológicos semelhantes referentes à tuberculose (MOTA *et al.*, 2003).

A esquistossomose é prevalente na localidade. Pesquisa realizada no bairro de São Bartolomeu observou-se em exames parasitológicos positivos 30,2% das crianças pesquisadas, predominando entre os meninos e nos maiores de 10 anos de idade (GUIMARÃES & TAVARES-NETO, 2006).

A localidade concentra um grande contingente de pessoas que se intitulam negras ou pardas (IBGE, 2010). Doenças que se relacionam a descendência afro-brasileira, como as anemias falciformes, ganham importância neste cenário, ainda mais levando em conta que a Unidade é oficialmente reconhecida como assistente de comunidades de matriz quilombola (BRASIL, 2013). Este agravo é prevalente em afro-brasileiros de Salvador. Triagem neonatal realizada na cidade evidenciou que a alta prevalência do agravo justifica a triagem sistemática de neonatos, dada a relevância deste agravo à saúde pública. Entre os neonatos houve 9,8% de heterozigotos para hemoglobinopatia S, indicando risco de descendência portadora de anemia falciforme *de facto* (ADORNO *et al.*, 2005).

Obviamente, como em outras regiões, e com o envelhecimento populacional dentro do processo de transição demográfica, agravos relacionados ao aparelho cardiovascular e doenças crônicas como o diabetes também tem uma participação considerável no total de agravos (SALVADOR, 2014b). A falta de redes de atenção para esta população em envelhecimento, principalmente da APS, dificulta o acesso a saúde em Salvador e em todo o Brasil, impactando negativamente nos níveis de acesso à saúde (BRASIL, 2010).

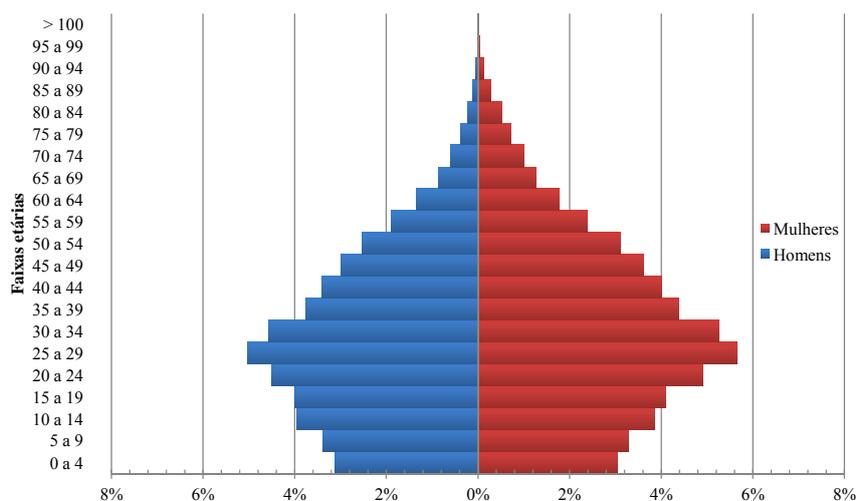
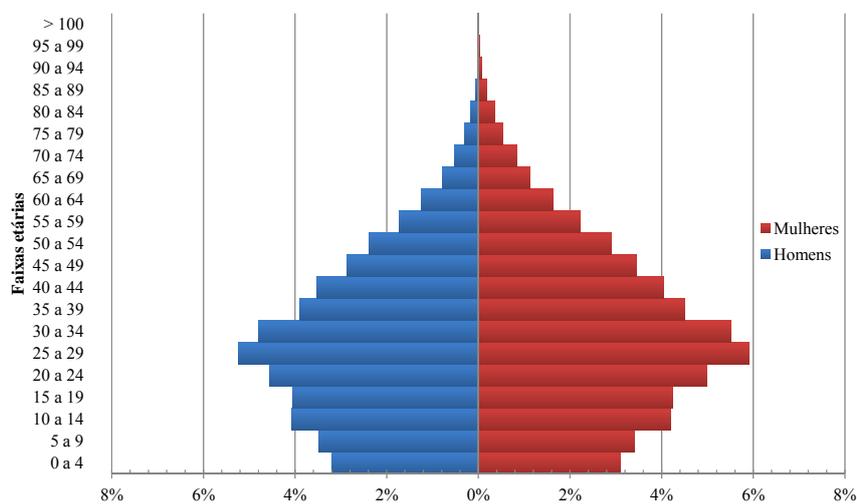
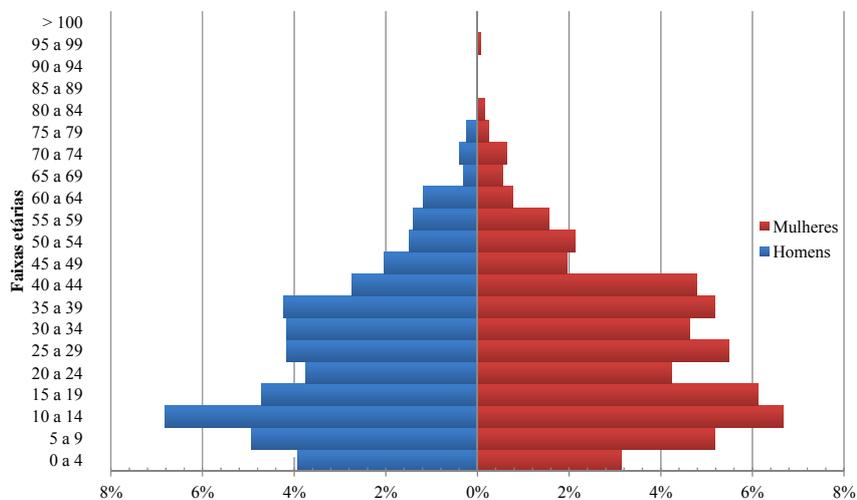
Vulnerabilidade infantil nas periferias de Salvador: diagnóstico local

Apesar das modificações do perfil etário da população brasileira decorrentes da transição demográfica – do envelhecimento populacional – as áreas da periferia de Salvador apresentam ainda uma grande proporção de crianças e adultos jovens, quando comparadas a regiões mais centrais da cidade (IBGE, 2010). As pirâmides etárias do espaço geográfico no entorno da USF-AL constataam este fato (figura 5).

Além disso, os atendimentos em saúde acabam concentrando-se em estratos etários mais tardios, talvez beneficiando pouco as crianças (figura 6). Percebendo que esta periferia de tem uma elevada proporção de crianças e jovens em relação à população total, é possível inferir que há um grande numero de crianças em situação de risco na periferia da cidade e na localidade do entorno da USF-AL.

Geralmente as condições de moradia são ruins para estas crianças e suas famílias. Salvador é um município com quase 3 milhões de habitantes (IBGE, 2010). Uma cidade inserida numa região metropolitana peninsular, com tendência a verticalização dos imóveis. Existem na periferia do município muitas ocupações irregulares de terrenos e grande ocorrência de habitações insalubres (IBGE, 2013a). Estes territórios possuem muitos aglomerados subnormais⁷. O Conjunto Nova Primavera, apesar de ser uma proposta planejada, não sofreu as intervenções necessárias a um ambiente urbano saudável (DE CARVALHO SOARES & ESPINHEIRA, 2006).

⁷ *Aglomerado subnormal* é um termo utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para designar um conjunto constituído por no mínimo 51 unidades habitacionais (barracos, casas), ocupando ou tendo ocupado até período recente, um terreno de propriedade alheia (pública ou particular), dispostas, em geral, de forma desordenada e densa; carentes, em sua maioria, de serviços públicos e essenciais.

População por sexo, segundo grupos de idade, **Salvador, 2010** (em %)População por sexo, segundo grupos de idade, **Distrito São Caetano 2010** (em %)População por sexo, segundo grupos de idade, **entorno da USF-AL *, 2010** (em %).
*setor censitário IBGE n° 292740805220004**Figura 5.** Concentração de crianças e adultos jovens. Pirâmides etárias dos habitantes de Salvador, do distrito censitário São Caetano, e do entorno da USF-AL. Elaboradas com dados oficiais (IBGE, 2010).

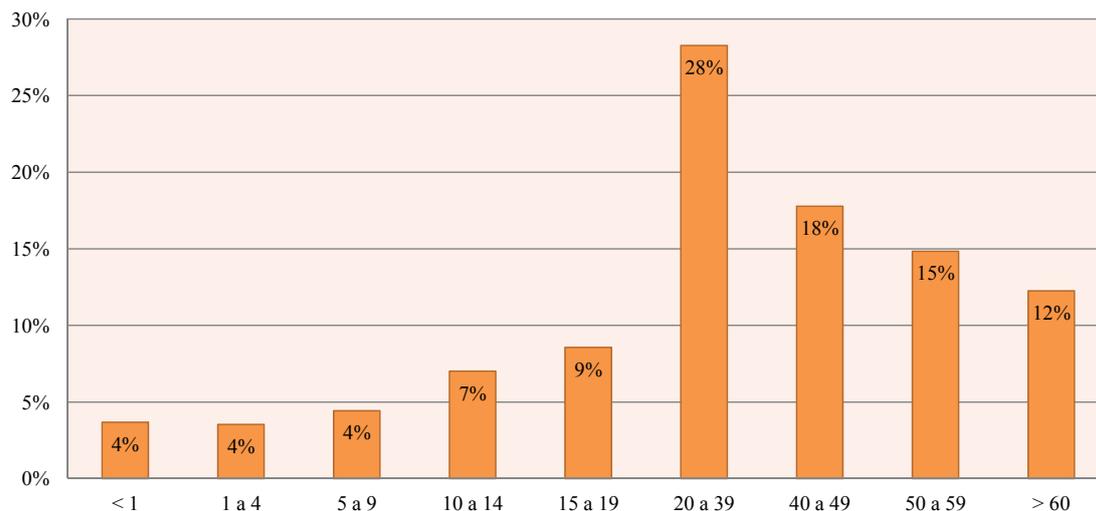


Figura 6. Perfil etário dos pacientes que comparecem a consultas médicas na equipe Nova Primavera da USF-AL. Percentual dos atendimentos realizados por faixa etária. Elaborado a partir do arquivo pessoal.

As periferias em Salvador também concentram grandes problemas relativos à violência urbana. Há altos índices de violência e mortes por homicídios na cidade, mesmo em comparação com outras metrópoles de porte semelhante e os bairros periféricos concentram grandes números de óbitos violentos (FREITAS *et al.*, 2000; IBGE, 2013a; PAIM *et al.*, 1999; WAISELFISZ, 2013).

Estudos passados evidenciaram que a quantidade de jovens e pessoas com baixo capital cultural que se relacionam com violência e homicídios é mais alta que pessoas com mais anos de educação formal em Salvador (MACEDO *et al.*, 2001). As taxas de homicídios evoluíram em mais de 200% durante os anos de 2000-2001 e é bastante evidente entre jovens e adolescentes (WAISELFISZ, 2013).

São exatamente fatores como baixa renda familiar, violência doméstica e baixo capital cultural dos cuidadores que impedem um desenvolvimento infantil global saudável. Todos estes elementos encontram-se presentes nas periferias de Salvador. Algo que infelizmente é compartilhado por diversas periferias de grandes centros urbanos de países em desenvolvimento.

Pobreza e desenvolvimento infantil inadequado

A saúde da criança e do adolescente é uma questão prioritária no desenvolvimento da humanidade. A Organização das Nações Unidas (ONU), e sua divisão para a saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), exprimem metas específicas para reduzir a mortalidade infantil dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Medidas mensuráveis de redução da mortalidade infantil são importantes – algo que reflete a sobrevivência destas crianças em cenários adversos – mas que ainda não representa a atenção global à sua saúde e o seu desenvolvimento saudável (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; TRAVIS *et al.*, 2004). Combater a mortalidade infantil é importante, mas é apenas “a ponta do *iceberg*” (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007)

Uma série de estudos financiados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicados em 2007 e 2011 no jornal médico britânico *The Lancet*⁸ trouxeram a relevância do problema do desenvolvimento infantil nos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil (ENGLE *et al.*, 2007, 2011; GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; WALKER *et al.*, 2007, 2011).

As estimativas dos autores mostraram que cerca de 200 milhões de crianças entre os 6 bilhões de habitantes do mundo estavam em risco de desenvolvimento global inadequado devido a problemas como pobreza, assistência à saúde deficiente e nutrição inadequada (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007). Foi ainda possível identificar quais eram os problemas-alvo, sobre os quais as ações em políticas de saúde refletiriam mais impacto na redução de problemas relacionados ao desenvolvimento infantil (figura 7).

Entre os fatores identificados podemos citar (WALKER *et al.*, 2007, 2011): estresse psicossocial, má nutrição materna, desnutrição infantil, carência de micronutrientes (ferro, zinco e iodo sendo os mais citados), deficiências motoras ou sensoriais, exposição a toxinas (como o chumbo) depressão materna, exposição à

⁸ O *The Lancet* é uma das mais importantes publicações científicas na área médica. É publicada semanalmente no Reino Unido pelo *Lancet Publishing Group*. O periódico foi fundado em 1823.

violência, institucionalização. Fatores protetores incluem: melhor educação materna e aleitamento materno.

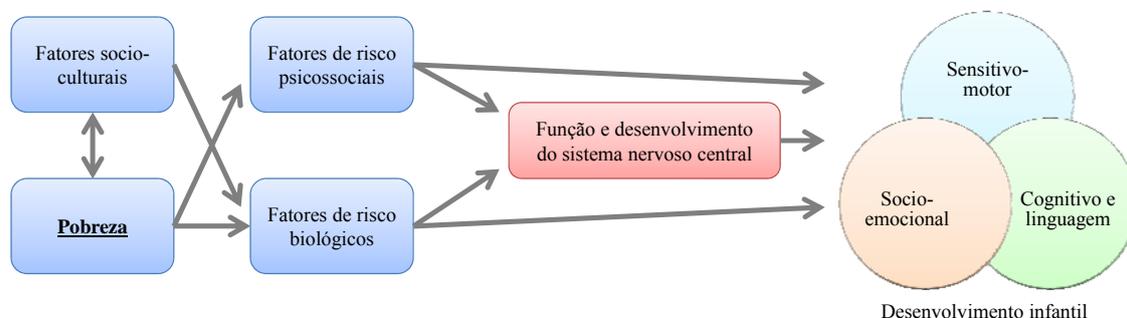


Figura 7. Caminhos da pobreza para o desenvolvimento infantil insuficiente. Fatores de risco sócio-culturais incluem a desigualdade de gênero, baixa escolaridade materna e reduzido acesso aos serviços. Riscos biológicos incluem o crescimento pré-natal e pós-natal, deficiências nutricionais, doenças infecciosas e toxinas ambientais. Os riscos psicossociais incluem fatores parentais, depressão materna e exposição à violência. Consequências da deficiência no desenvolvimento da criança tendem a se perpetuar nas gerações descendentes. Crianças com desenvolvimento ruim tendem a permanecer na pobreza como adultos, continuando assim os fluxos nas descendências. Gráfico adaptado e traduzido (WALKER *et al.*, 2007).

A violência destrutura os núcleos familiares e deixa as crianças vulneráveis. Um estudo conduzido na década de 1980 conseguiu estabelecer categoricamente a relação que o autor denominou “ciclo de violência”, ou seja, de que realmente crianças que sofreram abusos e maus-tratos tem uma chance maior de se tornarem adultos violentos (WIDOM, 1989). Tanto a falta de estímulo com atividades educativas, quanto o excesso de estresse advindo de ambientes de violência e abusos são prejudiciais ao desenvolvimento global das crianças .

Sabe-se que historicamente a desnutrição é um agravo que atrapalha o desenvolvimento intelectual saudável das crianças, talvez o mais importante dos fatores isolados (CHASE & MARTIN, 1970). Não só isso, mas a qualidade do alimento é importante. Deficiências de ferro, iodo, zinco são as mais implicadas como fatores modificáveis de problemas de desenvolvimento infantil e são todas modificáveis com medidas relativamente simples (WALKER *et al.*, 2011).

É estimado de acordo com a literatura que até 15% das crianças apresentam ao menos um problema de atraso no desenvolvimento (MACKRIDES & RYHERD, 2011). Deixar de identificar problemas de desenvolvimento precocemente pode implicar grande morbidade às crianças (BRASIL, 2012a), além de custos desnecessários aos sistemas de saúde e previdência. Novas estratégias para lidar com o problema devem ser estudadas para evitar impactos futuros em médio longo prazo.

PLANO DE INTERVENÇÃO

Como ocorre o desenvolvimento infantil saudável?

O desenvolvimento saudável de uma criança depende de um conjunto de domínios independentes (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007). É possível reconhecer três domínios mais amplamente aceitos na literatura: o desenvolvimento sensório-motor, desenvolvimento social-emocional e desenvolvimento cognitivo (figura 3). Todos eles podem ser afetados em maior ou menor grau ao longo do crescimento.

Vale ressaltar o conflito de conceitos. Uma criança pode ter peso ideal e estatura ideal – um crescimento adequado – mas possuir um desenvolvimento cognitivo ou um desenvolvimento social insuficiente. O crescimento e o desenvolvimento, apesar de relacionados, não são sinônimos (BRASIL, 2012a). O desenvolvimento engloba o conceito de crescimento quando se percebe que um crescimento inadequado é fator de risco para um desenvolvimento insuficiente.

O desenvolvimento das funções cerebrais superiores se inicia ainda durante o período pré-natal e continuará em intensidade razoável até o fim da adolescência (THOMPSON & NELSON, 2001). É importante notar que boa parte do desenvolvimento cerebral ocorre nos anos iniciais de vida, sendo mais intenso até os cinco anos de idade (JOHNSON, 2001), daí a importância reiterada de estratégias de intervenção precoce na primeira infância (BURGER, 2010). O estímulo precoce é tão importante que um grande estudo conseguiu identificar que crianças que nasceram órfãs em um contexto de vulnerabilidade social, mas que foram adotadas precocemente, tiveram um desempenho

cognitivo superior em relação às crianças que continuaram institucionalizadas (NELSON *et al.*, 2007). A figura 8 evidencia a maturação cerebral nos anos iniciais de vida.

Os problemas identificados como de desenvolvimento podem ser observados por diferentes aspectos e podem ser observados como risco sob diferentes perspectivas (COMLEY & MOUSMANIS, 2010). À medida que a criança começa a crescer há fatores monitoráveis ou não que irão se associar a estes riscos e consequentemente poderão gerar possíveis sinais ou sintomas.

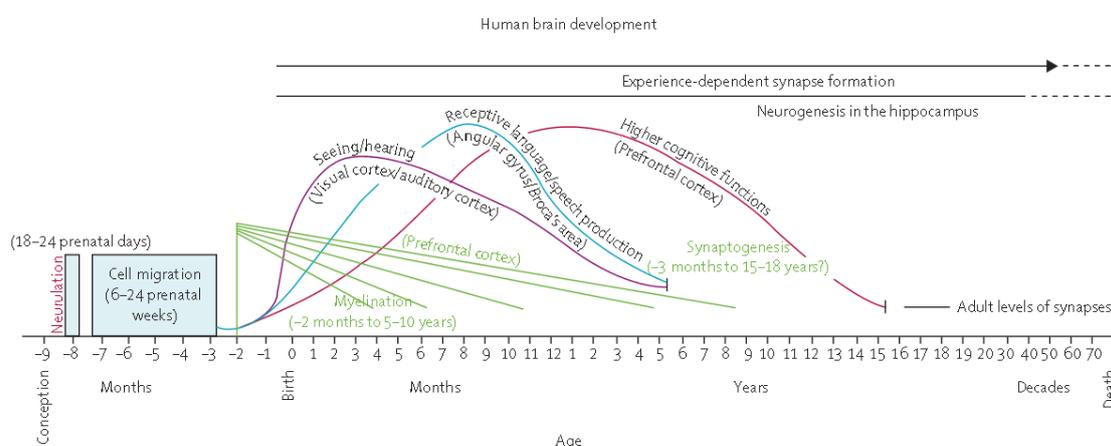


Figura 8. O desenvolvimento das funções cerebrais. Ao longo dos anos a velocidade com que as habilidades são incorporadas declina. É importante notar que a fase pré-natal exerce um papel fundamental. Adaptado (THOMPSON & NELSON, 2001).

Um primeiro fator é o crescimento. Sua falha relaciona-se obviamente com o crescimento físico e a saúde global da criança, algo mais orgânico e fácil de mensurar nos serviços de saúde tradicionais. O conceito de atraso do desenvolvimento se relaciona com o comportamento observado da criança e média de idade em que habilidades são adquiridas. Os abusos, a negligência e contextos de privação relacionam-se conceitualmente com o diagnóstico sobre a qualidade do ambiente de vida da criança. Finalmente, têm-se as desordens de vinculação ao cuidador que é conceituada a partir da natureza da relação cuidador-criança. A figura 9 resume estes conceitos.

Identificação precoce de agravos que atrapalham o desenvolvimento saudável da criança

Existem muitos métodos disponíveis para a detecção de problemas no desenvolvimento de crianças. No entanto, já foi constatado que muitos desses métodos são limitados e sua utilização prática dificultosa. As formas tradicionais usadas por profissionais de saúde para estas avaliações envolvem a aplicação de escalas em que certas habilidades adquiridas pelas crianças são comparadas com a média de idade em que estas habilidades devem estar presentes em uma criança considerada saudável. Encontrar alternativas viáveis e efetivas é ainda um grande desafio na APS (EARLS & HAY, 2006).

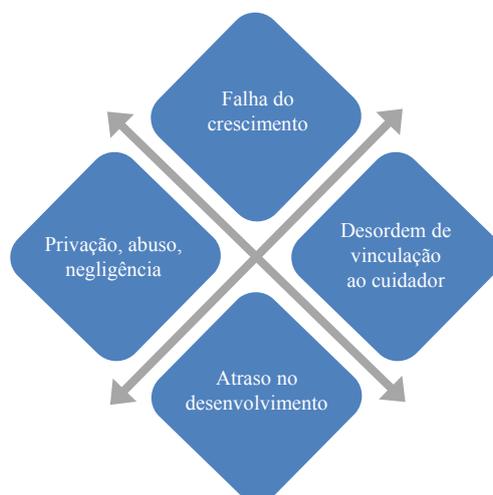


Figura 9. Interações de risco de desenvolvimento A seta de quatro vias neste diagrama indica a inter-relação forte entre estes aspectos. Embora os problemas de cada “área” possam originar-se de forma independente, existe a necessidade de estar ciente da possibilidade da presença ou desenvolvimento de problemas nas outras áreas. Adaptado e traduzido (COMLEY & MOUSMANIS, 2010).

Um importante exemplo são as escalas de Denver, um método desenvolvido na década de 1960 e publicado em 1967 (FRANKENBURG & DODDS, 1967). Este método ainda é útil, e foi revisado algumas vezes, culminando com o desenvolvimento da escala Denver-II, um teste de 125 questões aplicadas diretamente pelo profissional de saúde em cerca de 15 minutos, mas que apresenta baixas e moderadas especificidade e sensibilidade em análises comparativas (COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES *et al.*, 2006).

Atualmente outros métodos têm sido utilizados e estudados como alternativas na busca por um método de fácil aplicação com alta confiabilidade e capacidade de detecção de problemas. Eles apresentam tempo para aplicação, complexidade e entrevistadores ou examinadores diferentes (GLASCOE, 1998). Testes aplicados pelos próprios pais ou cuidadores, vêm sendo considerados de grande valia, inclusive recomendados rotineiramente nos Estados Unidos numa perspectiva baseada em evidências científicas (COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES *et al.*, 2006).

Assim, métodos como o PEDS, o ASG-3 e o M-CHAT⁹ se mostram promissores para aplicabilidade e alguns já apresentam tradução e validação em língua portuguesa (FILGUEIRAS *et al.*, 2013; GRAÇA, 2013). Nos últimos anos, os métodos para a identificação de crianças com provável diagnóstico de agravos pertencentes ao grupo dos autismos – como o M-CHAT – ganharam bastante notoriedade pela sua grande disponibilidade e facilidade de aplicação pelos cuidadores, gerando uma cultura de identificação precoce, mas também de sobredianóstico (ENGLE *et al.*, 2007, 2011; WALKER *et al.*, 2007, 2011), abrindo caminho para as triagens de outros agravos de desenvolvimento.

Os métodos PEDS e AGS-3, desenvolvidos especialmente para identificação de atrasos de desenvolvimento, ganharam notoriedade pelo seu baixo custo, confiabilidade e pela possibilidade de ser realizado por pais e cuidadores das crianças, algo que facilita a aplicação prática e diminui o tempo necessário para a realização (MACKRIDES & RYHERD, 2011).

O escore ASG-3 tem mostrado melhores resultados de especificidade e sensibilidade (LIMBOS & JOYCE, 2011) e parece válido para crianças também nascidas em idades gestacionais diversas (SCHONHAUT *et al.*, 2013). Sobre a escolha entre os métodos PEDS e AGS-3 não há consenso, pois eles são muitas vezes discordantes e é suposto que possuem características diferentes em diferentes populações onde foram aplicados (SICES *et al.*, 2004).

⁹ Siglas em língua inglesa. PEDS = Parents' Evaluation of Developmental Status. ASG-3 = Ages and Stages Questionnaire -3rd edition. M-CHAT = Modified Checklist for Autism in Toddlers.

Importância de redes de atenção integral à criança e intervenção precoce

A falta de redes estruturadas de atenção à saúde é um grande problema enfrentado na atenção primária no Brasil. Isto acaba se estendendo à atenção pediátrica. A atenção primária à saúde tem um papel importante na detecção destes problemas, uma vez que a equipe de saúde da atenção primária é o primeiro vínculo contínuo das crianças com o sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2012a). A identificação de problemas de desenvolvimento em crianças geralmente não é realizada.

Estatísticas estadunidenses baseadas em inquéritos realizados entre 2009 e 2010 para avaliar o acesso ao cuidado, à qualidade deste acesso e o impacto familiar do agravo mostraram que os cuidadores de crianças portadoras de problemas no desenvolvimento (sem autismos) apresentam grandes dificuldades além daquelas impostas pela própria doença (VOHRA *et al.*, 2013). Sobre o acesso, cerca de 40% relatam dificuldade em usar os serviços de saúde, 11% dificuldades em conseguir encaminhamentos a outros serviços e 24% referem dificuldades com os planos de saúde (entre os que possuem cobertura privada).

Quanto à qualidade dos serviços, 36% referem uma falta de decisão compartilhada entre os profissionais e cuidadores, 82% percebem uma falta de coordenação do cuidado e 8% sequer percebem rastreamento do problema durante as consultas. O impacto familiar é também notório. 40% reportam dificuldades financeiras, 30% encontram dificuldades no trabalho e 25% compreendem um tempo considerado elevado para o cuidado. Estes números podem ser ainda mais significativos para portadores de autismo.

Objetivos

O objetivo principal do trabalho é identificar precocemente e encaminhar soluções para problemas de desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde. Para isto são delineados objetivos específicos para o cumprimento de metas estabelecidas:

- 1.** Construir e executar projeto gerencial viável a equipes de saúde da rede de atenção básica para identificação de problemas desenvolvimento infantil
 - 1.1.** Confirmação de viabilidade local.
 - 1.2.** Apresentação do projeto pelo profissional proponente e responsabilização livre e esclarecida para início de execução.
 - 1.3.** Obter espaço para reuniões periódicas na Unidade.
 - 1.4.** Pactuar agendamentos de reuniões com membros da Equipe de Saúde da Família para estudos, discussão do problema e execução de projeto
 - 1.5.** Operacionalizar método escolhido de rastreamento de risco para problemas de desenvolvimento infantil.
- 2.** Estabelecer localmente fluxo contínuo e longitudinal de trabalho e encaminhamentos
 - 2.1.** Recepção e identificação de problemas.
 - 2.2.** Análise de casos individuais.
 - 2.3.** Responsabilização com encaminhamento e comunicação de soluções.
- 3.** Apresentação de resultados e encerramento anual de cronograma

Estratégia de intervenção

Trata-se este trabalho de um projeto-piloto para identificação precoce de agravos de desenvolvimento infantil, consoante com a APS, aplicável a Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podendo ser adaptado para estabelecimentos de ensino ou Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) que possuam um mínimo de dois profissionais da saúde de ensino superior vinculados, executável em 12 meses, com análise de monitoramento contínua mensal ou bimestral, e análise de instalação inicial e viabilidade local nos 2 meses iniciais. A análise de permanência deste fluxo de trabalho para continuidade é sugerida para execução após 10 meses do término da instalação inicial e, anualmente, a cada 12 meses, a partir de então¹⁰. O projeto envolve pactuação mútua de profissionais e gestores com responsabilização formal e informal. Os pontos de execução do projeto, seguindo a numeração delineada nos objetivos específicos previamente definidos e seguem em sequência.

- Período objetivo 1 (PO1). Implantação e responsabilização. Construir e executar projeto gerencial viável a equipes de saúde da rede de atenção básica para identificação de problemas desenvolvimento infantil.
 - ✓ Ponto de execução 1.1. Confirmação de viabilidade local. → Verificar se há viabilidade de implantação e execução do projeto continuamente com possibilidade de monitoramento. Poderá ser aplicado um *checklist* de Confirmação de Viabilidade Local pelo profissional proponente, determinando o estabelecimento de saúde como: viável (S), ou inviável (X). Profissional proponente é um profissional vinculado a estabelecimento de saúde que será responsável pela responsabilização de uma equipe mínima de 4 profissionais executores. Profissional executor é um profissional vinculado a estabelecimento de saúde que se compromete a executar o projeto por um período de 12 meses. Um mínimo de 4 profissionais executores será denominado Equipe Executora.

¹⁰ Detalhamento será exemplificado em cronograma sugerido.

- ✓ Ponto de execução 1.2. Apresentação do projeto pelo profissional proponente e responsabilização livre e esclarecida para início de execução.
→ Obtenção de acordo formal, por escrito, para a execução e monitoramento do projeto por um período de 12 meses, para a implantação local entre os profissionais executores. É necessário o envolvimento mínimo de 4 profissionais executores, sendo necessário um mínimo de 2 profissionais de saúde de ensino superior vinculados, com perspectiva de vínculo institucional mantido por tempo igual ou superior a 12 meses. Um Termo de Compromisso Voluntário para a formação de equipe mínima de 4 profissionais locais será apresentado a estes profissionais pelo profissional proponente. Poderá haver mais de uma Equipe Executora para cada Unidade de saúde viável.

- ✓ Ponto de execução 1.3. Obter espaço para reuniões periódicas na Unidade.
→ Negociação da equipe de saúde da família junto ao poder municipal município para a adequação de sala com mesa de reunião para realização de encontros mensais (12 encontros) ou bimestrais (6 encontros), no período de 12 meses.

- ✓ Ponto de execução 1.4. Pactuar agendamentos de reuniões com membros da Equipe de Saúde da Família para estudos, discussão do problema e execução de projeto → Negociação da equipe de saúde da família com os membros para reuniões mensais ou bimestrais. Esta reunião será chamada de Reunião de Seguimento e será preenchida uma avaliação, uma Rotina de Seguimento. Pauta mínima sugerida das reuniões:
 - Execução do projeto e análise permanente de viabilidade;
 - Contabilização de casos recebidos e encerrados na Unidade;
 - Contabilização de encaminhamentos realizados a serviços externos;
 - Contabilização de encaminhamentos retornados;
 - Atualização acadêmica dos temas referentes ao desenvolvimento infantil.

- ✓ Ponto de execução 1.5. Operacionalizar método escolhido de rastreamento de risco para problemas de desenvolvimento infantil. → Identificado o método adequado para realizar o rastreamento de agravos relativos ao desenvolvimento infantil, dentre as opções apresentadas durante encontro, realizar treinamento conjunto com membros da Equipe Executora que utilizarão o método para realizar triagem de agravos, realizando testes iniciais em pacientes saudáveis seguindo Consentimento Livre e Esclarecido dos pais. A equipe optará por um Modelo do Método de Rastreio disponível em língua portuguesa.

- Período objetivo 2 (PO2). Fluxo de trabalho. Estabelecer localmente fluxo contínuo e longitudinal de trabalho e encaminhamentos. → Implantado o núcleo composto de 4 profissionais executores, e definido o método de rastreamento de agravos do desenvolvimento infantil, iniciar aplicação do método escolhido.
 - ✓ Ponto de execução 2.1. Recepção e identificação de problemas. → Pacientes serão acolhidos e os pais serão instruídos dos objetivos do projeto. As crianças identificadas dentro da faixa etária de 1 a 60 meses de vida serão avaliadas quanto ao seu desenvolvimento. A avaliação, independente do método escolhido, definirá a criança analisada como possuindo triagem positiva ou triagem negativa para problema no desenvolvimento infantil. Será efetuada, baseada em informações constantes em *checklist* complementar, uma Análise de Risco para Problemas no Desenvolvimento Saudável, se há risco positivo ou risco negativo para agravos do desenvolvimento infantil saudável. Cada paciente receberá uma das quatro identificações possíveis conforme: triagem positiva e risco positivo (1A), triagem positiva e risco negativo (1B), triagem negativa e risco positivo (2A), triagem negativa e risco negativo (2B). As crianças consistentes com triagem positiva (categorias 1A, ou 1B) terão uma avaliação agendada com um profissional de ensino superior. Crianças identificadas como categoria 2A terão os pais ou responsáveis comunicados sobre o risco.

 - ✓ Ponto de execução 2.2. Análise de casos individuais. → Na consulta agendada das crianças consistentes com o achado de triagem positiva

(categorias 1A, ou 1B), elas terão o caso analisado individualmente, com abordagem ampla, concordando com a Estratégia Saúde da Família. Será definido um encaminhamento, ou não, a outro serviço de saúde, ou quanto a necessidade de avaliação por outros profissionais locais.

- ✓ Ponto de execução 2.3. Responsabilização com encaminhamento e comunicação de soluções. → O profissional que recepcionou a criança para avaliação individual será responsável pela comunicação do seguimento, encaminhamentos e monitoramento contínuo do caso, até o julgamento de caso encerrado. O caso encerrado poderá ser por: tratamento encerrado por alta/cura (a), monitoramento contínuo em serviço externo com documentação comprobatória (b), abandono (c), ou morte (d).

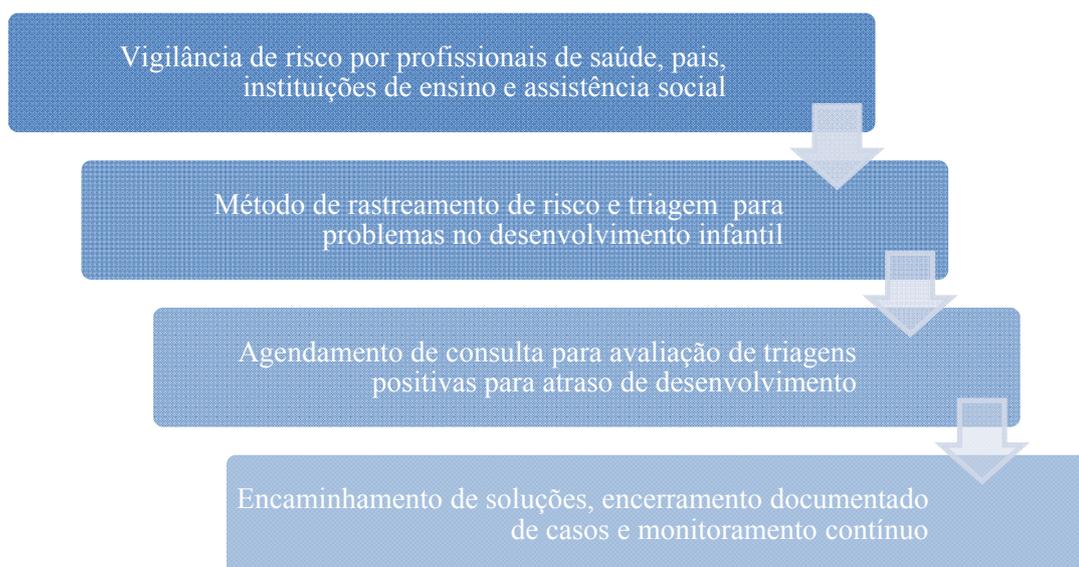


Figura 10. Fluxo de trabalho. O encaminhamento de soluções, encerramento documentado dos casos e o monitoramento contínuo são esperados.

- Período objetivo 3 (PO3). Monitoramento e divulgação anual. Apresentação de resultados e encerramento anual de cronograma. → Anualmente, o material obtido nas reuniões mensais ou bimensais, devidamente registrado em Anotação de Desenvolvimento Infantil será contabilizado em uma Planilha Anual de Desenvolvimento Infantil.

- ✓ Ponto de execução 3.1. Análise e divulgação de resultados. → Os resultados serão discutidos na última reunião após 12 meses iniciais.
- ✓ Ponto de execução 3.2. Apresentação resultados à comunidade e profissionais. → Os resultados obtidos serão apresentados anualmente para a comunidade e profissionais do estabelecimento de saúde.

Cronograma de execução

Os cronogramas de execução sugeridos aqui seguem a distribuição anual, ao longo de 12 meses de planejamento, descritos previamente na estratégia de intervenção. É importante notar que no primeiro ano de instalação do projeto haverá um período inicial de instalação e o encerramento será realizado no último mês (figura 11). Durante o último mês, para a análise e estudo anual do processo, não será realizado o monitoramento neste ano inicial, o que não ocorrerá nos anos subsequentes, quando o monitoramento contínuo poderá ter um fluxo melhor estabelecido (figura 12).

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
PO1	1.1	1.1										
	1.2	1.2										
	1.3	1.3										
	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
PO2			2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
			2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
			2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3
PO3												3.1
												3.2

Figura 11. Ano inicial de instalação. Este ano inicial conta com monitoramento contínuo por 09 meses, envolvendo aprendizado de fluxos e estabelecimento de rotinas. O período inicial de instalação é de 02 meses, no início do processo. O monitoramento sofrerá avaliação ao término do período inicial para contabilização e análise de continuidade, interrompendo a vigilância de agravos para avaliação e estudo. Os números representam os pontos de execução. PO = ponto objetivo.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
PO1	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
PO2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3
PO3												3.1
												3.2

Figura 12. Anos subsequentes de execução. Este ano conta com monitoramento contínuo por 12 meses. O período inicial de instalação é desnecessário. O monitoramento sofrerá avaliação ao término do período inicial para contabilização e análise de continuidade, mas sem interromper a vigilância de agravos. Os números representam os pontos de execução. PO = ponto objetivo.

Mecanismos de avaliação e monitoramento

O monitoramento das atividades será realizado durante dois momentos distintos: durante os encontros mensais ou bimensais no durante a realização do ponto objetivo 2 (PO2), e anualmente, contabilizando os dados dos 12 meses (10 meses no primeiro ano) durante a realização do ponto objetivo 3 (PO3). O julgamento da correta metodologia do trabalho e do monitoramento será realizado pela Equipe Executora durante as Reuniões de Seguimento, podendo ser realizado através de votação, julgando se há ou não esta aplicação correta da metodologia. Um conceito superior a 50% na realização da Rotina de Seguimento será considerado satisfatório, o que não dependerá da quantidade de crianças avaliadas, mas dos encaminhamentos realizados a contento.

Anualmente, durante a realização do PO3, ocorrerá uma Reunião de Encerramento. Este encontro será necessário para a contabilização anual dos eventos computados durante a execução do PO2. Após este encontro, e somente após ele, será agendado durante o PO3 um Encontro de Divulgação, onde o trabalho será apresentado, servindo como avaliação externa, onde a comunidade e os profissionais das Unidades de Saúde poderão opinar e criticar o trabalho desenvolvido ao longo dos 12 meses. Serão avaliados através de um Relatório Objetivo Anual, assinado pelos membros da Equipe Executora, pontos sobre o funcionamento do programa de objetivos e, atingido conceito satisfatório superior a 70%, os 12 meses de trabalho serão considerados satisfatórios, ou não satisfatórios. Aqui, será avaliada a quantidade de triagens realizadas por número de crianças atendidas nas seguintes faixas etárias: menores de 1 ano; de 1 ano a 4 anos e 11 meses – disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica e através dos relatórios PMA2.

Número de triagens em relação à quantidade de atendimentos de crianças nestas faixas de idade em número superior 20% será considerado como objetivo anual suficiente (OAS) e menor que 20% dos atendimentos será considerado como Objetivo Anual Insuficiente (OAI).

Análise da viabilidade

A intervenção proposta é de interesse social, é possível de ser realizada, tem baixo custo operacional e grande possibilidade de custo-efetividade. Os recursos necessários estão disponíveis nas unidades em que se propõe a instalação do projeto. É necessário apenas organizar os fluxos de trabalho e suprir os insumos básicos. Serão analisados recursos necessários para cada atividade de cada ação. Tomando como base uma área de cobertura de 4.000 pessoas e uma proporção de 8% de pessoas com faixa etária do nascimento a 04 anos e 11 meses de idade, tem-se portanto um máximo de 320 crianças.

Esta revisão não objetiva encontrar nenhum método ideal específico, mas um factível à realidade do trabalho das equipes de saúde da família, dentro do contexto da APS. O grande limitante sempre será o custo, portanto, apesar de bons resultados, o custo unitário de uma avaliação de rastreamento custará em torno de 10 a 20 dólares estadunidenses em média (MACKRIDES & RYHERD, 2011).

RESULTADOS ESPERADOS

Além da implantação do projeto nesta Unidade de Saúde da Família, objetiva-se a continuidade dos fluxos de identificação de problemas de desenvolvimento infantil através da pactuação proposta. Como o desenho do projeto permite aplicação em unidades de saúde diversas – estabelecimentos de saúde, de ensino, ou até CRAS – que realizam atenção a crianças no Brasil, espera-se ser possível a implantação em outros locais em que não há alta densidade de equipamentos.

No Brasil, há um grande contingente de crianças em faixa crítica para o monitoramento do desenvolvimento infantil, sendo obviamente prioritário até os 5 anos de idade. Na Bahia, segundo dados do IBGE, o número de crianças de nesta faixa etária é ainda maior (IBGE, 2010). Assim, é esperado que medidas de monitoramento ativo de agravos do desenvolvimento infantil tenham resultados ainda mais relevantes, diminuindo a morbidade de agravos e melhorando a vigilância.

Apesar de objetivar neste projeto que utilizando mecanismos cientificamente validados sejam avaliadas um mínimo de 20% das crianças que comparecem as consultas – levando-se em conta que o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam que estas crianças sejam avaliadas em diversos momentos – é possível que, mesmo considerando esta meta aparentemente baixa, mais de 80% delas sejam observadas categoricamente por no mínimo uma vez até os cinco anos de vida. Diante de um cenário em que este tipo de avaliação tem taxas quase nulas, ter mais de 80% das crianças avaliadas esta idade é razoável, apesar de longe do ideal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da estratégia saúde da família como parte da atenção primária à saúde para o reordenamento do modelo de atenção à saúde vigente é ainda mais recente que a implantação do SUS no Brasil. Por isto, meios capazes de resolver importantes problemas complexos com alta tecnologia gerencial e baixa densidade de recursos, levando em conta o custo-efetividade das intervenções, é um enorme desafio já que os problemas de gerenciamento e ordenamento do sistema nos diversos níveis são identificados rotineiramente como falha do Sistema Único de Saúde. A capacidade de identificar e resolver e precocemente problemas será crucial para o sucesso de um sistema de macrogerenciamento de recursos para da saúde. Neste contexto, utilizar recursos factíveis à realidade dos estabelecimentos de saúde é um passo importante.

É preciso ter cuidado com o sobrediagnóstico, quando um número mais elevado que a prevalência habitual de atraso no desenvolvimento pode ser encontrada. Como análises de frequência mostram que esta prevalência é de cerca de 10 a 15%, números maiores que este pode indicar triagens positivas de uma dimensão maior que a prevista. Do mesmo modo, números de prevalência de achados reduzidos, talvez menores que 5%, podem indicar subdiagnósticos. Vem daí a importância da escolha de um modelo adequado à realidade local e o monitoramento continuado de sua aplicabilidade prática.

Partindo de uma análise local da população do entorno da USF-AL em que há uma elevada proporção etária de crianças e o diagnóstico de sua situação de vulnerabilidade, este projeto envolve a identificação precoce de problemas relativos ao desenvolvimento das crianças, muitas vezes subdimensionados e subdiagnosticados.

Este trabalho sofre a limitação da grande demanda por profissionais de saúde na atenção básica, o que pode dificultar a responsabilização e o tempo despendido durante a carga horária para atividades de vigilância em saúde além das ações assistenciais apenas. A pactuação de novas tarefas a estes profissionais é um fator limitante e pode significar negativa de interesse em participar do projeto.

Alguns sistemas de saúde em outros países já criaram formas de bonificar com gratificações e benefícios os trabalhadores que executam ações de vigilância e monitoramento adequadas, apesar desta gratificação ter resultados satisfatórios ainda inconclusivos (HOULE *et al.*, 2012). Identificar de forma contínua os problemas de saúde em idade precoce que geram grande morbidade implica em custos menores ao sistema, sendo o investimento em ações deste tipo algo fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU E LIMA, JOSÉ IGNÁCIO DE. *Synopsis ou dedução chronologica dos factos mais notaveis da historia do Brazil*. Pernambuco: M. F. de Faria, 1845.
- ADORNO, ELISÂNGELA VITÓRIA ;COUTO, FÁBIO DAVID ;MOURA NETO, JOSÉ PEREIRA DE ;MENEZES, JOELMA FIGUEIREDO ;RÊGO, MARCO ;REIS, MITERMAYER GALVÃO DOS ;GONÇALVES, MARILDA SOUZA. Hemoglobinopathies in newborns from Salvador, Bahia, Northeast Brazil, *Cadernos de Saúde Pública* , vol. 21, n.1, pp. 292–298. — PMID: 15692663, 2005.
- BAHIA, GOVERNO DO ESTADO. *Sistema de Informações Municipais*. , *Site da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia*, url. http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&no=1, a, acesso em 21 de maio de 2013.
- BAHIA, GOVERNO DO ESTADO. COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DA BAHIA - CONDER. *Geopolis - Mapas Municipais*. , *Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia*, url. <http://geopolis.ba.gov.br/?m=Salvador>, b, acesso em 13 de janeiro de 2014.
- BAHIA, GOVERNO DO ESTADO. SECRETARIA DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde - 2012 a 2015, *Revista Baiana de Saúde Pública* , vol. 36, n.1, pp. 1–166, 2012.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS*. , *IDSUS 2010*, url. <http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>, acesso em 30 de janeiro de 2014.
- _____. *Portaria 2488, 20 de outubro de 2011*. Brasília: Distrito Federal: Diário Oficial da União, 2011.
- _____. ; MINISTÉRIO DA SAÚDE (ed.). *Cadernos de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*. 1^a. ed. Brasília: Editora MS, ISBN 978-85-334-1970-4, 2012.
- _____. *Brasil supera meta da ONU de redução de mortes em crianças*. , *Blog da Saúde*, url. <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/voceeosus/31055-87brasil-supera-meta-da-onu-de-reducao-de-mortes-em-criancas>, b, acesso em 20 de junho de 2013.
- _____. *Modulo Profissional - Profissionais por Estabelecimento*. , *Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde*, url. <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>, acesso em 13 de janeiro de 2014.
- _____. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família*. , *Site do Departamento de Atenção Básica (DAB) - Atenção Básica - Saúde da*

Família, url. http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php, acesso em 15 de janeiro de 2014.

- BRAZIL, IMPERIO. *Collecção das Leis e Decretos do Imperio do Brazil, desde a feliz epoca da sua independencia*. Rio de Janeiro: P. Plancher-Seignot, 1837.
- BURGER, KASPAR. How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the effects of early interventions for children from different social backgrounds, *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 25, n.2, pp. 140–165, 2010.
- DE CARVALHO SOARES, ANTONIO MATEUS ;ESPINHEIRA, GEY. *Gestão e Participação em Projetos Habitacionais Populares - Nova Primavera: Um Estudo de Caso*. Salvador, Universidade Federal da Bahia - Departamento de Ciências Humanas - Pós-graduação (Especialização) em Gestão Pública Municipal, Trabalho de Conclusão de Curso, 2005
- _____. Conjuntos habitacionais em Salvador-Ba e a transitória inserção social, *Risco: Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo (Online)*, vol. 3, n.2, pp. 57–65, 2006.
- CHASE, H. PETER ;MARTIN, HAROLD P. Undernutrition and Child Development, *New England Journal of Medicine*, vol. 282, n.17, pp. 933–939. — PMID: 5436028, 1970.
- COMLEY, LINDA ;MOUSMANIS, PATRICIA. *Improving the Odds: Healthy Child Development - Focus on the Early Years: Neuroscience and Implications for Clinical Practice, Interdisciplinary MAINPRO CME for Family Physicians and other Primary Healthcare Providers*. 6th. ed., 2010.
- COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES ;SECTION ON DEVELOPMENTAL BEHAVIORAL PEDIATRICS ;BRIGHT FUTURES STEERING COMMITTEE ;MEDICAL HOME INITIATIVES FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS PROJECT ADVISORY COMMITTEE. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening, *Pediatrics*, vol. 118, n.1, pp. 405–420. — PMID: 16818591, 2006.
- EARLS, MARIAN F. ;HAY, SHERRY SHACKELFORD. Setting the Stage for Success: Implementation of Developmental and Behavioral Screening and Surveillance in Primary Care Practice—The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project, *Pediatrics*, vol. 118, n.1, pp. e183–e188. — PMID: 16818532, 2006.
- ENGLE, PATRICE L ;BLACK, MAUREEN M ;BEHRMAN, JERE R ;CABRAL DE MELLO, MEENA ;GERTLER, PAUL J ;KAPIRIRI, LYDIA ;MARTORELL, REYNALDO ;YOUNG, MARY EMING. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world, *The Lancet*, vol. 369, n.9557, pp. 229–242, 2007.
- ENGLE, PATRICE L ;FERNALD, LIA CH ;ALDERMAN, HAROLD ;BEHRMAN, JERE ;O’GARA, CHLOE ;YOUSAFZAI, AISHA ;DE MELLO, MEENA CABRAL ;HIDROBO, MELISSA ;ULKUER, NURPER ;ET AL. Strategies for reducing inequalities and improving

developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries, *The Lancet*, vol. 378, n.9799, pp. 1339–1353, 2011.

- FERNANDES, NELSON F. ;GUIMARÃES, RENATO F. ;GOMES, ROBERTO AT ;VIEIRA, BIANCA C. ;MONTGOMERY, DAVID R. ;GREENBERG, HARVEY. Topographic controls of landslides in Rio de Janeiro: field evidence and modeling, *Catena*, vol. 55, n.2, pp. 163–181, 2004.
- FILGUEIRAS, ALBERTO ;PIRES, PEDRO ;MAISSONETTE, SILVIA ;LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Psychometric properties of the Brazilian-adapted version of the Ages and Stages Questionnaire in public child daycare centers, *Early human development*, vol. 89, n.8, pp. 561–576. — PMID: 23507472, 2013.
- FRANKENBURG, W K ;DODDS, J B. The Denver developmental screening test, *The Journal of pediatrics*, vol. 71, n.2, pp. 181–191. — PMID: 6029467, 1967.
- FREITAS, ENI DEVAY DE ;PAIM, JAIRNILSON SILVA ;SILVA, LÍGIA MARIA VIEIRA DA ;COSTA, MARIA DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 16, n.4, pp. 1059–1070, 2000.
- GLASCOE, FRANCES PAGE. *Collaborating with parents: Using Parents' Evaluation of Developmental Status to detect and address developmental and behavioral problems.*: Ellsworth & Vandermeer Press, 1998.
- GRAÇA, PATRÍCIA. Aferição para a população portuguesa da escala de desenvolvimento : ages & stages questionnaires (ASQ-3) dos 30 aos 60 meses. — Tese de doutoramento em Estudos da Criança (área de especialização em Educação Especial), 2013.
- GRANTHAM-MCGREGOR, SALLY ;CHEUNG, YIN BUN ;CUETO, SANTIAGO ;GLEWWE, PAUL ;RICHTER, LINDA ;STRUPP, BARBARA. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries, *The Lancet*, vol. 369, n.9555, pp. 60–70, 2007.
- GUIMARÃES, ISABEL C. S. ;TAVARES-NETO, JOSÉ. Transmissão urbana de esquistossomose em crianças de um bairro de Salvador, Bahia, *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, vol. 39, n.5, pp. 451–455, 2006.
- HOULE, SHERILYN K.D. ;MCALISTER, FINLAY A. ;JACKEVICIUS, CYNTHIA A. ;CHUCK, ANDERSON W. ;TSUYUKI, ROSS T. Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care?A Systematic Review, *Annals of Internal Medicine*, vol. 157, n.12, pp. 889–899, 2012.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010 - Sinopse por Setores*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
- _____. *Censo 2010: Aglomerados subnormais*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.
- _____. *Séries históricas e estatísticas: temas e subtemas.*, *Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*, url.

http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&no=1, b, acesso em 15 de agosto de 2013.

- JESUS, A. C. ;MIRANDA, S. B. ;DIAS, L. S. O. ;BRITO JÚNIOR, J. A. ;BURGOS, P. C. ;CAMPOS, L. E. P. Contribuição para o zoneamento das áreas com características geotécnicas semelhantes da Cidade de Salvador visando aplicação em mapeamento de risco. Em: *Anais da IV Conferência Brasileira sobre Estabilidade de Encostas. Salvador: Associação Brasileira de Mecânica dos Solos e Engenharia Geotécnica*, 2005
- JOHNSON, MARK H. Functional brain development in humans, *Nature Reviews Neuroscience* , vol. 2, n.7, pp. 475–483, 2001.
- LIMBOS, MARJOLAINE M. ;JOYCE, DAVID P. Comparison of the ASQ and PEDS in Screening for Developmental Delay in Children Presenting for Primary Care, *Journal of Developmental* , vol. 32, n.7, pp. 499–511, 2011.
- MACEDO, ADRIANA C ;PAIM, JAIRNILSON S ;SILVA, LÍGIA M VIEIRA DA ;COSTA, MARIA DA CONCEIÇÃO N. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil, *Revista de Saúde Pública* , vol. 35, n.6, pp. 515–522, 2001.
- MACKRIDES, PAULA S. ;RYHERD, SUSAN J. Screening for developmental delay, *American family physician* , vol. 84, n.5, p. 544, 2011.
- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. As redes de atenção à saúde, *Ciência & Saúde Coletiva* , vol. 15, n.5, pp. 2297–2305, 2010.
- MOTA, FÁBIO FRIAS ;VIEIRA-DA-SILVA, LIGIA MARIA ;PAIM, JAIRNILSON SILVA ;COSTA, MARIA DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública* , vol. 19, n.4, pp. 915–922, 2003.
- NELSON, CHARLES A. ;ZEANAH, CHARLES H. ;FOX, NATHAN A. ;MARSHALL, PETER J. ;SMYKE, ANNA T. ;GUTHRIE, DONALD. Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: The Bucharest Early Intervention Project, *Science* , vol. 318, n.5858, pp. 1937–1940. — PMID: 18096809, 2007.
- DE-OLIVEIRA-CARDOSO, MARCELLE ;VIEIRA-DA-SILVA, LIGIA MARIA. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007), *Cadernos de Saúde Pública* , vol. 28, n.7, pp. 1273–1284, 2012.
- PAIM, J. S. ;COSTA MDA, C. ;MASCARENHAS, J. C. ;DA SILVA, L. M. Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil, *Rev Panam Salud Publica* , vol. 6, n.5, pp. 321–32, 1999.
- PAIM, JAIRNILSON ;TRAVASSOS, CLAUDIA ;ALMEIDA, CELIA ;BAHIA, LIGIA ;MACINKO, JAMES. The Brazilian health system: history, advances, and challenges, *Lancet* , vol. 377, n.9779, pp. 1778–1797. — PMID: 21561655, 2011.

- PNUD, PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil - Região Metropolitana de Salvador*. Brasília: Organização das Nações Unidas, 2006.
- _____. *Perfil Socioeconômico dos Municípios do Brasil. , Perfil do Município de Salvador, BA - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013*, url. http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil/salvador_ba, acesso em 13 de janeiro de 2014.
- REAL BIBLIOTHECA. *Plano da fortificação que se acha na capitania da Bahia feito por ordem do senhor D. Fernando José de Portugal e Castro, Governador e Capitão Geral da mesma capitania. Manuscrito para a Real Bibliotheca (Arquivos da Biblioteca Nacional)*, 3. Bahia: Real Bibliotheca, 1799.
- REBELLO, DOMINGOS JOSÉ ANTONIO. *Corographia, ou Abreviada Historia Geographica do Imperio do Brasil*. Salvador: Bahia: Typographia Imperial e Nacional, 1829.
- REBOUÇAS, FÁDIA. Espaço urbano, impacto espacial e periferização: implicações socioespaciais da produção do espaço urbano de Salvador, *Revista de Geografia (Recife)* , vol. 28, n.2, pp. 77–94, 2011.
- REDE BAHIA, PORTAL DE NOTÍCIAS IBAHIA. *iBahia - Trabalhadores do Programa Saúde da Família (PSF) de Salvador realizam paralisação de 48 horas.* , url. <http://www.ibahia.com/detalhe/noticia/trabalhadores-do-programa-saude-da-familia-psf-de-salvador-realizam-paralisacao-de-48-horas/?cHash=4321c698df50f08985ee4c7a9ed80607>, acesso em 31 de janeiro de 2014.
- REIS, JOÃO JOSÉ. Recôncavo rebelde: revoltas escravas nos engenhos baianos, *Revista Afro-Ásia* , vol. 15, pp. 100–26, 1992.
- _____. Quilombos e revoltas escravas no Brasil, *Revista USP, Povo Negro.*, n.28, pp. 14–39, 1996.
- SALVADOR, PREFEIRURA MUNICIPAL DE SALVADOR. XII Conferência Municipal de Saúde reúne mais de 1500 na capital, *Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Salvador*, n.1, 2014.
- _____. *TabNet Salvador - Subcoordenação de Informação em Saúde - Assistência à Saúde: Atenção Básica.* , *DataSUS - Secretaria Municipal de Saúde*, url. <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>, b, acesso em 29 de janeiro de 2014.
- SALVADOR, PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR ;VELAME, FÁBIO ;CARVALHO, JAINE. Mapeamento dos Terreiros de Candomblé de Salvador: Regularização fundiária dos terreiros de Salvador - Mapas Gerais de Salvador - Distribuição dos terreiros por ano de fundação (terreiros fundados até 2006). Salvador: Bahia, 2007. – scale 1:100.000
- SALVADOR, PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA DA SAÚDE. *Roteiro de Atuação na Área de São Bartolomeu - Equipe São Bartolomeu*, 2001.

- _____. *Plano Municipal de Saúde - 2010 a 2013*, 2010.
- SANTOS, PABLO DE MOURA ;D'OLIVEIRA JÚNIOR, ARGEMIRO ;NOBLAT, LÚCIA DE ARAÚJO COSTA BEISL ;MACHADO, ADELMIR SOUZA ;NOBLAT, ANTONIO CARLOS BEISL ;CRUZ, ÁLVARO AUGUSTO. Predictors of adherence to treatment in patients with severe asthma treated at a referral center in Bahia, Brazil, *Jornal Brasileiro de Pneumologia* , vol. 34, n.12, pp. 995–1002, 2008.
- SCHONHAUT, LUISA ;ARMIJO, IVÁN ;SCHÖNSTEDT, MARIANNE ;ALVAREZ, JORGE ;CORDERO, MIGUEL. Validity of the Ages and Stages Questionnaires in Term and Preterm Infants, *Pediatrics* , vol. 131, n.5, pp. e1468–e1474. — PMID: 23629619, 2013.
- SERPA, ANGELO. Ponto convergente de utopias e culturas: o Parque São Bartolomeu, *Tempo Social (Revista de Sociologia da USP)* , vol. 8, n.2, pp. 177–190, 1996.
- _____. Gestão territorial do sistema de parques públicos em Salvador, Bahia: contradições e paradoxos, *Revista Ra'e Ga* , vol. 12, pp. 7–19, 2006.
- SICES, LAURA ;FEUDTNER, CHRIS ;MCLAUGHLIN, JOHN ;DROTAR, DENNIS ;WILLIAMS, MICHELLE. How Do Primary Care Physicians Manage Children With Possible Developmental Delays? A National Survey With an Experimental Design, *Pediatrics* , vol. 113, n.2, pp. 274–282. — PMID: 14754938, 2004.
- THOMPSON, ROSS A. ;NELSON, CHARLES A. Developmental science and the media: Early brain development, *American Psychologist* , vol. 56, n.1, pp. 5–15, 2001.
- TONERA, ROBERTO ;DA CRUZ, CARLOS LUÍS M. C. *Forte de São Bartolomeu da Passagem*. , **Fortalezas.org**, url. http://fortalezas.org/?ct=fortaleza&id_fortaleza=78, acesso em 10 de janeiro de 2014.
- TRAVIS, PHYLLIDA ;BENNETT, SARA ;HAINES, ANDY ;PANG, TIKKI ;BHUTTA, ZULFIQAR ;HYDER, ADNAN A ;PIELEMEIER, NANCY R ;MILLS, ANNE ;EVANS, TIMOTHY. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals, *Lancet* , vol. 364, n.9437, pp. 900–906. — PMID: 15351199, 2004.
- TRIBUNA DA BAHIA, JORNAL. *Parque São Bartolomeu é recuperado*. , **Site do Jornal Tribuna da Bahia**, url. <http://www.tribunadabahia.com.br/2013/10/12/parque-sao-bartolomeu-recuperado>, acesso em 31 de janeiro de 2014.
- VERGER, PIERRE. *Orixás: deuses iorubás na África e no Novo Mundo*: Editora Corrupio Comércio, 1981.
- VOHRA, RINI ;MADHAVAN, SURESH ;SAMBAMOORTHY, USHA ;PETER, CLAIRE ST. Access to services, quality of care, and family impact for children with autism, other developmental disabilities, and other mental health conditions, *Autism*, p. 1362361313512902. — PMID: 24353274, 2013.
- WASELFSZ, JULIO JACOBO. *Mapa da Violência 2013: homicídios e juventude no Brasil*. Brasília: Distrito Federal: Secretaria - Geral da Presidência da República, 2013.

- WALKER, SUSAN P ;WACHS, THEODORE D ;GRANTHAM-MCGREGOR, SALLY ;BLACK, MAUREEN M ;NELSON, CHARLES A ;HUFFMAN, SANDRA L ;BAKER-HENNINGHAM, HELEN ;CHANG, SUSAN M ;HAMADANI, JENA D ;ET AL. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development, *The Lancet* , vol. 378, n.9799, pp. 1325–1338, 2011.
- WALKER, SUSAN P ;WACHS, THEODORE D ;MEEKS GARDNER, JULIE ;LOZOFF, BETSY ;WASSERMAN, GAIL A ;POLLITT, ERNESTO ;CARTER, JULIE A. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries, *The Lancet* , vol. 369, n.9556, pp. 145–157, 2007.
- WALLACE, R. ;WALLACE, D. Origins of public health collapse in New York City: the dynamics of planned shrinkage, contagious urban decay and social disintegration., *Bulletin of the New York Academy of Medicine* , vol. 66, n.5, pp. 391–434. — PMID: 2257377PMCID: PMC1809782, 1990.
- WIDOM, C S. The cycle of violence, *Science (New York, N.Y.)* , vol. 244, n.4901, pp. 160–166. — PMID: 2704995, 1989.