MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

RELATÓRIO DA REUNIÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA SOBRE NORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Brasília-DF, 14 a 17 de junho de 1982

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

RELATÓRIO DA REUNIÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA SOBRE NORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Brasília-DF, 14 a 17 de junho de 1982

SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE

- Doutor FRANCISCO DE PAULA CASTRO NETO

DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

- Doutor ENRIQUE RIVERO ORTIZ

- JUNHO 1982 -

REUNIÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA SOBRE NORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

COORDENAÇÃO

– ANA MARIA SEGALL CORRÊA	DINSAMI/SNPES
– EVELYN MARAVALHAS DE CAMPOS	DINSAMI/SNPES
– JOSENILDA DE ARAUJO CALDEIRA BRANT	UnB
– ZULEICA PORTELA ALBUQUERQUE	CNPq

ASSESSORIA

– FERNANDO HURTADO	PNUD/FNUAP
– JUAN JOSE URRUTIA	OPS/OMS

APOIO LOGÍSTICO

– TYLDE ANDRADE RANGEL DE FREITAS	DTD/SNPES
– FRANCISCO DE ASSIS BRITO	DTD/SNPES

SECRETÁRIA EXECUTIVA

- MARIA LUZIA PEREIRA SALES	GAB./SNPES

ÍNDICE

PARTICIPANTES 1

INTRODUÇÃO 4

JUSTIFICATIVA... 4
OBJETIVO GERAL 5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS 6

RELATÓRIO DO GRUPO A 8
Grupos etários prioritários 9
Danos e fatores de risco por faixa etária 10

RELATÓRIO DO GRUPO B 17
Grupos etários prioritários 18
Danos e fatores de risco por faixa etária 19

ALGUNS INDICADORES E PARÂMETROS DE RISCO SUGERIDOS 24

CONCLUSÕES DAS PLENÁRIAS 28
Grupos etários prioritários 29
Danos em ordem prioritária, segundo faixas etárias 30
Fatores de risco prioritários, segundo faixas etárias 33
Ações de saúde prioritários, segundo faixas etárias 39

CONCLUSÕES 47

RECOMENDAÇÕES 48

A N E X O S

I. METODOLOGIA DOS TRABALHOS

II. DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE POPULAÇÃO E MORTALIDADE INFANTIL

III. ROTEIRO PARA OS TRABALHOS DE GRUPO

IV. PROGRAMA

REUNIÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA SOBRE NORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

PARTICIPANTES

1. ANA MARIA SEGALL CORRÊA
   Médica Sanitarista
   Técnica
   Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/SNPES

2. ENRIQUE RIVERO ORTIZ
   Médico Sanitarista
   Diretor da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/SNPES

3. EVELYN MARAVALHAS DE CAMPOS
   Médica Sanitarista
   Assessor do Serviço de Programação e Normas Técnicas
   Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/SNPES

4. FERNANDO HURTADO
   Médico Saúde Pública
   Assessor Materno-Infantil/População
   Nações Unidas - PNUD

5. HELOISA MARINHO
   Professora Pesquisadora do Desenvolvimento
   Convênio da Escola de Enfermagem Ana Nery e Sociedade Pestalozzi do Brasil

6. JOÃO YUNES
   Médico Sanitarista
   Professor de Pediatria Preventiva e Social
   Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

7. JOSENILDA DE ARAÚJO CALDEIRA BRANT
   Médica Pediatra e de Saúde Pública
   Professor-Assistente de Pediatria
   Universidade de Brasília

8. JUAN JOSÉ URRUTIA
   Médico Pediatra
   Assessor para Assuntos Materno-Infantil
   Organização Panamericana de Saúde/OMS

9. MARIA CLOTILDE ROSSETI FERREIRA
   Psicóloga Clínica - Área Psicologia do Desenvolvimento
   Professor Assistente Doutor
   Faculdade de Filosofia de Ribeirão Preto/USP

10. MARIA JOSÉ DOS SANTOS ROSSI
    Professora/Enfermeira
    Professora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
    Universidade de Brasília

11. MARIA LIGIA BARBOSA
    Assistente Social
    Chefe do Serviço de Supervisão e Avaliação da
    Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/SNPES

12. MARLENE NOURA DE MORAES RÊGO
    Assistente Social - Área Materno-Infantil
    Assistente da Gerência de Serviço Social – DRMA
    Fundação Hospitalar do Distrito Federal

13. MARTA DE CARVALHO MORENO
    Enfermeira Sanitarista
    Assistente do Serviço de Supervisão e Avaliação da DNDS
    Hospital Raphael de Paula Souza - DNPS/SNPES/MS

14. OSWALDO YOSHIMI TANAKA
    Médico Sanitarista
    Diretor Técnico de Divisão
    Secretaria de Saúde de São Paulo

15. THEREZA PONTUAL DE LEMOS METTEL
    Psicóloga/Professora Universitária
    Vice-Diretora do Instituto de Ciências Biológicas
    Universidade de Brasília

16. ZULEICA PORTELA ALBUQUERQUE
    Médica - Pediatria e Nutrição
    Técnico em Desenvolvimento Científico
    Conselho Nacional de Pesquisa

INTRODUÇÃO

A Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, ao dar cumprimento às ações previstas para a área programática nº 2 - Elaboração e Operacionalização de Normas Técnicas, de seu Plano de Trabalho, fez realizar no período de 14 a 17 de junho do corrente ano, nas dependências do Edifício Sede do Ministério da Saúde, uma reunião técnico-científica sobre normatização da assistência integral à criança e ao adolescente. A DINSAMI contou com a participação de especialistas nacionais nas áreas de Atenção Materno-Infantil, Saúde Pública, Perinatologia, Crescimento e Desenvolvimento e Nutrição e com técnicos de seu próprio quadro e com a assessoria de especialistas da OPS/OMS e do PNUD/FNUAP.

Para esta reunião foram considerados as justificativas e os objetivos que se seguem:

JUSTIFICATIVA

A operacionalização eficiente da Rede de Serviços Básicos de Saúde (RSBS) é uma das prioridades estabelecidas pelo Setor Saúde e para ela concorrem os esforços de diversos órgãos nos diferentes níveis institucionais. No processo de sua organização há necessidade de instrumentos que a regulamentem e configurem como um sistema. As normas técnicas são, neste contexto, um dos instrumentos fundamentais para a coordenação e compatibilização de atividades de saúde. A elaboração destas normas é responsabilidade precípua do nível central federal.

O Ministério da Saúde, através da Divisão Na-

cional de Saúde Materno-Infantil, em seu papel de órgão normativo de âmbito nacional, busca atender à expectativa manifesta pelas Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, quanto à participação do Ministério da Saúde no processo de operacionalização das atividades da RSBS, mediante a elaboração de normas técnicas.

A presente reunião, promovida pela DINSAMI, visa a definição de diretrizes para elaboração de normas técnicas, preferencialmente para o nível primário da assistência. Este propósito atende a prioridade já estabelecida de operacionalização da RSBS a partir de seu nível primário.

OBJETIVO GERAL

Estabelecer os princípios técnico-científicos para elaboração de normas de atenção integral à criança e ao adolescente, priorizando o nível de atenção primária.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. definir as prioridades da assistência à criança e ao adolescente, segundo critérios de risco, nos seus diversos períodos evolutivos.

2. definir as ações desta assistência,incluindo aquelas referentes às intercorrências no crescimento e desenvolvimento.

3. definir instrumentos e procedimentos a serem utilizados nas ações de assistência à saúde, identificando, particularmente, os

fundamentos técnico-científicos das ações de assistência ao crescimento e desenvolvimento normais e aos seus desvios.

4. definir critérios para avaliação das ações de saúde a serem utilizados pelas unidades prestadoras de serviço em termos de vigilância e/ou inquéritos.

5. definir as responsabilidades e os conteúdos mínimos para capacitação básica da equipe de saúde, em todos os níveis de formação.

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS

A reunião desenvolveu-se através de dois tipos de atividades: sessões plenárias e trabalhos de grupo, de acordo com a metodologia descrita no anexo I.

Durante a sessão plenária de abertura dos trabalhos, após breve explanação sobre o programa da assistência à criança no Brasil, pelo Diretor da DINSAMI, foram apresentados aos participantes e discutidos sumariamente, os conceitos atinentes á metodologia de conceito de risco e os dados estatísticos relativos à população e mortalidade infantil, elaborados pela Divisão. (anexo II).

Foram constituídos dois grupos multiprofissionais, que trabalharam paralelamente, orientados por um

roteiro comum e por uma programação horária pré-estabelecida. (anexos III e IV).

A composição dos grupos de trabalho "A" e "B" foi a seguinte:

G R U P O "A"

ANA MARIA SEGALL CORRÊA
FERNANDO HURTADO
JOÃO YUNES (Moderador)
MARIA CLOTILDE ROSSETTI FERREIRA (Secretário)
MARIA JOSÉ DOS SANTOS ROSSI (Relator)
MARIA LIGIA BARBOSA

G R U P O "B"

EVELYN MARAVALHAS DE CAMPOS
JOSENILDA DE ARAÚJO CALDEIRA BRANT
JUAN JOSÉ URRUTIA (Moderador)
MARLENE NOURA DE MORAES RÊGO (Secretário)
MARTA DE CARVALHO MORENO (Relator)
OSWALDO YOSHIMI TANAKA
THEREZA PONTUAL DE LEMOS METTEL
ZULEICA PORTELA ALBUQUERQUE (Relator)

RELATÓRIO DOS GRUPOS

Os grupos decidiram apresentar seus relatórios em quadros sinópticos, de maneira que atendessem à solicitação de itens correlacionados.

RELATÓRIO

DO

GRUPO "A"

PRIORIDADES SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1 ano 0 – 28 dias 28d – 1 ano	1 – 4a	15 – 19a	5 – 7a	10 – 14a	7 – 9ª

GRUPO ETÁRIO DE 0 A 28 DIAS

DANOS	FATORES DE RISCO		
	BIOLÓGICOS	ASSISTÊNCIAS	AMBIENTAIS
1. Baixo peso e prematuridade 2. Afecções respiratórias 3. Afecções intestinais 4. Doenças congênitas da criança 5. Enfermidades infecciosas e parasitárias transmitidas pela mãe 6. Doenças hereditárias	1. Idade materna 2. Espaçamento da gestação 3. Paridade 4. Ordem de nascimento 5. Fumo 6. Antecedentes de prematuridade 7. História de óbito infantil 8. Altura materna 9. Duração da gestação 10. Desnutrição materna (anemia) 11. Fatores hereditários (Rh) 12. Ausência de aleitamento materno 13. Doenças maternas: . infecciosas e parasitárias . outras doenças . uso de drogas 14. Baixo peso ao nascer	1. Ausência e má qualidade do: . pré-Natal . parto . pós-parto 2. Falta de imunização da mãe	(sócio-econômicos) 1. Desemprego 2. Ausência de apoio familiar 3. Ausência de equipamentos sociais 4. Baixa renda

GRUPO ETÁRIO DE 28 DIAS A 1 ANO

DANOS	FATORES DE RISCO		
	BIOLÓGICOS	ASSISTÊNCIAIS	AMBIENTIAIS
1. Desnutrição 2. Infecções intestinais 3. Doenças respiratórias 4. Doenças infecciosas (sarampo) 5. Retardo do desenvolvimento psicomotor	1. Doenças infecciosas e parasitárias 2. Desnutrição 3. Neuropatias	1. Falta de imunização 2. Deficiência do contro-le de crescimento e desenvolvimento 3. Deficiência de suplementação alimentar 4. Traumatismo de parto	1. Condições habitacionais inadequadas 2. Saneamento precário (água e esgoto) 3. Fatores educacionais (analfabetismo da mãe) 4. Renda familiar 5. Déficit de ingestão alimentar 6. Falta de estimulação ambiental (deficiência do cuidado materno)

GRUPO ETRÁRIO DE 1 ANO A 4 ANOS

DANOS	FATORES DE RISCO		
	BIOLOGICOS	ASSISTÊNCIAIS	AMBIENTAIS
<u>acumulam-se todos os danos anteriores e mais</u>: 1. Desnutrição 2. Diarréias 3. Infecções respiratórias 4. Acidentes 5. Outras doenças infecciosas 6. Prejuízo do desenvolvimento psicomotor		1. Falta de equipamentos sociais (creches,parques infantis, etc.) 2. Precariedade de detecção precoce 3. Insuficiência de assistência	1. Condições inseguras e inadequadas de habitação 2. Cuidado da criança pelo menor de 10 anos 3. Insuficiência de legislação social de proteção à mulher 4. Fatores educacionais 5. Salário família insuficiente

GRUPO ETÁRIO DE 5 A 7 ANOS (acumulam-se os danos e os fatores de risco da faixa etária de 1 a 4 anos)

DANOS	FATORES DE RISCO		
	BIOLOGICOS	ASSISTENCIAIS	AMBIENTAIS
1. Acidentes e violência	1. Desnutrição	1. Precariedade de detecção precoce	1. Ausência de equipamentos sociais (parque infantil, pré-escola)
2. Prejuízo do desenvolvimento psicomotor	2. Déficit auditivo	2. Insuficiência de assistência	
3. Doenças infecciosas e parasitárias	3. Déficit visual		
4. Problemas de comportamento	4. Deficiência mental		

GRUPO ETÁRIO DE 7 ANOS A 9 ANOS

DANOS	FATORES DE RISCO		
	BIOLÓGICOS	ASSISTENCIAIS	AMBIENTAIS
1. Deficiências visuais, auditivas e mentais		1. Ausência e/ou precariedade de um sistema para detecção precoce de deficiências visuais e mentais	1. Ausência de equipamentos comunitários para lazer e esportes
2. Acidentes e violências			2. Inadequação do sistema escolar
3. Doenças infecciosas e parasitárias			3. Repetência
4. Problemas de comportamento			4. Evasão escolar
5. Problemas de escolaridade			

GRUPO ETÁRIO DE 10 A 14 ANOS

DANOS	FATORES DE RISCO		
	BIOLÓGICOS	ASSISTENCIAIS	AMBIENTAIS
1. Desvio da conduta social e sexual 2. Alteração da maturação sexual 3. Problemas de crescimento e desenvolvimento 4. Acidentes e violências 5. Cárie dentária 6. Complicações da gestação, parto e puerpério 7. Doenças sexualmente transmitidas 8. Toxicomanias	1. Período puberal 2. Desnutrição	1 Ausência e/ou deficiência da assistência 2 Ausência de educação e orientação sexual 3. Treinamento inadequado ou ausência do profissional da saúde	1. Ausência de equipamento comunitário para edu-cação, lazer e esportes. 2. Condições deficientes e inseguras de trânsito e transporte 3. Evasão escolar – ócio 4. Problemas de escolaridade 5. Exploração do menor no trabalho 6. Condições deficientes de trabalho 7. Existência de modelos de comportamento inadequados no grupo social 8. Baixa renda familiar

GRUPO ETÁRIO DE 15 A 19 ANOS

DANOS	FATORES DE RISCO		
	BIOLÓGICOS	ASSISTÊNCIAIS	AMBIENTAIS
1. Disturbios psicopatológicos e psiquiátricos 2. Desvios de conduta social e sexual 3. Toxicomanias 4. Acidentes e violências 5. Complicações da gestação e puerpério 6. Anemia (mulher) 7. Doenças sexualmente transmissíveis 8. Doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose) 9. Lesões autoinfligidas 10. Problemas de crescimento e desenvolvimento (acne)	1. Desnutrição 2. Bócio endêmico	1. Formação profissional inadequada ou inexistente	1. Desestruturação e desajuste familiar 2. Existência de modelos inadequados no grupo social 3. Promiscuidade e prostituição 4. Condições de trabalho inadequadas 5. Desemprego 6. Baixa renda familiar 7. Escolaridade baixa 8. Ausência de orientação psicológica, profissional e sexual 9. Ausência de equipamentos de esporte e lazer

RELATÓRIO

DO

GRUPO "B"

GRUPOS ETÁRIOS PRIORITÁRIOS

0 - 11 meses : 0 - 7 dias
8 - 27 dias
28 - 11 meses

1 - 4 anos : 1 - 1 ano e 11 meses
2 - 4 anos e 11 meses

5 anos - 9 anos e 11 meses

10 anos - 14 anos e 11 meses

15 anos - 19 anos e 11 meses

GRUPO ETÁRIO DE 0 A 28 DIAS

DANOS	FATORES DE RISCO	
	SOCIAIS	BIOLÓGICOS
1. Peso baixo ao nascer: prematuridade peso baixo para idade gestacional 2. Afecções originárias do período perinatal 3. Partos distócicos 4. Anomalias congênitas	1. Instrução e ocupação materna 2. Relação conjugal (figura que representa PAI e MÃE) 3. Relação familiar (aceitação da criança pela família) 4. Condição de saneamento básico 5. Renda familiar per capita 6. Acessibilidade aos serviços de saúde	1. Paridade, idade materna e ordem de nascimento 2. Estado nutricional materno 3. Intervalo entre os partos 4. Natimortos e abortos anteriores 5. Patologias maternas não infecciosas: Diabetes Mellitus Hipertensão Arterial não toxêmica 6. Doenças Infecciosas Maternas: . aguda . crônica 7. Tabagismo e Alcoolismo

GRUPO ETÁRIO DE 28 DIAS A 1 ANO

DANOS	FATORES DE RISCO	
	SOCIAIS	BIOLÓGICOS
1. Infecções originárias no período perinatal 2. Diarréias 3. Doenças Infecciosas 4. Doenças preveníveis por vacinas 5. Desnutrição: .proteico-calórica .anemia .hipovitaminose A 6. Parasitárias: .helmintose .giardiase .amebiase 7. Outras Infecções 8. Desenvolvimento Neuro-psicomotor retardo	1. Instrução e ocupação materna 2. Relação conjugal 3. Relação familiar 4. Superlotação domiciliar 5. Saneamento básico 6. Estimulação psicossocial 7. Falta de imunização 8. Deficiência do controle de crescimento e desenvolvimento 9. Traumatismo de parto 10. Renda familiar e per capita	1. Aleitamento materno: .inadequado .nenhum .desmame precoce 2. Padrão de alimentação Práticas de desmame 3. Estado nutricional: .peso ao nascer .ganho de peso inadequado 4. Cuidados com a criança: ."Maternos" - quem cuida idade .número de crianças menores de 5 anos 5. Estimulação psicossocial inadequada 6. Cobertura vacinal

GRUPO ETÁRIO DE 1 A 4 ANOS E 11 MESES

DANOS	FATORES DE RISCO	
	SOCIAIS	BIOLÓGICOS
1. Infecções respiratórias	1. Instrução e ocupação materna	1. Deficiência nutricional
2. Diarréia	2. Relação conjugal	2. Cobertura vacinal
3. Doenças preveníveis por vacinas	3. Relação familiar	3. História familiar de: .DEP em menores de 5 anos .óbitos em menores de 5 anos
4. Desnutrição: .DEP .anemia .hipovitaminose A	4. Superlotação habitacional	
5. Parasitoses: .helmintose .giardiase .amebiase	5. Saneamento básico	4. História de hospitalizações anteriores da criança
6. Acidentes	6. Estimulação psicossocial inadequada	
7. Transtornos do desenvolvimento psicossocial		
8. Doenças endêmicas: .malária .leishmanioses .chagas		

GRUPO ETÁRIO DE 5 ANOS A 9 ANOS E 11 MESES

DANOS	FATOES DE RISCO	
	SOCIAIS	BIOLÓGICOS
1. Acidentes	1. Instrução e ocupação materna	1. Estado nutricional
2. Infecções respiratórias	2. Relação conjugal	2. Cobertura vacinal
3. Doenças preveníveis por vacinas	3. Relação familiar	3. Deficit auditivo
4. Diarréias	4. Superlotação domiciliar	4. Deficit visual
5. Parasitoses crônicas: . intestinal . malária . chagas	5. Saneamento básico	
6. Problemas de comportamento	6. Estimulação psicossocial inadequada	
7. Problemas de escolaridade		

GRUPO ETÁRIO DE 10 ANOS A 19 ANOS

DANOS	FATORES DE RISCO	
	SOCIAIS	BIOLÓGICOS
1. Acidentes e violências 2. Homicídios 3. Suicídios 4. Doenças respiratórias: .agudas .crônicas:tuberculose 5. Parasitoses crônicas (endêmicas) 6. Doenças sexualmente transmissíveis 7. Anemias 8. Problemas do crescimento e desenvolvimento 9. Problemas de comportamento e de escolaridade 10. Obesidade 11. Gestação 12. Neoplasias	1. Tipo de trabalho 2. Horas de trabalho diário 3. Horas de lazer e esporte 4. Educação sexual 5. Relacionamento familiar 6. Escolaridade: .baixa .insatisfatória na escola 7. Aspiração de vida 8. Condições ambientais	1. Desnutrição crônica (baixa estatura) 2. Desnutrição aguda (peso x altura) 3. Anemias

ALGUNS INDICADORES E PARÂMETROS SUGERIDOS

Foram apresentados pelos grupos A e B alguns indicadores e parâmetros. Entretanto, não foi possível, neste momento, a seleção de todos aqueles necessários e adequados à atenção primária.

ALGUNS INDICADORES E PARÂMETROS

- Baixo peso ao nascer
- Ausência de aleitamento materno
- História de óbito infantil anterior
- Mãe menor de 17 anos
- Paridade maior de 4
- Espaçamento gestacional menor de 2 anos
- Desestruturação familiar
- Falta de apoio social
- Mãe doente mental (alcoolismo, toxicomania, etc.)
- Desemprego do chefe da família
- Baixa renda familiar

GRUPO DE 0 A 28 DIAS

INDICADORES	PARÂMETRO
1. Peso	< 2,500 gramas
2. Grau de vitalidade	Apgar 1' - < 3 Apgar 5' - < 6
3. Grau de maturidade	Idade gestacional < 37 semanas
4. Altura	< de 48 cm
5. Perímetro cefálico	< de 36 cm
6. Aleitamento materno	Ausência

GRUPO DE 1 MÊS A 5 ANOS

INDICADORES		PARÂMETRO
INDIVIDUAIS:		
1. Aleitamento materno	-	Aleitamento materno exclusivo até 4 meses
2. Estado nutricional	-	Deficit Peso/Idade: DI – 10 – 25% DII – 25 – 40% DIII – maior de 40%
3. Saneamento básico	-	Ausência de água encanada ou poço "bom" Ausência de esgoto ou fossa séptica
4. Cobertura vacinal	-	Esquema incompleto para idade
COMUNITÁRIOS:		
1. Prevalência e duração do aleitamento materno	-	% de aleitamento materno exclusivo e com complementação
2. Padrão de alimentação durante o 1º ano de vida	-	% de crianças desmamadas de 0 – 4 meses
3. Saneamento ambiental	-	Local de moradia Tipo de casa
4. Saneamento domiciliar	-	Água encanada, poço, esgoto, lixo

CONCLUSÕES DAS PLENÁRIAS

Os relatórios de grupo, apresentados e discutidos em plenária, relativos aos itens 1 e 2 do "Roteiro", deram origem à definição dos grupos etários prioritários e às seguintes relações de danos e fatores de risco, priorizados segundo as faixas etárias:

GRUPOS ETÁRIOS PRIORITÁRIOS

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
1 ano 0 – 28 dias 28d – 11 meses	1 – 4 ou 6 anos 1 – 2 anos 3 – 4 anos e 5 – 6 anos	15 – 19 anos	10 – 14 anos	5 ou 7 – 9 anos 5 – 6 anos 7 – 9 anos

<u>OBSERVAÇÃO</u>: Houve concenso quanto a ordem dos grupos prioritários. No entanto, discutiu-se muito se a segunda prioridade deveria incluir só as crianças até os 4 anos ou se estender até os 6 anos. Nesta última hipótese, a prioridade 5 seria apenas de crianças de 7 a 9 anos. A discussão partiu do fato de que alguns acreditam que o grupo de 5 – 6 anos, embora não seja tão vulnerável do ponto de vista biológico quanto o de 1 – 4 anos, não está coberto pelas ações de saúde da rede escolar como o de 7 – 9 anos e a Os critérios utilizados para definir prioridades foram:

1ª prioridade – altos níveis de mortalidade e morbidade
2ª prioridade – altos níveis de morbidade e desnutrição
3ª prioridade – características peculiares de morbidade e fatores psicossociais agravantes
4ª prioridade – por se tratar de um grupo vulnerável devido a grandes modificações biológicas ocorridas neste período (Puberdade)

DANOS EM ORDEM PRIORITÁRIA, SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS

0 – 28 DIAS

1. Peso baixo ao nascer
2. Afecções respiratórias
3. Afecções intestinais
4. Enfermidades infecciosas e parasitárias transmitidas pela mãe

28 DIAS – 11 MESES

1. Diarréias
2. Desnutrição
3. Afecções respiratórias
4. Infecção originária do período pré-natal
5. Doenças preveníveis por vacina
6. Retardo desenvolvimento neuro-psico-motor
7. Doenças parasitárias: helmintoses
   giardiases
   amebiases
8. Outras infecções (Endemias)

1 - 4 ANOS

1. Desnutrição
2. Diarréias
3. Afecções respiratórias
4. Acidentes

5. Doenças preveníveis por vacinas
6. Doenças parasitárias: helmintoses
   giardiases
   amebiases
7. Retardo e/ou transtornos no desenvolvimento psi-cossocial
8. Outras infecções (Endemias)

5 – 9 ANOS

1. Acidentes
2. Afecções respiratórias
3. Doenças parasitárias: helmintoses
   giardiases
   amebiases
4. Problemas de comportamento
5. Problemas de escolaridade

10 – 14 ANOS

1. Desvios de conduta social e sexual
2. Distúrbios de maturação sexual
3. acidentes e violências
4. Toxicomanias
5. Doenças parasitárias: helmintoses
   giardiases
   amebiases
   e
   Outras Infecções (Endemias)
6. Complicações de gestação, parto e puerpério
7. Doenças sexualmente transmissíveis
8. Lesões auto-infligidas

15 - 19 ANOS

1. Distúrbios psicológicos e psiquiátricos
2. Desvio de conduta social e sexual
3. Toxicomanias
4. Acidentes e violências
5. Complicações de gestação, parto e puerpério
6. Doenças sexualmente transmissíveis
7. Doenças parasitárias: helmintoses
   giardiases
   amebiases
   e
   Outras infecções (Endemias)
8. Lesões auto-infligidas

OBSERVAÇÃO: *Houve muita discussão quarto à ordem de prioridade dos danos, uma vez que considerou-se para alguns grupos etários o critério de mortalidade, para outros o de morbidade ou associação entre ambos e ainda, para outros os fatores psicossociais e morbidade.*

Acredita-se que foi consenso que os cinco primeiros danos apresentados em cada grupo, constituem os principais danos, sem priorização, devido á sua contribuição na mortalidade, morbidade e aspectos psicossociais.

FATORES DE RISCO PRIORITÁRIOS POR FAIXAS ETÁRIAS, SEGUNDO TIPO

0 – 28 DIAS

Sociais:

- Desestruturação familiar
- Baixa renda familiar e per-capita da família
- Instrução e condições de trabalho da mãe
- História de óbito infantil anterior

Biológicos:

- Peso baixo ao nascer
- Ausência de aleitamento materno

28 DIAS – 11 MESES

Sociais:

- Desestruturação familiar
- Baixa renda familiar e per-capita da família
- Instrução e condição de trabalho da mãe
- História de óbito infantil anterior
- Saneamento básico
- Cuidados maternos com a criança
    - quem cuida
    - idade de quem cuida
    - número de crianças menores de 5 anos na família
- Inadequada estimulação psicossocial

- Condições inseguras e inadequadas de habitação

Biológicos:

- Peso baixo ao nascer
- Ausência de aleitamento materno
- Falta de imunização
- Baixa ingesta[1] (insuficiente ganho de peso ou pequeno ritmo de crescimento)
- História de hospitalizações anteriores da criança

1 - 4 ANOS

Sociais:

- Desestruturação familiar
- Baixa renda familiar e per-capita da família
- Instrução e condições de trabalho da mãe
- Saneamento básico
- História de óbito infantil anterior
- Cuidados com a criança
  - quem cuida
  - idade de quem cuida
  - número de crianças menores de 5 anos na família
- Inadequada estimulação psicossocial
- Condições inseguras e inadequadas de habitação
- Insuficiência ou falta de equipamentos sociais

Biológicos:

- Falta de imunização

- Baixa ingesta[1] (insuficiente ganho de peso
ou
pequeno ritmo de crescimento)
- História familiar de desnutrição energético-proteica em menores de 5 anos e de óbitos em menores de 5 anos
- Baixa acuidade visual e auditiva
- História de hospitalizações anteriores da criança
- Desnutrição[2]

5 – 9 ANOS

Sociais:

- Desestruturação familiar
- Baixa renda familiar e per-capita da família
- Saneamento básico
- Inadequada estimulação psicossocial
- Condições inseguras e inadequadas de habitação
- Ausência de equipamentos de lazer e esporte
- Insuficiência ou falta de equipamentos sociais
- Aceitação da escola

Biológicos:

- Baixa acuidade visual e auditiva
- Desnutrição[2]

10 - 14 ANOS

Sociais:

- Desestruturação familiar

- Baixa renda familiar e per-capita da família
- Ausência de equipamentos de lazer e esportes
- Evasão escolar
- Ausência de orientação sexual
- Condições deficientes e inseguras de transporte
- Exploração do trabalho do menor
- Sobrecarga de encargos familiares

15 – 19 ANOS

Sociais:

- Desestruturação familiar
- Baixa renda familiar e per-capita da família
- Ausência de equipamentos de lazer e esportes
- Baixa escolaridade
- Ausência de orientação sexual
- Desemprego
- Condições inadequadas de trabalho
- Prostituição

(1) Os responsáveis por este relatório resolveram substituir o riso "baixa ingesta" por insuficiente ganho de peso e lento ritmo de crescimento, porque a baixa ingesta é um risco difícil de se medir e estabelecer parâmetros, mas que pode ser bem avaliado pelo ganho de peso e ritmo de crescimento.

(2) A baixa ingesta, deficiência de peso e lento ritmo de crescimento, principalmente na faixa de 1 - 4 anos, constitui um fator de risco porque leva à desnutrição energético-proteica, enquanto a desnutrição energético-proteica constitui fator de risco em todas as faixas pela associação com infecções, baixo rendimento escolar e retardo psicomotor, entre outros.

OBSERVAÇÃO:

Devido à complexidade do tema e em especial à limitação do tempo, os resultados com relação aos riscos prioritários por faixa etária não foram suficientemente analisados e constituem somente um guia sem aprovação definitiva. Pode-se observar que alguns fatores de risco se misturam, que a prioridade e sua influência por faixa etária é discutível em muitos casos. Além disso, alguns fatores de risco importantes foram lamentavelmente esquecidos.

Após as discussões em plenária, os grupos trabalharam em separado nas identificações das ações de saúde a serem desenvolvidas em cada faixa etária.

Levou-se em conta que estas se realizariam a nível primário da atenção,sendo dirigidas aos principais danos de saúde identificados e considerando os fatores de risco prioritários em cada caso específico (itens 5 e 6 do "Roteiro").

O grupo "A" responsabilizou-se pela definição das ações relativas às faixas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos e o grupo "B" pelas ações relativas às demais faixas.

AÇÕES DE SAÚDE PRIORITÁRIAS SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS

O - 28 DIAS

1. O recém nascido receberá seu primeiro atendimento no momento do parto, o qual deverá conter como mínimo as seguintes ações:

   - avaliação do grau de vitalidade
   - identificação de patologias
   - classificação do risco

   As ações anteriores determinarão condutas de tratamento e encaminhamentos de urgência ou não, aos níveis de atendimento adequados.

   Conjuntamente dar-se-ão à mãe orientações sobre:

   - cuidados básicos de puericultura
   - aleitamento materno
   - marcarão de consulta ambulatorial dentro dos primeiros 7 dias

2. Ações de saúde específicas a nível ambulatorial ou domiciliar:

   - Recomendou-se 1 controle durante este período, dentro dos primeiros 7 dias, com as seguintes ações e conteúdos:

     a) Avaliação antropométrica (controle de peso, esta-

tura, perímetro cefálico, perímetro toracico, perímetro braquial, prega cutânea, etc)

b) Exame físico geral (temperatura, coto umbilical, reflexos, icterícia, luxação congênita dos quadris, etc) para verificar a presença de patologias.

c) Coleta de antecedentes familiares e obstétricos da mãe e do parto atual.

d) Classificação de risco mediante um instrumento adequado que orientará a condutas posteriores.

e) Em geral as crianças de baixo risco serão marcadas para um próximo atendimento aos 30 dias.(Recomenda-se que esta consulta coincida com a consulta do puerpério da mãe). As crianças de risco terão uma programação especial de acordo com a patologia apresentada.

f) Orientação à mãe:

- Aleitamento materno:

  - avaliação do desempenho da mãe
  - informação e educação sobre vantagens do aleitamento, técnica de amamentação, cuidados com as mamas e alimentação da mãe.

- Higiene da criança
- Orientação sobre imunização
- Importância do controle periódico do crescimento e desenvolvimento
- Recursos formais de saúde da comunidade
- Registro civil e direitos sociais

g) Registros clínicos e estatísticos (ficha clínica, cartão de crescimento e desenvolvimento, curvas de peso, formulários estatísticos, etc.).

28 DIAS - 11 MESES

1. Ações de saúde específicas a nível ambulatorial

- Recomendou-se 4 controles durante este período com os seguintes conteúdos mínimos:

a) Avaliação do crescimento

- antropometria (peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, etc.).
- História alimentar (aleitamento)

b) Avaliação do desenvolvimento psicomotor

c) Exame físico geral para identificação de patologias

d) Avaliação do cumprimento do calendário de vacinações

e) Imunizações necessárias

f) Tratamento de doenças intercorrentes

g) Classificação do risco mediante instrumentos adequados o que orientará conduta futura. Em geral às crianças de baixo risco terão 4 controles neste período.

h) Orientações à mãe:

- Aleitamento materno (avaliação do desempe-nho da mãe, informação e educação sobre as vantagens do aleitamento, técnica de amamentação cuidados com as mamas a alimentação da mãe.)
Assegurar aleitamento materno exclusivo até 4º

- 6º mês.
- Orientação alimentar própria para idade
- Higiene da criança
- Imunizações
- Importância do controle periódico do crescimen-

to e desenvolvimento
- Importância da estimulação psicossocial da criança
- Orientações sobre prevenção e tratamento de doenças prevalentes:
  . diarréia
  . desnutrição
  . infecções respiratórias agudas
  . parasitoses, etc.

O grupo de trabalho sugeriu que, para as crianças de risco, deveriam ser intensificadas as seguintes ações:

a) Diminuir o espaçamento entre os controles

b) Ações de assistência indireta à saúde:

b.1. Individuais

. higiene pessoal
. higiene no preparo e manipulação dos alimentos
. tratamento da água de ingesta
. orientação para as mães que estão reassumindo trabalho, com relação aos cuidados maternos com a criança

b.2. Comunitárias

Organização e mobilização das lideranças naturais e institucionais para ações como tratamento de lixo, horta caseira, criação de animais de pequeno porte e encaminhamento da população necessitada para mão-de-obra qualificada, visando o aumento de renda familiar.

c) Ações de assistência direta à saúde:

c.l. orientação para procura precoce da equipe de saúde em casos de diarréia ou desidratação.

c.2. orientação sobre hidratação e rehidratação oral precoce em casos de diarréia e desidratação.

c.3. orientação para realimentação precoce e correta nos casos de diarréia com desidratação e cuidados com alimentação no caso de doenças infecciosas e período de convalescência.

c.4. suplementação alimentar nos casos de crianças desnutridas e desmamadas, atendendo às seguintes características: o mais próximo das necessidades básicas totais da criança, envolvendo o maior número de membros da família e o mais próximo do padrão local de alimentação - com os devidos cuidados à possível interferência no aleitamento materno.

c.5. orientação no sentido de aumentar a taxa calórica ingerida pela criança utilizando os próprios recursos da família.

c.6. utilizar os membros da equipe de saúde, mães e grupos comunitários para trabalhos de estimulação psicossocial da criança.

1 - 4 ANOS

1. Ações de saúde específicas a nível ambulatorial:

- Recomendou-se 2 controles anuais para o grupo etário de 1 a 2 anos e 1 controle anual para o grupo de 3 a 4 anos, com as mesmas ações de saúde do grupo de 28 dias a 11 meses (ver faixa etária de 28 dias a 11 meses).

- Para as crianças classificadas como de risco fez-se as seguintes recomendações adicionais às do grupo de 28 dias a 11 meses:

  a) diminuição do espaçamento entre os acompanhamen-

tos

b) ações de assistência indireta à saúde:

- orientação às mães com relação à prevenção de acidentes dentro e fora de casa.

- orientação às mães quanto à socialização e formação de hábitos da criança

c) ações de assistência direta à saúde:

- ações ligadas aos primeiros socorros à criança acidentada; orientação aos familiares e/ou responsáveis.

2. Ações referentes a profilaxia e combate de:

- cárie dental (profilaxia)

- anemia (especialmente ferropriva)

- patologias endêmicas

5 – 6 ANOS

1. Ações de saúde específicas a nível ambulatorial:

- Recomendou-se 1 controle anual com as mesmas ações de saúde do grupo do 1 a 4 anos

7 - 9 ANOS

1. Ações de saúde específicas a nível ambulatorial:

- Recomendou-se 1 controle anual, sujeito à disponibili-

lidade de recursos.
As ações são as mesmas do grupo de 10 a 14 anos.

10 - 14 ANOS

1. Ações de saúde específicas a nível ambulatorial

   - Recomendou-se 1 controle anual, sujeito à disponibilidade de recursos, dado que a prioridade desta faixa etária é menor.
     As ações a se desenvolver seriam as seguintes:

     a) Controle de crescimento e desenvolvimento:

        - avaliação antropométrica

        - avaliação de desenvolvimento psicomotor

        - avaliação da maturação sexual

2. Diagnóstico e tratamento de alterações da maturação sexual

3. Educação sexual e orientação em reprodução humana

4. Diagnóstico, tratamento e/ou encaminhamento de doenças prevalentes (parasitárias, cárie, infecciosas, etc.)

5. Educação e orientação na prevenção de algumas doenças prevalentes (acidentes, violências, infecciosas, parasitárias,cárie, nutrição, etc.).

As ações de saúde teriam que ser coordenadas junto às instituições educacionais e comunitárias.

15 – 19 ANOs

1. Ações de saúde específicas a nível ambulatorial:

Nesta faixa recomenda-se identificar os grupos de risco com a finalidade de, neles, concentrar as ações de saúde.

A metodologia a ser utilizada na identificação dos grupos de risco terá que ser desenvolvida em conjunto com as instituições educacionais, órgãos empregadores (empresas, fábricas, etc.) e instituições com ação comunitária (igrejas, clubes, centros sociais, etc.).

Para os grupos de risco, deverão desenvolver-se ações de saúde específicas, com um controle anual para:

a) Diagnóstico e acompanhamento de problemas psicológicos e psiquiátricos.

b) Diagnóstico e/ou encaminhamento de problemas de conduta sexual.

c) Orientação na área de reprodução e prevenção da gravidez na adolescência.

d) Controle e tratamento de danos específicos:

- Doenças sexualmente transmissíveis
- Cárie
- Tuberculose
- Verminose
- Doenças regionais prevalentes
- Toxicomanias

CONCLUSÕES

Devido, principalmente, à abrangência e complexidade do assunto em questão, foram discutidos pelos participantes, durante o período da reunião, apenas os seis primeiros itens do "Roteiro para os trabalhos de grupo".

De maneira resumida, o produto final desta reunião pode ser referido através dos seguintes tópicos:

. Definição de grupos etários prioritários na assistência à criança e ao adolescente.

. Identificação dos danos à saúde, mais prevalentes e mais significativos, para cada faixa etária.

. Identificação dos fatores de risco mais relevantes que caracterizem os grupos vulneráveis da infância à adolescência.

. Identificação de alguns indicadores e de alguns parâmetros úteis na assistência à criança e ao adolescente, do ponto de vista individual e coletivo.

. Identificação das ações de saúde prioritárias, a nível primário da assistência, consequentes às prioridades identificadas por faixa etária, fato-

res de risco e danos à saúde.

Ainda que não tenha sido possível atingir na totalidade os objetivos desta reunião, o trabalho produzido garante à DINSAMI a elaboração de um documento preliminar de normas de atenção à criança e ao adolescente a ser desenvolvido sob sua responsabilidade. A qualidade deste trabalho deriva tanto de ter-se empregado pela primeira vez um enfoque epidemiológico dos danos e riscos prioritários nas distintas etapas do crescimento e desenvolvimento, como do gabarito técnico-científico dos especialistas nacionais que participaram em sua elaboração, fato que respalda o futuro trabalho da Divisão e sua consequente aceitabilidade no âmbito das instituições no campo da saúde.

O material obtido desta reunião de trabalho constituiu, sem dúvida, o marco básico conceitual e científico que assegurará êxito no desenvolvimento das normas definitivas nesta área.

Faz-se necessário esclarecer que as conclusões obtidas por consenso dos participantes nesta reunião, não sendo definitivas, tornam-se passíveis de críticas ou modificações de conceitualização até a elaboração do documento preliminar.

RECOMENDAÇÕES

1. Análise dos resultados da reunião

2. Revisão do plano de trabalho de elaboração de normas.

3. Continuação do processo de elaboração do

documento preliminar de normas de atenção integral à criança e ao adolescente,à cargo da equipe técnica da DINSAMI.

4. Reuniões técnicas com a participação de especialistas de outras instituições sobre aspectos específicos na medida em que estas sejam necessárias.

ANEXOS

METODOLOGIA DOS TRABALHOS

A reunião se desenvolverá mediante dois tipos de atividades:

- Sessões Plenárias e
- Trabalhos de Grupo.

1. Sessões Plenárias:

   a) Abertura: presidida pelo coordenador-geral da reunião (técnico da DINSAMI), durante a qual se apresentarão os objetivos da reunião e a metodologia de trabalho.

   b) Discussão e aprovação das conclusões dos trabalhos de grupo.

2. Trabalhos de Grupo:

Serão constituídos dois grupos multiprofissionais que trabalharão paralelamente.

Estes grupos terão constituição semelhante, para garantir homogeneidade nas conclusões e seguirão a programação horária estabelecida no programa, seguindo um roteiro de trabalho previamente definido.

Na primeira reunião do grupo se elegerá, por simples maioria, um coordenador, um relator e um secretário para cada grupo, os quais terão as atribuições e responsabilidades que se descrevem adiante.

Os grupos contarão com a colaboração de assessores inter-

nacionais.

Moderador:

- Iniciar e encerrar os trabalhos de grupo na hora prevista.
- Dirigir e ordenar as discussões do grupo.
- Estimular a participação dos membros do grupo.
- Manter o desenvolvimento do trabalho de acordo com o tempo disponível e o roteiro correspondente.
- Solicitar ao relator o resumo das discussões e submetê-las à apreciação do grupo.
- Participar na redação das conclusões do grupo.

Relator:

- Registrar ordenadamente as conclusões do grupo.
- Elaborar o informe do grupo a ser apresentado em sessão plenária.
- Apresentar em plenária, as conclusões de seu grupo.
- Entregar ao relator geral, as conclusões aprovadas na plenária.
- Participar na elaboração do informe final da reunião, em conjunto com o relator geral.

Secretário:

- Registrar, de maneira resumida e sistemática os aspectos importantes da participação dos membros do gru-

po.
- Colaborar com o relator e o moderador, na redação das conclusões de seu grupo.

Coordenador Geral:

- Iniciar e encerrar as plenárias na hora prevista.
- Dirigir e ordenar as discussões.
- Estimular a participação da assembléia.
- Contribuir para a integração das opiniões dos grupos de trabalho, a fim de obter um consenso geral.
- Resumir verbalmente as conclusões finais de cada reunião plenária.

Relator Geral:

- Elaborar, com a colaboração dos relatores de cada grupo, o relatório com as conclusões finais da reunião.

Assessor:

- Participar na orientação das discussões dos grupos de trabalho.
- Colaborar na elaboração e redação das conclusões dos grupos de trabalho.
- Coordenar, com a comissão organizadora, nos aspectos relacionados com com o desenvolvimento da reunião.

REUNIÃO TÉCNICO-CIENTIFICA SOBRE NORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

ROTEIRO PARA OS TRABALHOS DE GRUPO

1. Definir os grupos etários prioritários na assistência à criança e ao adolescente (justificar a prioridade e os intervalos de idades, selecionados pelo grupo de trabalho).

2. Identificar, dentro de cada faixa etária selecionada, os fatores de risco mais relevantes que caracterizam grupos vulneráveis e estabelecer uma ordem prioritária. Justificar.

3. Considerando os fatores de risco identificados em cada faixa etária, estabelecer os parâmetros que permitam diagnosticar e classificar as crianças segundo níveis de riscos.

4. Identificar e priorizar, dentro de cada grupo etário selecionado, os danos à saúde mais significativos e mais prevalentes.

5. Identificar as ações de saúde prioritárias, para cada faixa etária, considerando os danos e os grupos de maior risco.

6. Identificar, dentro das ações de saúde prioritárias selecionadas, aquelas, que total ou parcialmente, sejam possíveis de serem desenvolvidas de forma integral, a nível primário, no contexto de uma estratégia de controle de crescimento e desenvolvimento.

7. Definir rotinas mínimas aceitáveis para cada atividade selecionada, a nível primário, de acordo com a classificação do risco.

8. Identificar os instrumentos necessários para desenvolver as atividades selecionadas, assim como as necessidades mínimas de registro e critérios para sua interpretação.

9. Definir as responsabilidades da equipe de saúde; a nível primário.

10. Estabelecer parâmetros mínimos de avaliação:

    - dos serviços.
    - do impacto das ações de saúde (em termos de inquérito e/ou vigilância) sobre os indivíduos e a população.

11. Definir os recursos mínimos necessários (humanos e materiais) para desenvolver as ações selecionadas, a nível primário.

12. Definir as necessidades de recursos materiais e de capacitação (conteúdos mínimos) dos recursos humanos do nível primário.

REUNIÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA SOBRE NORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À CRINAÇA E AO ADOLESCENTE

	PROGRAMA						
	14 (segunda-feira)		15 (terça-feira)		16 (quarta feira)		17 (quinta-feira)
MANHA	09:00 Recepção Entrega de Material 09:30 Abertura da Reunião . Objetivos . Estratégia de C e D . Enfoque de Risco Metodologia da Reunião 10:30 Grupo de Trabalho Roteiro: ítens 1, 2 13:00	8.30 às 12:00	Grupo de Trabalho Roteiro: ítens: 3 e 4	8.30 às 12:00	8.30 Reunião Plenária das Conclusões dos Grupos de Trabalho Roteiro: ítens 1, 2, 3, 4, 5 e 6 10:00 Intervalo 10:15 Grupo de Trabalho Roteiro ítens 7,8	8.30 às 12:00 12:00	8.30 Grupo de Trabalho Roteiro: ítens 9 e 10
TARDE	14:00 Leitura e Análise da Bibliografia 18:00 (Trabalho Individual)	14:00 às 18:00	Grupo de Trabalho Roteiro: ítens 5 e 6	14:00 às 18:00	Grupo de Trabalho Roteiro: ítens 7 e 8	14:00 às 18:00	14:00 Grupo de Trabalho Roteiro: ítens 11 e 12 15:30 Intervalo 16:00 Plenário Final Conclusões dos Grupos de Trabalho. Roteiros 7, 8, 9, 10, 11 e 12 18:00

OBS: O Programa das reuniões poderá ser modificado, em função das necessidades e andamento dos trabalhos.