

Suplemento 2

PRÊMIO GOIANO DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**"Adamo ed Eva"
Alberto Savinio**



**Revista Científica
Escola de Saúde Pública "Cândido Santiago"**

Volume 4 - Número 1 - 2018



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



1

PRÊMIO GOIANO DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Editorial

GOMIDES, Evanilde Fernandes Costa¹

JORDÃO, Rodrigo Aquino²

SANTOS, Tânia Gláucia Moreira³

BARBOSA, Aurélio de Melo⁴

1. Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO)
2. Técnico Editor da Coordenação de Educação Permanente e Comunicação da SPAIS/SES-GO
3. Coordenadora Geral de Ações Estratégicas de Articulação Intersetorial da SPAIS/SES-GO
4. Editor-Chefe da Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago" – RESAP

O "**Prêmio Goiano de Boas Práticas em Saúde da Família**", projeto que integra o Programa Mais Saúde Para Goiás/Goiás Mais Competitivo Inovador, foi lançado em dezembro de 2016 com o objetivo de reconhecer e premiar as práticas/experiências bem-sucedidas nos municípios Goianos, que contribuíram para a transformação e o aprimoramento da gestão da Atenção à Saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS).

Dentre os 40 (quarenta) registros de inscrição foram classificados para o prêmio 10 (dez) trabalhos selecionados pela Comissão Técnica e Comissão Avaliadora, composta por profissionais da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP/UFG), Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) e instituições de ensino: Universidade Federal de Goiás (UFG) e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). O evento de premiação foi realizado em dezembro de 2017, no Auditório Mauro Borges – Palácio Pedro Ludovico Teixeira, em Goiânia, Goiás.

A RESAP, além de seus fascículos ordinários, publica suplementos especiais, à pedido da gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e seus parceiros, com objetivo de



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



divulgar anais de eventos científicos e resumos de trabalhos de conclusão de cursos promovidos pela Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago.

Este suplemento da RESAP é uma edição especial, publicada especialmente para apresentar os relatos das experiências vencedoras, contribuição preciosa para os que estão engajados nessa missão, que é compartilhar vivências proposta por esta publicação. Nela, percebe-se que a superação das dificuldades e dos dilemas no processo de trabalho, a partir de novos olhares sobre antigos problemas, é a própria matéria-prima para a evolução do SUS.

Trata-se da primeira seleção instituída pela SES-GO, e que possa ser um marco para outros processos dessa natureza, e que esta publicação especial se torne mais um veículo de discussão, difusão de temas e de linhas de pensamentos transformadores no serviço de saúde.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ODONTOLOGIA

USER EMBRACEMENT WITH RISK RATING IN ORAL HEALTH SERVICE AT PRIMARY HEALTH CARE

FLEURY, Patricia Palmeira Brito¹
SILVA, Gabriela Alves²
CARRIJO, Roneide Rodrigues Ferreira³
BARBOSA, Eliane⁴

1. Coordenadora da Atenção em Saúde Bucal, Inhumas, Goiás.
2. Cirurgiã dentista executora do projeto na equipe piloto, Inhumas, Goiás.
3. Auxiliar de saúde bucal (ASB) da equipe piloto, Inhumas, Goiás.
4. Recepcionista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) da unidade básica de saúde UBS, Inhumas, Goiás.

RESUMO: A saúde bucal da população do município enfrenta os mesmos desafios do restante do país. Com longas filas de espera e grandes necessidades acumuladas devido à dificuldade de acesso ao serviço odontológico. Em 2007 foi implantado o acolhimento com classificação de risco com o objetivo de aumentar o acesso aos serviços, organizar a demanda acumulada e eliminar filas, aumentar a resolutividade, reduzir o número de encaminhamentos e reduzir as perdas dentárias. Após a implantação, houve redução na fila de espera (78%), aumento do número de tratamentos concluídos (88%) e uma redução significativa no número de encaminhamentos para atenção especializada (40%). Esta experiência contribuiu para a organização do processo de trabalho das equipes e aumentou o acesso da população ao serviço de odontologia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Bucal. Acolhimento.

ABSTRACT: The oral health of the population of the municipality faces the same challenges of the rest of the country. With long queues and large needs accumulated due to the difficulty of accessing the dental service. In 2007, the host with risk classification was implemented with the objective of increasing access to services, organizing the accumulated demand and



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



eliminating queues, increasing the number of referrals and reducing dental losses. After the implantation, there was a reduction in the waiting list (78%), an increase in the number of treatments completed (88%) and a significant reduction in the number of referrals for specialized care (40%). This experience contributed to the organization of the work process of the teams and increased the population's access to the dentistry service.

Keywords: Primary Health Care. Oral Health. User Embrace.

Introdução

A Saúde Bucal no Brasil ainda é um problema de saúde coletiva grave. O caderno de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, traz dados significativos e preocupantes: no Brasil, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 05 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos a situação é ainda mais grave: a média de dentes atacados pela cárie entre os adultos (35 – 44 anos) é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 – 74 anos. A análise destes dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada.¹

No município de Inhumas, a situação não se mostrava diferente. Muitos sofriam com as consequências de necessidades odontológicas acumuladas e era comum a longa espera por uma vaga para o atendimento nas unidades básicas de saúde.

Relato de experiência

Desde que iniciamos o trabalho como cirurgiões dentistas da Estratégia de Saúde da Família em 2009, o agendamento odontológico era realizado por ordem de inscrição em um



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



caderno de espera, com ausência total de critérios técnicos que orientassem o acesso. Mesmo aqueles que necessitavam de uma intervenção mais rápida ou até imediata para evitar a perda do elemento dentário, na ausência de sintomatologia, muitas vezes quando eram chamados já haviam perdido o dente. Além disso notávamos um contraste, apesar das longas filas de espera e da demanda reprimida, o número de desistências e interrupção durante o tratamento era alto.

Em janeiro de 2017 nasceu o projeto Acolhimento com classificação de risco na odontologia, do anseio de possibilitar o acesso universal aos serviços ofertados pela equipe de saúde bucal, organizando a demanda acumulada com estratégias que permitiriam reconhecer as diferenças, cumprindo assim com os princípios da equidade e integralidade, aumentar a resolutividade, reduzir o número de encaminhamentos à atenção especializada, reduzir o número de perdas dentárias, acabar com as intermináveis listas de espera sem nenhum critério de real necessidade e de possibilitar um real levantamento epidemiológico da área adstrita.

Outro desafio para alcançar os três princípios doutrinários (a universalidade, a equidade, e a integralidade) que conferem legitimidade ao SUS, era conseguir integrar as ações da equipe de saúde bucal às ações do restante da equipe, unificar a porta de entrada da Unidade Básica de Saúde, trabalhar com a agenda compartilhada, ser uma única equipe de saúde, pois “[...]é de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde no nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira.”¹

Para alcançar os objetivos propostos, na equipe 312 da Unidade Básica de Saúde Genesy Vieira Soyer, no município de Inhumas – GO, foi estabelecido um fluxo de atendimento onde o paciente que adentra a unidade é acolhido pela recepcionista que preenche uma planilha e o encaminha à Equipe de Saúde Bucal. A cirurgiã-dentista faz o exame clínico seguindo um critério de classificação de risco e, assim, agenda ou encaminha tal paciente, dando uma resposta à sua real necessidade no tempo oportuno. Para isso, poucos recursos foram utilizados: elaboração de planilha em tamanho A4 (Figura 1), criação da linha do cuidado e capacitação da equipe no estabelecimento de fluxo.

PLANILHA DE ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEAS ODONTOLÓGICAS

Data	Nome do Paciente	Cartão do SUS	Data de nascimento	Nº Família	Horário de Chegada	Horário do Acolhimento	Demanda	vermelho	amarelo	verde	azul	Agendado	Encaminhado	Não resolvido	Profissional Responsável	
																Atendimento Imediato
1	__/__/__															
2	__/__/__															
3	__/__/__															
4	__/__/__															
5	__/__/__															
6	__/__/__															
7	__/__/__															
8	__/__/__															
9	__/__/__															
10	__/__/__															
11	__/__/__															
12	__/__/__															
13	__/__/__															
14	__/__/__															
15	__/__/__															
16	__/__/__															
17	__/__/__															
18	__/__/__															
19	__/__/__															
20	__/__/__															

 **Atendimento Imediato**
vermelho

 **Atendimento no dia**
amarelo

 **Atendimento Semanal**
verde

 **Atendimento Mensal**
azul

Figura 1 - Planilha de acolhimento preenchida pela recepcionista da UBS

O usuário cujo risco em saúde bucal é classificado como alto ou moderado necessita de ações preventivas, educativas, tratamento clínico, cirúrgico, restaurador e reabilitador (Figura 2). O usuário cujo risco em saúde bucal é classificado como baixo necessita de atividades educativas e preventivas. Porém não menos importante pois são essas ações que vão garantir a manutenção da saúde bucal desses pacientes. No planejamento de cuidados e de promoção de saúde realizado pela equipe são incluídas as repercussões odontológicas de doenças sistêmicas como diabetes, hipertensão, demências, etilismo, fumo e exposição prolongada ao sol, pois essas doenças e comportamentos possuem repercussões na saúde bucal.

Classificação	Doença Cárie	Doença Periodontal	Critério de Risco para Tecidos Moles
BAIXO RISCO	- Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	- Elemento com periodonto sadio, ausência de dentes no sextante.	- Indivíduo com tecidos moles saudáveis.
RISCO MODERADO	- História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa. - Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.	- Elemento com cálculo supra-gengival, presença de gengivite. - Sequela de doença periodontal anterior.	- Indivíduo com lesões suspeitas em tecidos moles (bordas regulares e coloração esbranquiçada ou qualquer alteração de mucosa com mais de 14 dias de existência).
ALTO RISCO	- Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa. - Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda. - Presença de dor e/ou abscesso.	- Elemento com cálculo sub-gengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade. - Elemento com mobilidade irreversível e perda de função.	- Indivíduo com lesões de alto risco (bordas irregulares e coloração avermelhada ou enegrecida).

Figura 2 - Classificação de Risco utilizada para o agendamento

Para acompanhar o perfil de saúde bucal da população adstrita através da classificação de risco foi elaborado um mapa epidemiológico que conta com o risco para a saúde bucal onde a equipe o alimenta mensalmente, investindo na evolução do quadro de demanda acumulada representado pelos grupos de riscos alto e moderado para um quadro de manutenção e cuidado representado pelo grupo de baixo risco. O preenchimento do mapa epidemiológico integrou a equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família promovendo gestão dos processos de trabalho em saúde, após elencados os nós críticos, com a



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



análise situacional construção de linhas de cuidado e planejamento participativo.

Em 11 meses de execução do projeto na UBS Genesy Vieira Soyer conseguimos uma redução significativa na fila de espera por tratamentos odontológicos, em dezembro de 2016 haviam 88 usuários aguardando tratamento odontológico, findamos o mês de outubro de 2017 com apenas 20 pessoas, mesmo tendo durante todo o ano de 2017 mais 108 pessoas inseridas na lista de espera, porém já com o acolhimento com classificação de risco. Houve assim uma redução de 78% na lista de espera. De janeiro a novembro de 2016 foram 98 tratamentos concluídos. De janeiro a novembro de 2017 foram 185 tratamentos concluídos. Um aumento de 88%.

Acolhendo com classificação de risco conseguimos dar maior resolutividade a todo o atendimento odontológico. Como dito anteriormente houve uma redução na fila de espera (78%), aumento no número de tratamentos concluídos (88%) além de uma redução significativa no número de encaminhamentos para a atenção especializada (redução de 40%), ou seja, conseguimos intervir mais cedo reduzindo assim o número de pacientes encaminhados para exodontia (extração dentária) e endodontia (tratamento de canal), além de outras especialidades odontológicas.

Hoje concluímos que o Projeto Acolhimento com Classificação de Risco trouxe inúmeros benefícios para a saúde bucal dos cadastrados da equipe 312 da Unidade Básica de Saúde Genesy Vieira Soyer, houve o fortalecimento da equipe e como consequência a oferta de uma atenção contínua, integral, humanizada, e de qualidade para a comunidade. Com o impacto dos resultados apresentados outras equipes do município deram início a implantação do projeto em suas áreas adstritas, e hoje temos todas as equipes de Saúde Bucal do município trabalhando com essa forma de acolhimento e assim caminham com maior facilidade no planejamento das ações, atendendo às necessidades da população nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde. Além da redução significativa na fila de espera por tratamento odontológico e nos encaminhamentos para atenção especializada, e do maior número de tratamentos concluídos/mês buscam garantir a toda população um acesso ao serviço de odontologia baseado nos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Considerações finais

Consideramos então, que esta experiência contribuiu para a organização do processo de trabalho das equipes e para facilitação do agendamento das unidades. E ainda, nesta perspectiva, otimizou a entrega de resultados a população.

“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar, não apenas planejar, mas também acreditar” Antonele France.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



10

AMPLIAÇÃO DO ACESSO COM EQUIDADE NA SAÚDE DO HOMEM ACCESS ENLARGEMENT WITH EQUITY IN MEN'S HEALTH

RIOS, Cristhiene Helena Alvarenga¹

1. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Goiás, especialista em saúde pública, Diretora de Atenção e Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Goiás-GO. Endereço para correspondência: Rua Americano do Brasil, nº 19, Centro, Goiás-GO, CEP: 76.600-000. E-mail: helenaarios@yahoo.com.br.

RESUMO: Diante da necessidade de formular novas estratégias para ampliação do acesso da população masculina aos serviços de saúde, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e frente a dados de morbidade e mortalidade preocupantes na população masculina o município de Goiás – GO, no ano de 2013 iniciou um projeto piloto para atendimento em jornada ampliada para a população masculina visando trazer mais equidade no acesso da população masculina e mais resolutividade aos serviços da Atenção Primária além de maior adesão do homem aos serviços de saúde. Os resultados alcançados foram muito satisfatórios, possibilitando a intervenção e o diagnóstico precoce de enfermidades e agravos e; a expansão do projeto para outras unidades e para outros programas. Outro resultado interessante foi a ampliação do projeto para a área de saúde da mulher, por solicitação da população feminina e também os relatos de satisfação dos usuários que hoje utilizam os serviços devido ao atendimento em jornada ampliada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde. Saúde do Homem. Plantão Médico.

ABSTRACT: In view of the need to formulate new strategies to increase male population access to health services, the National Policy on Integral Attention to Men's Health (NPIAMH), and the data on morbidity and mortality of men in the municipality of Goiás - GO , in the year of 2013 began a pilot project for an extended journey for the male population



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



aiming to bring more equity in the access of the male population and more resolutiveness to the Primary Care services, besides the greater adhesion of the man to the health services. The results achieved were very satisfactory, making possible the early intervention and diagnosis of diseases and injuries and the expansion of the project to other units and to other programs. Another interesting result was the expansion of the project for the area of women's health, as a request of the female population and also the reports of satisfaction of the users that today use the services due to the service in extended journey.

Keywords: Primary Health Care. Health Policy. Men's Health. After-Hours Care.

Introdução

A Saúde do Homem tem sido foco de vários estudos comparativos entre homens e mulheres haja vista a baixa procura da população masculina aos serviços da Atenção Primária à Saúde quando comparada à procura da população feminina^{1,2}. Estes estudos têm demonstrado que a população masculina é mais vulnerável às doenças, especialmente às enfermidades graves e crônicas e, ainda, que os homens morrem mais precocemente que as mulheres^{3,4,5,6}.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1944, a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) após análise de dados de elevada morbimortalidade da população masculina em relação à população feminina e, ainda, considerando a necessidade de organização de uma rede de serviços de atenção à saúde com linha de cuidado específica para a população masculina e a realização de ações de promoção à Saúde⁷.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi orientada pelos princípios da universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde; da humanização e qualificação da atenção à saúde; da co-responsabilidade frente à saúde e qualidade de vida



com a articulação intersetorial e; da orientação da população masculina, famílias e comunidades para a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação de agravos⁷.

As ações, planos e projetos elaborados dentro dos moldes desta política devem ter como diretrizes: a integralidade; a organização dos serviços; a implementação hierarquizada da política com foco na atenção primária; a priorização da atenção primária com foco na Estratégia de Saúde da Família; a reorganização das ações de saúde e; a integração desta política com demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde⁷.

Os eixos prioritários propostos na PNAISH objetivam alcançá-los na sua pluralidade, nas diversas condições de vida e particularidades, com a finalidade de se ter uma atenção à saúde que seja resolutiva às demandas desse público. Para atender esse propósito a política foi estruturada nos seguintes eixos: Acesso e Acolhimento; Doenças Prevalentes na População Masculina; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado, Promoção da Saúde e Prevenção de Violências e Acidentes⁸.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi construída de modo articulado com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e com a participação de diferentes instituições da área e entidades civis. Além disso, a política considerou não apenas os determinantes sociais de saúde como também identificou os principais agravos e enfermidades que acometem a população masculina a fim de buscar estratégias para incentivar a busca pelos serviços da Atenção Primária à Saúde antes que as demandas se transformem em demandas de atenção especializada⁹.

Tendo em vista esta estratégia a referida política foi construída a partir de um recorte etário estratégico da população masculina o qual considerou a faixa etária de 25 a 59 anos como prioritária, não representando uma restrição da população alvo, mas sim uma estratégia metodológica. Tal recorte se deve ao fato deste grupo etário representar 41,3% da população masculina e 20% da população total do Brasil; correspondendo a parcela preponderante da força produtiva⁹.

A partir dos estudos realizados neste grupo etário para a construção da política foi observado que 75% das enfermidades e agravos à saúde estão concentrados em cinco grandes



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



áreas de especialidades, sendo elas: Cardiologia, Urologia, Saúde Mental, Gastroenterologia e Pneumologia⁹.

Os estudos apresentados acima, os indicadores epidemiológicos de morbidade e mortalidade, a realidade vivenciada no cotidiano das Equipes de Estratégia de Saúde da Família no município de Goiás – GO e; em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem surgiu o seguinte questionamento: “Como a Estratégia de Saúde da Família pode ampliar o acesso e a resolutividade dos serviços da Atenção Primária para a população masculina?”.

Primeiramente foi realizado um levantamento de mortalidade e morbidade da população masculina entre 20 a 59 anos no município, conforme demonstrado a seguir na tabela 1.

Tabela 1. Óbitos na população masculina de 20 a 59 anos por residência por Ano do óbito segundo capítulo CID-10

Capítulo CID-10	2009	2010	2011	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	1	4	8
II. Neoplasias (tumores)	4	5	3	12
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	4	3	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	9	5	8	22
X. Doenças do aparelho respiratório	2	3	2	7
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	1	3	7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	3	2	6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9	13	10	32
TOTAL	34	35	36	105

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

No município de Goiás – GO as três principais causas de mortalidade no período de 2009 a 2011, período analisado para subsidiar a construção do projeto foram decorrentes de Causas Externas (30,48%), Doenças do Aparelho Circulatório (20,95%) e Neoplasias (11,43%), conforme demonstrado na tabela anterior.

Em relação aos dados de morbidade temos:

Tabela 2. Internações do sexo masculino por residência e ano segundo Capítulo CID – 10.

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	61	86	88	235
II. Neoplasias (tumores)	33	31	21	85
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	13	8	5	26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	135	99	72	306
IX. Doenças do aparelho circulatório	62	84	86	232
X. Doenças do aparelho respiratório	160	220	254	634
XI. Doenças do aparelho digestivo	44	51	86	181
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	37	31	51	119
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	99	118	104	321
XXI. Contatos com serviços de saúde	56	73	4	133
TOTAL	700	801	771	2272

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A análise dos dados apresentados na tabela anterior nos mostra que 27,9% do total das internações na população masculina entre os anos de 2011 e 2013 foram decorrentes de Doenças do Aparelho Respiratório; 14,13% por Lesões, envenenamentos e alguma outra consequência de causas externas e; 13,47% por Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, totalizando 55,5% do total de internações da população masculina no município de Goiás – GO.

A partir dessa análise foram levantadas as possibilidades para ampliação do acesso aos serviços da Atenção Primária para a população masculina e construído um projeto com várias estratégias, sendo a maioria de baixo custo, a fim de possibilitar maior acesso da população masculina aos serviços de saúde disponíveis no município.

Após a análise situacional o projeto teve como objetivos: implantar ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; fortalecer ações e serviços de atenção integral à saúde da população masculina, com foco na Atenção Primária; ampliar o acesso aos serviços disponíveis na Atenção Primária em um horário diferenciado para a população masculina e; buscar a equidade no acesso aos serviços para a população urbana e rural a fim



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



de atender as demandas da população masculina.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto do trabalho realizado pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família no município de Goiás – GO no período de 2013 a 2017 na área da Saúde do Homem e seus reflexos no cotidiano do trabalho destas equipes.

A base metodológica utilizada foi norteadada pelos dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade da população masculina do município, disponibilizados pelo DATASUS e no diagnóstico situacional e estudos de caso de usuários das Unidades Básicas de Saúde.

Relato de experiência

No decorrer do ano de 2013 várias ações de Educação em Saúde e Mobilização foram desenvolvidas na área da Saúde do Homem no município de Goiás – GO, além do início da realização dos atendimentos em jornada ampliada. Em 19 de novembro de 2013 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.773, a qual trazia a possibilidade de repasse de recursos financeiros de custeio para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, mediante a elaboração e encaminhamento de projeto para análise.

Tendo em vista as ações já realizadas e a implantação do atendimento em jornada ampliada o município elaborou o projeto que foi contemplado pela Portaria nº 3.279 de 26 de dezembro de 2013, a qual infelizmente foi considerada sem efeito pelo Portaria nº 1.058 de 20 de maio de 2014, assim como também foi a Portaria nº 2.773 de 19 de novembro de 2013.

Entretanto o município manteve sua proposta inicial de realizar os atendimentos em jornada ampliada e, na época da implantação do projeto, contava com oito Equipes de Estratégia de Saúde da Família, uma equipe NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família)



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



tipo I recém implantada. Além disso, temos um CAPS I, um hospital filantrópico conveniado que é referência Regional. Em termos de especialidades estava disponível: Urologia (Clínica e Cirúrgica); Cardiologia; Ortopedia; Cirurgia Geral; Pediatria; Radiologia; Ginecologia; Dermatologia e Psiquiatria.

No decorrer dos anos o município teve sua rede assistencial ampliada, contando ainda com mais uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família e um Serviço de Atenção Domiciliar com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e uma Equipe Multiprofissional de Apoio.

Desde o início do projeto foram executadas diversas estratégias em diferentes frentes de ação com vistas à redução do acometimento de saúde da população masculina por causas evitáveis na Atenção Primária. O objetivo primordial das ações implantadas foi alcançar o público masculino residente no município, como campanhas para Prevenção de Violências e Acidentes (semana do trânsito), agenda de atendimento nas Unidades com Jornada Ampliada (17h00min às 20h00min), atendimentos na área rural (fazendas, acampamentos e assentamentos), visitas domiciliares (em especial para a população da área rural e população idosa), atividades educativas nas empresas do município, palestras com especialistas da rede municipal (urologista, cardiologista) sobre Temas Diversos (Saúde do Homem; Sexualidade; Hipertensão e Diabetes; IST's/HIV/AIDS; Alimentação Saudável; Prática de Atividade Física; entre outros); realização de atendimento médico à população privada de liberdade; participação dos pais durante o Pré-Natal.

A principal estratégia adotada dentro do projeto foi a implantação de atendimento à população masculina em jornada ampliada a fim de ampliar o acesso deste público aos serviços de saúde. Esse atendimento foi iniciado em março de 2013 em apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como projeto piloto. Inicialmente a adesão foi pequena, cerca de cinco a oito pacientes por dia. Esse atendimento foi crescendo exponencialmente a cada semana, chegando a um total de mais de trinta usuários dentro dos três primeiros meses de realização do projeto, sendo necessária a ampliação do projeto e, atualmente é realizado nas cinco Unidades de área urbana do município.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



O atendimento em jornada ampliada teve como base para sua implantação a incorporação de um horário alternativo no período noturno com contabilização de banco de horas para os profissionais participantes mediante prévia negociação com a gestão. Foi uma estratégia de baixo custo e que contou com a adesão dos profissionais que já atuavam nas Equipes de Saúde da Família.

O atendimento no período noturno possibilitou a ampliação do acesso da população masculina aos serviços disponíveis na Atenção Primária sem prejuízo ao trabalho do usuário, o qual muitas vezes relata não ir à Unidade no horário convencional para não apresentar atestado e perder o bônus fornecido pela empresa. Através deste projeto foi possível o diagnóstico e a intervenção precoce em diversos problemas de saúde que seriam agravados caso não houvesse o tratamento.

Importa mencionar que todos os serviços da Unidade estão disponíveis ao usuário no horário ampliado e não apenas o atendimento médico. Durante a jornada ampliada o homem tem a sua disposição: ações educativas como palestras, rodas de conversa; atividades de alongamento; atendimento médico, odontológico e de Enfermagem; realização de aerossolterapia; soroterapia; vacinação; curativos; aferição de sinais vitais; realização de testes rápidos; realização de eletrocardiograma; administração de medicamentos, entre outros.

Ao longo dos anos em que o projeto esteve em execução pudemos observar alguns resultados, em especial na Unidade do projeto piloto, sendo eles: garantia da realização do exame de dosagem de PSA pelo sangue pelo SUS; diagnóstico inicial de homens com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que não sabiam da doença e iniciaram o tratamento; diagnóstico precoce de câncer com encaminhamento para Urologista e realização de acompanhamento com intervenção cirúrgica; diagnóstico de exames de próstata com alteração com encaminhamento para Urologista para acompanhamento especializado; diagnóstico de cardiopatias com encaminhamento para Cardiologista para seguimento especializado; adesão da população masculina ao serviço de modo crescente; ampliação do projeto piloto para outras Unidades Básicas de Saúde; ampliação da jornada estendida para outros programas e; a melhoria da cobertura assistencial e da resolutividade da Atenção



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Primária no município.

Além do público masculino, a população feminina clamou por atendimento em jornada ampliada, assim como havia com os homens, pois elas também trabalhavam fora e não conseguiam frequentar a UBS no seu horário normal (07h00min às 11h00min e das 13h00min às 17h00min). Dessa maneira, também implantamos o atendimento em jornada ampliada no ano de 2016, já com uma grande demanda. E, existe a previsão da implantação do Pré-Natal em Jornada Ampliada para o ano de 2018, favorecendo ainda mais a participação do pai no Pré-Natal.

Considerações finais

A vivência neste projeto possibilitou uma nova experiência no município dentro da saúde pública, na qual os profissionais participaram de modo voluntário para que o atendimento em jornada ampliada se tornasse uma realidade. A partir da formação de banco de horas com os profissionais, foi possível estabelecer um novo horário de trabalho que contemplasse a população masculina e essa nova oferta trouxe o homem para a Unidade Básica de Saúde, um espaço muitas vezes visto apenas como um espaço feminino ou infantil.

As estratégias adotadas para ampliação do acesso aos serviços foram de baixo custo e se mostraram de grande efetividade e resolutividade, além de contar com grande aceitação e adesão da população masculina e, posteriormente, da população feminina.

Quando fazemos a relação entre os objetivos propostos e os resultados alcançados até o momento podemos dizer que foi possível implantar ações da PNAISH, assim como fortalecer e ampliar as ações e serviços para a população masculina; garantindo a integralidade do cuidado sempre com foco na Atenção Primária como porta de entrada preferencial.

Além disso, foi possível observar a ampliação do acesso aos serviços da rede após a implantação de um horário diferenciado e uma maior equidade no acesso para a população masculina em geral e, também, em especial na área rural com os atendimentos realizados nos



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



assentamentos, fazendas e distritos.

Com certeza ainda serão necessários mais avanços e investimentos na Área da Saúde do Homem em nosso município, mas as estratégias já implantadas e a incorporação de novas estratégias para inclusão de mais eixos da PNAISH no cotidiano da Atenção Primária irão contribuir para a redução de doenças preveníveis na população masculina no município de Goiás – GO.

Este projeto enriqueceu a Atenção Primária no município e demonstrou que ações simples e de baixo custo podem fazer uma grande diferença na saúde da população. Ainda, podemos dizer que a execução e realização deste projeto favorece ainda mais o vínculo da Equipe de Estratégia de Saúde da Família com sua população, pois demonstra não apenas a busca por mais acesso e resolutividade como também uma aproximação maior com a comunidade assistida, transformando o cuidado em saúde no município.

Referências

1. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc saúde coletiva*. 2005 [acesso em 2017 nov 20];10:105-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
2. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2002 [acesso em 2017 nov 20];7: 687-707. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJB, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int braz j urol* [Internet]. 2008 [acesso em 2017 nov 20];34(5):587-593. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382008000500007&lng=en



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



4. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000; 50(1):385-401.
5. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva.* 2005 [acesso em 2017 nov 20];10:35-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010
6. Luck M, Bamford M, Williamson P. *Men's health: perspectives, diversity and paradox.* London: Blackwell Sciences; 2000.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
8. Chakora ES. Política nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc Anna Nery.* 2014 [acesso em 2017 nov 20];18(4): 559-561. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0559.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.* Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



DESPERTA MULHERES

AWAKENING WOMEN

DAMACENO, Andreia Ramos¹

1. Enfermeira, Coordenadora da Atenção Básica de Pirenópolis-GO. Endereço para correspondência: Av. Joaquim Alves, nº 5, Centro, Pirenópolis - GO

RESUMO: Este trabalho objetivou relatar a aplicação da arteterapia na prática cotidiana, tomando por objeto a experiência desenvolvida em um dos grupos terapêuticos na Unidade de saúde Nilton Moreira de Farinha, distrito de Jaranópolis, Município de Pirenópolis GO. Que utiliza dispositivos terapêuticos no campo da Saúde Mental, além de promover a sensibilização e estímulo de outros profissionais dessa área e artistas para vivenciar experiências dessa natureza. O “desperta mulheres” é um projeto de aulas de arteterapia, fazendo com que o trabalho com a mão se torne uma ferramenta de integração psíquica, visando o despertar criativo e sensorial. A oficina oferecida pretende fazer com que as participantes se despertem para a vida e para a importância de promover a inclusão social através da arte. Desse modo, as ações realizadas visaram à potencialização e valorização de formas singulares do processo de livre criação dos usuários, elevação da autoestima, melhora do equilíbrio emocional e minimização dos efeitos negativos da doença mental. O grupo vem se apropriando como a pintura em pano de tecido, produção de livre expressão artística, obtendo-se, assim, a adesão e o envolvimento dos sujeitos implicados no processo, propiciando mudanças nos campos afetivos, interpessoal e relacional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Saúde da Mulher. Terapia pela Arte.

ABSTRACT: This work aimed to report the application of art therapy in daily practice, taking as an object the experience developed in one of the therapeutic groups in the Nilton



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Moreira de Farinha Health Unit, Jaranápolis district, Pirenópolis GO Municipality. That uses therapeutic devices in the field of Mental Health, besides promoting the sensitization and stimulation of other professionals of this area and artists to experience experiences of this nature. The "awakens women" is a project of art therapy classes, making the work with the hand become a tool of psychic integration, aiming the awakening creative and sensorial. The workshop offered intends to make the participants aware of life and the importance of promoting social inclusion through art. In this way, the actions carried out aimed at enhancing and valuing singular forms of the process of free user creation, self-esteem, improvement of emotional balance and minimization of the negative effects of mental illness. The group has appropriated itself as painting in cloth cloth, production of free artistic expression, obtaining, therefore, the adhesion and the involvement of the subjects involved in the process, propitiating changes in the affective, interpersonal and relational fields.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Women's Health. Art Therapy.

Relato de experiência

Este artigo se propõe a relatar a aplicação de uma experiência usando a arteterapia na prática cotidiana, tomando por objeto a experiência de um dos grupos terapêuticos desenvolvidos em uma Unidade Básica de saúde. Considerada a depressão com a doença do século, percebe-se a necessidade de desenvolver ações que atendam pacientes com diagnóstico de depressão, residentes no distrito de Jaranápolis município de Pirenópolis-Go, pois o município não dispõe de serviço que atende a saúde mental. Sendo arteterapia é um dispositivo terapêutico que absorve saberes das diversas áreas do conhecimento, constituindo-se como uma prática transdisciplinar, visando a resgatar o homem em sua integralidade através de processos de autoconhecimento e transformação.¹



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



A Associação Brasileira de Arteterapia a define como um modo de trabalhar utilizando a linguagem artística como base da comunicação cliente-profissional. Sua essência seria a criação estética e a elaboração artística em prol da saúde². Várias modalidades expressivas com propriedades terapêuticas inerentes e específicas são trabalhadas. Fica a cargo do arteterapeuta criar um repertório de informações relativo a cada modalidade, adequando-as às necessidades do usuário a ser atendido.¹

A partir da Reforma Psiquiátrica, notam-se mudanças relacionadas ao tratamento das doenças mentais, surgindo uma nova concepção de cuidado com tais doentes, visando uma melhor qualidade de vida para tais pessoas, bem como a sua retirada do ambiente manicomial, proporcionando sua reinserção na sociedade.¹

No contexto extra-hospitalar, a arte passa a ter um papel de grande importância, possibilitando a reabilitação e inclusão sócio familiar dos doentes mentais, priorizando o tratamento do indivíduo como um todo.¹

O uso terapêutico das artes remonta às civilizações mais antigas. Contudo, só em meados do século XX a Arteterapia se apresentou com um corpo próprio de conhecimento e atuação, determinada pela crise da modernidade, em meio às mudanças que marcaram essa época.¹

A arte sempre esteve vinculada à existência humana, como meio de diálogo, interação social, registro histórico, desenvolvimento da estética, do belo e harmônico. A importância da arte, sobretudo do desenho e da pintura, incide na relação do homem com o mundo, e de como os estímulos externos agem no imaginário humano.¹

Margareth Naumburg – artista plástica, educadora e psicóloga americana – foi quem primeiro interessou-se pelo elo entre o trabalho desenvolvido na sua escola, onde utilizava-se o método Montessori e o campo da psiquiatria e da psicoterapia. Naumburg, apesar de não ter sido a primeira a empregar o termo arteterapia, ficou conhecida como “mãe” da técnica por ter sido a primeira a diferenciá-la claramente como um campo específico, estabelecendo os fundamentos teóricos sólidos para seu desenvolvimento. A referida autora afirma ainda que em suas palestras, livros e doutrinas, Naumburg sempre deixou clara sua crença na seriedade



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



da atividade criativa e expressiva para o desenvolvimento pleno de cada ser humano e de cada comunidade social. Muitos foram seus seguidores, culminando na fundação da Associação Americana de Arteterapia (AATA) em 1969.¹

Na década de 1980, a Arteterapia chega ao Brasil por Selma Ciornai, psicoterapeuta gestáltica com formação em Arteterapia em Israel e nos Estados Unidos, que a apresentou a São Paulo, criando o primeiro curso de Arteterapia do país, no Instituto Sedes Sapientiae.¹

A Associação Brasileira de Arteterapia define essa técnica como um estilo de trabalhar empregando a linguagem artística como alicerce da comunicação cliente profissional. Seu cerne seria a criação estética e a elaboração artística a favor da saúde. Assim, percebemos a importância da utilização da arteterapia como forma de expressão para doentes mentais uma vez que possibilita ao indivíduo a manifestação de sentimentos inconscientes, bem como a organização de tais sentimentos que podem ser expressos por desenhos, pintura, modelagem, entre outras formas de aplicação de materiais em oficinas e ateliês de arteterapia.¹

O “desperta mulheres” é um projeto de aulas de arteterapia, fazendo com que o trabalho com a mão se torne uma ferramenta de integração psíquica, visando o despertar criativo e sensorial. A oficina oferecida pretende fazer com que as participantes se despertem para a vida e para a importância de promover a inclusão social através da arte.

Pretendemos que futuramente elas possam usufruir do que aprenderam podendo compartilhar essa experiência com outras mulheres e até mesmo ter algum lucro financeiro através da oficina oferecida a elas. Tendo como meta fazer com que as participantes tenham uma oportunidade de realizar uma habilidade manual, produzindo um artesanato.

O objetivo desta intervenção foi: promover o desenvolvimento de métodos e processo de educação e saúde, fazer com que a paciente tenha uma qualidade de vida melhor, desenvolvendo uma habilidade manual; proporcionar uma integração entre as pacientes e também com a equipe multiprofissional do ESF IV e comunidade; proporcionar a estes pacientes momentos de cultura, diversão, descontração e prazer, através de uma oficina artesanal.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Os ACS escolheram dez pacientes do sexo feminino que residem em Jaranápolis ou região.

O trabalho com as mãos favorece o contato com a subjetividade e o potencial criativo do aluno. Realizando uma oficina de arte onde a paciente possa desenvolver sua capacidade tanto manual quanto intelectual. Possibilitar que a paciente se sinta capaz de desenvolver a atividade proposta.

A oficina não visa somente o produto final, mas sim, o processo que vai desde o momento do toque do pincel na tinta, onde questões internas podem ser discutidas, revista e criadas na pintura.

Em fevereiro de 2017, teve início o grupo de arteterapia intitulado DESPERTA MULHERES, o nome escolhido pela equipe da unidade de Saúde, engloba em seu significado a construção dos laços afetivos com base no fazer artístico. Inicialmente, o grupo teve a composição de 10 mulheres, com idades de 20 a 80 anos, com diagnóstico de alguma doença, com ênfase em doença mental. Atualmente, possui 15 participantes estamos expandindo para mais 3 unidades. Unidade Estrela Dalva e Bonfim.

O contrato terapêutico inicialmente pactuado foi quatro meses, sendo as ferramentas utilizadas a pintura em tecidos (pano de prato, confecção de artesanato em pano), pincel, tinta para tecido de cores diversas e cola permanente. Tendo como facilitadora a auxiliar de serviços gerais que tem uma habilidade artista, psicóloga e uma enfermeira que desenvolvem o trabalho.

Quando as pacientes apresenta rebaixamento do humor, em cada um desses momentos são desenvolvidas ações que têm por fim, trabalhar as capacidades de se expressar dos participantes, tanto no que se refere ao corpo quanto ao intelecto, não apenas em relação ao grupo, mas também em relação à descoberta de si, sendo o indivíduo conduzido a ser autor de sua descoberta empregamos técnicas de expressão corporal através de jogos coletivos, movimento corporal com música, visando melhorar os potenciais emocionais de modo lúdico.

A cada semana essas pacientes são avaliadas pelo psicólogo, através da aplicação de questionário, por meio de questões que avalia ao estado emocional e físico. Rodas de



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



conversas são desenvolvidas entre elas notamos uma melhora significantes em todas as participantes.

Os encontros acontecem duas vezes na semana de segunda e sexta-feira, nos horários das 14:00 as 16:00 dentro da unidade de saúde estamos na terceira turma.

A arteterapia vem ganhando espaço cada vez maior na área da saúde e, sobretudo, no campo da saúde mental. O trabalho desenvolvido junto aos usuários da unidade de saúde de Jaranópolis, no município de Pirenópolis-Go, apresenta-se como uma das ferramentas fundamentais que vêm colaborando para amenizar os efeitos negativos da doença mental. É central a promoção do bem-estar da pessoa com sofrimento psíquico, uma vez que a arteterapia propicia mudanças nos campos afetivo, interpessoal e relacional, melhorando o equilíbrio emocional ao término de cada sessão.

Tendo em vista nossas recentes experiências com a utilização de recursos artísticos como dispositivo terapêutico na saúde mental, percebemos empiricamente que a arteterapia, em qualquer das linguagens artísticas aplicadas, tem se configurado importante instrumento para ajudar grupos de pessoas com transtornos mentais, trazendo consigo visíveis resultados em espaço de tempo relativamente curto.

O grupo “desperta mulheres” incentivou o interesse em aprender trabalho manual em pinturas em pano de prato trazendo muitos benefícios, melhorando a autoestima e comunicação, interação com a equipe e melhorando a renda da família e convívio familiar e interação interpessoal.

Todas as participantes se sentiam tristes e solitárias no início da oficina, agora podemos notar que esse quadro mudou, a olho clínico observamos que todas estão mais comunicativas e dentre outros. Consideramos que, mediante a interpretação e a reflexão das vivências na relação terapêutica, a pessoa vai se apropriando dos seus próprios conteúdos, conhecendo a si mesma e se tornando assim sujeito ativo do processo terapêutico.

Parece razoável pensar nossa experiência com o grupo de arteterapia no Desperta Mulheres supracitado e seus desdobramentos como salutar, na medida em que observamos os resultados. Dessa forma, consideramos a necessidade da ampliação do projeto Desperta



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Mulheres a partir da criação de novos grupos terapêuticos que percebem na arte um instrumento importante na busca do bem-estar da pessoa em sofrimento mental e de promoção da saúde em geral.

Referências

1. Mendonça GAM. Arteterapia no CAPS: uma nova forma de cuidar [trabalho de conclusão de curso]. Alegre (ES): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre; 2013 [acesso em 2017 nov 1]. Disponível em:
http://fafia.srvroot.com/site01/Downloads/publicacoes/posgraduacao/ARTETERAPIA_N_O_CAPS_UMA_NOVA_FORMA_DE_CUIDAR.pdf



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



FotográVIDA

ARRIEL, Gislaine Gonzaga Guimarães¹
MONTEIRO, Luciene Cunha²
SOUZA, Maria Célia de Oliveira³
MIRANDA, Edinalva Câmara de⁴
ABREU, Eleuza da Silva⁴
SILVA, Evanicléia Ferreira da⁵
BRANDÃO, Edivânia⁵
RIBEIRO, Josilene dos Santos⁴

1. Enfermeira, Estratégia Saúde da Família, Centro de Saúde da Família Jardim Guanabara, Distrito Sanitário Norte, Secretaria Municipal de Saúde Goiânia-Go. Professora Departamento Enfermagem PUC-Go. Correspondência: Rua Dona Firmina, casa 77, Condomínio Monte Verde, Sítio Recreio dos Ipês, Goiânia-Go. Email: gisgongui@gmail.com.

2. Enfermeira, Professora Departamento Enfermagem PUC-Go.

3. Agente administrativo, Distrito Sanitário Norte, Secretaria Municipal de Saúde Goiânia-Go.

4. Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro de Saúde da Família Jardim Guanabara, Distrito Sanitário Norte, Secretaria Municipal de Saúde Goiânia-Go.

5. Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro de Saúde da Família Cachoeira Dourada, Distrito Sanitário Norte, Secretaria Municipal de Saúde Goiânia-Go.

RESUMO: FotográVIDA é um projeto de fotografia amadora que visa melhorar a auto estima e a qualidade do atendimento do pré-natal das gestantes acompanhadas nas Unidades de Saúde da Família Jardim Guanabara e Cachoeira Dourada. Numa parceria firmada entre as gestões das duas unidades, as gestantes que participam dos grupos de gestantes e mantêm consultas, exames e vacinas em dias são agraciadas com um ensaio fotográfico da gravidez. A fotografia, além de estimular o cuidado com a própria saúde, evidenciou as potencialidades individuais e fortaleceu a autoestima.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Saúde da Mulher.

ABSTRACT: FotográVIDA is an amateur photography project that aims to improve the self-esteem and the quality of prenatal care of pregnant women accompanied at the Health Family



Units of the Jardim Guanabara and Cachoeira Dourada. In a partnership between the two units' management, pregnant women who participate in groups of pregnant women and have consultations, exams and vaccinations on days are awarded a photographic pregnancy test. Photography, besides stimulating care with one's own health, evidenced individual potentialities and strengthened self-esteem.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Women's Health.

Relato de experiência

A realização da atenção pré-natal e puerperal é feita pelos membros da equipe multiprofissional de saúde, e na Atenção Básica (AB) este acompanhamento pré-natal é compartilhado pelos enfermeiros e médicos, por meio de consultas, visitas domiciliares e grupos de gestantes¹. Cabe à equipe de saúde acolher a gestante e a sua família, desde o primeiro contato com a unidade de saúde, para promover as orientações e o acompanhamento adequados às suas necessidades.

A gestação é um fenômeno fisiológico que deve ser entendido por gestantes e profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvida por modificações dinâmicas do ponto de vista biopsicossocial². Por isso, é essencial que conhecimentos e informações de diferentes experiências devem ser trocadas entre as gestantes e os profissionais de saúde.

As ações educativas são muito importantes em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal. No pré-natal, a mulher deve ser orientada sobre a gestação e o parto para favorecer uma vivência positiva e satisfatória no puerpério para reduzir os riscos de complicações e favorecer o sucesso na amamentação. Para tanto, os profissionais de saúde devem adotar a postura de facilitadores do processo educativo para compartilhar saberes e favorecer à mulher o desenvolvimento de autoconfiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério com



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



segurança e satisfação³.

Apesar de a gravidez ser um fenômeno biologicamente normal, encerra profundas alterações e reestruturações a nível físico, a nível das estruturas internas e auto percepções, bem como das relações com os outros⁴. Ao longo dos nove meses, as grávidas experienciam um período emocional com altos e baixos, numa dimensão e intensidade muito maior do que a habitual no seu dia-a-dia⁵.

Se as exigências do período gravídico são enormes, as suas vivências são ainda mais complexas. Cada mulher é um ser único, com idealizações e significados pessoais do que é estar grávida e do que é ser mãe⁶. O contexto interpessoal da mulher, sua história de vida, a sua personalidade e o significado que dá aos acontecimentos são muito importantes, uma vez que é aí que residem os aspectos psicológicos essenciais para o profissional de saúde compreender certos acontecimentos que marcam a gravidez, bem como a forma que a grávida se vê a si própria, se adapta e reage^{5,7}.

A autoestima é considerada um importante indicador de saúde mental por interferir nas condições afetivas, sociais e psicológicas dos indivíduos⁸. Níveis elevados de autoestima têm sido apontados por estudos como importante preditor de competências maternas e de alta qualidade na interação mãe/bebê. Interfere, portanto, na saúde, no bem estar e na qualidade de vida. Podendo interferir também na maternagem. Enquanto a maternidade é tradicionalmente permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem é estabelecida no vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho por uma mãe⁹.

Por tudo isso, não se deve restringir o pré-natal em ações apenas clínico-obstétricas. É necessário incluir nessa assistência, além das ações educativas em saúde, os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, para entender as gestantes no contexto em que vivem, agem e reagem³.

Garantir que gestante e bebê mantenham-se saudáveis durante a gravidez é a principal missão do Pré Natal. No entanto, esse período também possui outros atributos. Além de acompanhar, diagnosticar intercorrências e tratá-las, o período gestacional exige um acolhimento de todas as transformações físicas e emocionais advindas do mesmo. E, foi



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



apostando num atendimento com olhar mais holístico, que, em 2012, surgiu o interesse pela autoestima das grávidas de uma Unidade da Saúde da Família de Goiânia. Esse interesse manifestou-se durante os trabalhos de educação em saúde de um grupo de gestantes, no qual participavam um pequeno número de grávidas. Naquela ocasião percebia-se que a grande maioria das mulheres carregava uma gravidez cheia de problemas (gestação não planejada, ausência do parceiro, abandono da família, transformações físicas e psicológicas, dentre outras) que interferiam diretamente na autoestima e maternagem.

Não obstante, percebe-se que os benefícios que o grupo proporciona para as gestantes são irrefutáveis. Contudo, o número de gestantes que participam das reuniões de grupo está muito aquém do número de mulheres em acompanhamento de pré-natal individual nas Unidades. A equipe multiprofissional, precisa extrapolar as paredes do consultório e promover a participação nas consultas necessárias e reuniões de educação em saúde para gestantes. Todavia, precisa-se obter maior adesão e motivação das gestantes para que as mesmas vivenciem trocas de saberes nos grupos de Educação em Saúde, assimilando isso com parte do processo completo de pré-natal.

Assim, o ensaio fotográfico da gestação, destaca-se como importante ferramenta e como atrativo para ações de educação em saúde. É nessa perspectiva que o projeto denominado “FotográVida: Melhoria da autoestima e Construção da Maternagem”, vem articulando a utilização da fotografia na promoção da autoestima, tornando-se principal fator de adesão e motivação nos grupos de gestantes.

Neste sentido, o objetivo do projeto é compreender a efetividade do ensaio fotográfico e seu impacto na autoestima e seguimento do pré-natal.

Neste contexto, acredita-se que a experiência relatada oportunizou demonstrar a vivência desse grupo de gestantes, cujo enfoque é à promoção da saúde. Destacando o ensaio fotográfico da gestação com aliado ao fortalecimento da autoestima, autoconfiança e maternagem.

A vivência tem como cenário o Centro de Saúde da Família Jardim Guanabara, localizado no Distrito Sanitário Norte em Goiânia. A Unidade fornece atendimento básico às



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



famílias adscritas em sua área de abrangência. A população do relato foi constituída pelas gestantes que acompanham o pré-natal nesta unidade. Todas as gestantes que iniciam o pré-natal na unidade acima referida são apresentadas ao projeto e convidadas a participarem. Já na primeira consulta as gestantes são convidadas a participarem das reuniões de educação em saúde. O grupo de gestantes reúne-se semanalmente e aborda temas relacionados à autoestima, gravidez, puerpério, cuidados com recém-nascido, entre outros. O grupo conta com a parceria de uma equipe multiprofissional que atende a demanda dos temas trabalhados nas reuniões.

As gestantes são informadas sobre a realização do ensaio fotográfico da gestação na primeira consulta. Durante as reuniões as regras e detalhes do ensaio da gravidez são discutidos. As interessadas assinam um termo de autorização de uso da imagem para possíveis publicações em redes sociais, exposições, etc. sem obrigatoriedade.

O projeto de fotografia amadora faz exigências como: número mínimo de consultas, exames e vacinas em dias, participação nas reuniões de educação em saúde (grupo de gestantes). No entanto, uma atenção especial é dada àquelas que evidenciam problemas como: baixa autoestima, gravidez indesejada, instabilidades emocionais variadas. O ensaio fotográfico é agendado entre 28 e 32 semanas de gestação. Os recursos dispendidos inicialmente envolvem: máquina fotográfica; roupas e acessórios, maquiagens. As fotos são realizadas em casas de parceiros e/ou áreas públicas, onde a luz natural pode ser aliada ao trabalho, visto que não dispõe-se de equipamentos adequados de iluminação para fotografar em ambiente fechado. Um grupo de até quatro gestantes é agendado para o ensaio no mesmo dia.

A grávida vivencia transformações corporais e emocionais que podem interferir na saúde do binômio mãe-filho. Influenciar o compromisso com sua saúde e com a saúde do seu filho através da fotografia foi a melhor forma de acolhimento para essa realidade. Nesse contexto a fotografia veio com a intenção de fazer com que essas mulheres enxergassem uma nova imagem de si próprias, incentivando-as a contemplarem a gravidez por outro ângulo.

A integração no grupo e as interações suscitadas entre as gestantes e os profissionais



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



permitiu a multiplicação de informações no ambiente coletivo e oportunizou a promoção da saúde com reflexos no individual de cada uma. Durante os ensaios foi essencial o vínculo já estabelecido entre a enfermeira/fotógrafa e as gestantes, deixando-as à vontade durante as fotos.

A iniciativa surtiu efeito imediato. Percebeu-se aumento do número mínimo de consultas de PN, a frequência nas reuniões de grupo e a procura para participação das mesmas também aumentou. Em análise prévia dos prontuários e cadernetas das gestantes, observou-se que nenhuma delas apresentou menos de seis consultas de pré-natal até a data do ensaio, número mínimo exigido pelo Ministério da Saúde.

As potencialidades individuais e o fortalecimento da autoestima ficam aparentes quando as gestantes visualizam suas fotos. Elas se mostram mais nas redes sociais e promovem palavras de carinho relacionadas à gravidez.

A fotografia possui três grandes funções: documental - reflexo, testemunho e representação da realidade; artística - busca criar emoções e textual - meio de transmitir ideologias e valores¹⁰. Nesta experiência evidenciou-se tanto a inserção do recurso artístico quanto textual, uma vez que, concomitantemente, caracterizou-se o indício expressivo de emoções, ideologias e valores. Além de estimular o cuidado com a saúde das gestantes, a fotografia conseguiu extrair da beleza dessas mulheres “comuns”, resultados surpreendentes na autoestima. Além de registrar histórias, mudou o jeito como elas se viam e trouxe à tona a força que muitas haviam perdido. Passaram a fazer uma avaliação positiva de si mesmas e expressaram atitude mais afetiva em relação à gravidez indesejada.

A fotografia trouxe uma narrativa visual da representação de uma realidade que as gestantes não vislumbravam. Ao visualizarem suas fotos, as elas se manifestam surpresas com a própria beleza, verbalizando que se sentiam mais bonitas, fortes e valorizadas.

Face ao exposto, acredita-se que é possível despertar para a relevância da inserção de novas metodologias e subsídios que possam potencializar o cuidado e a atenção dispensados ao binômio mãe/filho.

A gestação é um período propício para intervenções que visem, entre outras coisas,



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



oportunidade de descobertas da futura mãe sobre si mesma e sobre seu novo papel. É relevante garantir no processo de assistência pré-natal, estratégias que favoreçam o encorajamento da mulher na busca pela qualidade da sua saúde e do seu filho, oportunizando a percepção da gravidez com um evento significativo e afetivo. Destaca-se a necessidade da multidisciplinaridade no acolhimento das necessidades e anseios das gestantes, perpassando as paredes dos consultórios em busca de transformações de contextos, sentimentos e modos de ver e viver a gestação.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Ministério da saúde (BR), Secretaria de gestão estratégica e participativa, Departamento de apoio à gestão participativa e ao controle social. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde soc. 2008;17(2):132-139.
4. Oliveira GKS, França BF, Freire KRB, Oliveira ER. Intervenções de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. Veredas FAVIP Revista Eletrônica de Ciências. 2010;3(1):58-67.
5. Vieira BD, Parizotto APA. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. Unoesc & Ciência ACBS. 2013;4(1):79-90.
6. Vido MB. Qualidade de Vida na Gravidez [dissertação]. Guarulhos: Universidade de Guarulhos; 2006.
7. Maldonado MTP. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
8. Schultheisz TSV, Aprile MR. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. Revista Equilíbrio Corporal e Saúde. 2013;5(1):36-48.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



9. Gradvohl SMO, Osis MJD, Makuch MY. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando fam.* 2014 [acesso em: 2018 mar 4];18(1):55-62.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006&lng=pt&nrm=iso

10. Gutiérrez MR. Testimonio y poder de la imagen. In: Baztán AA. *Etnografía: etodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona (ES): Marcombo; 1995.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



36

PROGRAMA DE NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA, NORMATIZAÇÃO E ESTRATÉGIA DE NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS

**Specialized nutrition program, normatization and nutrition strategy in the
domiciliar attention of Anapolis**

BATISTA, Suelma Rodrigues¹

1. Nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis-GO, especialista em nutrição renal, nutrição oncológica e atenção primária da saúde. Email: suelmanutri@hotmail.com, suelma@anapolis.go.gov.br.

RESUMO: O município de Anápolis contou com o Programa de Nutrição de Alto Custo, o protocolo de normatização e dispensação de nutrição de alto custo e a Unidade de Nutrição Especializada que estabeleciam diretrizes para dispensação, bem como o acompanhamento dos pacientes que necessitam de fórmulas dietéticas especiais, e também o manual de intervenção ao paciente oncológico. O protocolo representou um avanço no atendimento aos pacientes com necessidades especiais de alimentação residentes em Anápolis, visando a melhoria de sua saúde e qualidade de vida. Houve aprimoramento constante da equipe técnica com o apoio de outros profissionais de saúde, familiares e os próprios pacientes. O programa era composto por médico gastropediatra (fórmulas infantis), nutricionista e assistente social que acompanham os pacientes trimestralmente. Ser residente em Anápolis e apresentar cartão SUS desse mesmo município, apresentar desnutrição secundária a alguma doença base e/ou apresentar doença que comprometa o funcionamento do TGI em uso exclusivo de nutrição enteral, apresentar receita e relatório médico e/ou de nutricionista são alguns dos critérios para inclusão no programa. Em 2017 todos os pacientes inseridos no programa eram acompanhados periodicamente e recebiam habitualmente suas dietas, com a implantação do programa houve redução de preço na nutrição de alto custo para os pacientes, bem como melhora da qualidade de vida desses.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Nutrição em Saúde Pública. Nutrição Parenteral no Domicílio.

ABSTRACT: The Municipality of Anápolis counted on the High Cost Nutrition Program, the high cost nutrition standardization and dispensation protocol and the Specialized Nutrition Unit that established guidelines for dispensing, as well as the monitoring of patients who need special dietary formulas, we also emphasized the intervention manual for oncology patients. The protocol represented an advance in the care of patients with special nutritional needs residing in Anápolis, aiming to improve their health and quality of life. There has been constant improvement of the technical team along with the support of other health professionals, family members and the patients themselves. The program consisted of a gastro-pediatrician (infant formulas), a nutritionist and social worker who accompanies the patients quarterly. Being resident in Anápolis and presenting SUS card from that same municipality, presenting malnutrition secondary to some underlying disease and / or presenting a disease that compromises the operation of the TGI in exclusive use of enteral nutrition, present a prescription and a medical and / or nutritionist report are some of the criteria for inclusion in the program. In 2017, all patients enrolled in the program were periodically followed up and regularly received their diets. With the implementation of the program, there was a reduction in the price of high-cost nutrition for patients, as well as an improvement in their quality of life.

Keywords: Primary Health Care. Public Health Nutrition. Home Parenteral Nutrition..

Introdução

O município de Anápolis, desde 2012, já fazia a dispensação de nutrição enteral: “todo e qualquer alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas” e fórmulas infantis: “alimento processado, concebido e comercializado para a alimentação de crianças, bebês e recém-nascidos em condições de saúde normal ou patológicas, por exemplo, crianças com alergia proteína do leite de vaca”¹.

Entretanto, a dispensação era feita de maneira desordenada, pois não havia profissionais capacitados envolvidos no processo de aquisição e dispensação das dietas. Muitas vezes simplesmente não ocorrendo, o que resultava na judicialização dos pedidos. Em 2014 estavam cadastrados na assistência farmacêutica do município 413 pacientes solicitando por meio de processo administrativo fórmulas infantis e/ou de nutrição enteral e/ou complementar, 19 pacientes com requisição ministerial e 11 pacientes com mandato de segurança. Esses pacientes não recebiam acompanhamento e muitas vezes eram omitidos em suas reivindicações, obrigando a família a arcar por conta própria com as dietas, a maioria de alto custo. Buscamos parâmetros para criação e implantação de um programa que efetivasse a dispensação e acompanhamento dos pacientes, visando redução de gastos e melhora na qualidade de vida.

As portarias foram essenciais para embasamento do nosso programa, a primeira é a Portaria MS nº 710 que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição: "4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal-Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes receber e/ou adquirir alimentos e suplementos nutricionais, garantindo o abastecimento de forma permanente e oportuna, bem como a sua dispensação adequada."²

A segunda, Portaria MS nº 1.357, define e estrutura as ações de Alimentação e Nutrição por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e normatiza a utilização do saldo restante dos recursos financeiros referentes ao Incentivo de Combate a Carências Nutricionais (ICCN) nos



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



municípios qualificados. Assim dispõe o seu artigo 6º, inciso I: "Compete às Secretarias Municipais de Saúde das capitais: I - realizar o suporte técnico às equipes de Saúde da Família para a realização das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção básica à saúde, seguindo um dos princípios maiores do SUS (Sistema Único de Saúde)"³

O programa de Nutrição Especializada de Anápolis-GO foi criado em 2014 e devido sua importância e abrangência foi criada em 2016 a Unidade de Nutrição Especializada da cidade de Anápolis-GO, onde todos os pacientes inseridos no programa de Nutrição Especializada eram atendidos sem necessidade de judicialização de seus processos.

O programa era mantido com recursos do Município de Anápolis. As diretrizes do programa eram dispensação da nutrição/formula, atendimento, acompanhamento dos pacientes com equipe multidisciplinar (nutricionista, médico gastropediatra, médico endoscopista, assistente social).

Ressaltamos a importância do programa de nutrição especializada que, junto à atenção básica e sua equipe matriciadora, o NASF, garantiu ao paciente atendimento integral. O Programa de Nutrição especializada apresentava um Protocolo de Normatização e Dispensação de Nutrição Alto Custo com o fim de estabelecer diretrizes para dispensação bem como para o acompanhamento dos pacientes que necessitavam de fórmulas dietéticas especiais. Junto ao programa havia o manual de intervenção ao paciente oncológico e o manual de intervenção para realização de gastrostomia endoscópica nos pacientes que ainda não tinham ou que necessitavam da troca e/ou manutenção dessa. Como consequência da implantação de um protocolo bem definido houve avanço no atendimento aos pacientes.

O programa teve como objetivo atender, orientar e acompanhar os pacientes com necessidades alimentares especiais residentes no município de Anápolis, usando as fórmulas dietéticas adequadas as suas necessidades individuais.

Metodologia

Foram propostas atividades de atendimento e acolhimento. O Programa de Nutrição



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Especializada era composto por equipe mista de profissionais com vínculo efetivo com o município e contratados independentemente, essa fazia acompanhamento trimestral dos pacientes.

As portas de entrada para atendimento dos pacientes que necessitavam de fórmulas infantis eram as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades de Saúde: Cais JD. Progresso, Abadia Lopes, Unidade de Saúde Jundiá, Maternidade Dr^o Adalberto, Hospital Materno Infantil, FASA, Hospital de Urgências de Anápolis, Hospital Evangélico, Hospital Ânima, clínicas particulares e clínicas populares. Em casos em que se fazia necessário o uso de fórmula infantil, o paciente era encaminhado à Unidade De Nutrição Especializada De Anápolis, onde era orientado sobre a documentação exigida, para abertura de processo.

Após entrega da documentação exigida era realizada uma visita domiciliar e/ou consulta com nutricionista ou médico do programa, bem como com assistente social que preencheria um relatório médico/nutricional e social com informações complementares sobre a condição indispensável do uso da fórmula infantil para acompanhamento. Mediante dispensação e orientação nutricional o paciente passava por acompanhamento devendo, trimestralmente, fazer retorno médico ou passar por nova visita domiciliar para verificação do desenvolvimento alimentar e a evolução do tratamento. Seguem as condições para inclusão e exclusão do programa:

Condições para inclusão: ser residente em Anápolis e apresentar cartão sus do município de Anápolis; ser menor de dois (dois) anos de idade, quando portador de APLVS; (alergia á proteína de leite de vaca e soja); ser menor de três (três) anos de idade, quando portador de alergia a proteína de leite de vaca associada à alergia à proteína de soja (alergia múltipla); apresentar relatório médico recente, expedido mediante avaliação clínica de gastroenterologista pediátrico, confirmando o diagnóstico clínico de APLV no momento da primeira solicitação; ter autorização do responsável pela criança do termo de consentimento para realização do teste de desencadeamento (ou provocação) oral, conforme indicação; apresentar relatório do médico gastropediatra de apoio confirmando o diagnóstico e justificando a solicitação de dieta (fórmula) a partir dos critérios estabelecidos no protocolo;



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



apresentar relatório da nutricionista do programa, esclarecendo e confirmando o diagnóstico e justificando a solicitação de dieta a partir dos critérios estabelecidos no presente protocolo, bem como com a devida orientação alimentação e nutrição infantil.

Condições para dispensação subsequente (renovação da dispensação): ser residente em Anápolis e apresentar cartão SUS do município de Anápolis; ser menor de dois (dois) anos de idade, quando portador de APLV; ser menor de três (três) anos de idade, quando portador de alergia a proteína de leite de vaca associada à alergia à proteína de soja (alergia múltipla); apresentar relatório do Gastropediatra a cada 90 (noventa) dias; apresentar relatório da Nutricionista a cada 90 (noventa) dias.

Condições para exclusão do programa: não ser residente em Anápolis; ser criança com diagnóstico não confirmado de APLV ou alergia múltipla; ser criança que desenvolveu tolerância clínica à Proteína de Leite de Vaca; ser criança em aleitamento materno exclusivo, ou em aleitamento materno e alimentação complementar; ser criança com idade superior a 23 meses e 29 dias de vida, com diagnóstico APLV; ser criança com idade superior a 35 meses e 29 dias de vida, com diagnóstico de APLV e alergia à proteína de soja; recusa do pai ou responsável pela criança em aceitar o tratamento e o acompanhamento proposto pelo protocolo, bem como a não autorização do termo de consentimento para realização de teste de provocação oral.

Fórmulas disponíveis: Os produtos, aprovados e registrados na ANVISA, eram adquiridos mediante licitação pública e estavam disponíveis para dispensação nas seguintes fórmulas: fórmula a base de proteína isolada de soja, fórmula a base de proteína extensamente hidrolisada com e sem lactose e fórmula a base de aminoácidos. Prescrições a partir de nomes comerciais não eram atendidas. Para cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada eram considerados os seguintes critérios: a idade, a necessidade diária de energia e a Ingestão Diária Recomendada de cálcio de acordo com a faixa etária (DRI)⁴. Excepcionalmente para crianças com condições clínicas e nutricionais especiais que justificassem o uso de quantidade maior de fórmula eram solicitadas quantidades não padronizadas, mediante relatório médico e nutricional. Para menores de seis meses que se



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



alimentassem exclusivamente da fórmula o cálculo era feito de forma a suprir quantidade 100% da necessidade energética, utilizando as fórmulas da OMS5. Para crianças a partir de seis meses em condições clínicas de receber alimentação complementar à fórmula era considerada a Ingestão Diária Recomendada de cálcio de acordo com a faixa etária (DRI)⁴. Os critérios para cálculo de quantidade de fórmula a ser fornecida para crianças com APLV segundo a idade no momento da dispensação (tabela 1) é definido também segundo os padrões da Organização Mundial de Saúde.

Crianças com APLV amamentadas ao seio materno: O tratamento da criança em aleitamento exclusivo com suspeita de APLV era direcionado para a mãe que era orientada a excluir leite de vaca e derivados de sua dieta. Ocorrendo alívio dos sintomas a mãe deveria realizar o teste de desencadeamento, sendo submetida a uma dieta de exclusão de uma importante fonte de cálcio, essa deveria receber instruções do profissional para a suplementação desse nutriente orientar a forma. A cada trimestre novos testes de desencadeamento eram feitos pois, a qualquer momento, a criança poderia desenvolver tolerância ao leite de vaca. Mães com necessidades e demandas para relaxação e/ou necessidade de apoio e cuidados para continuação do aleitamento materno eram encaminhadas para acompanhamento pelo profissional de referência em aleitamento materno da Equipe de Saúde da Família/Centro de Saúde ou do NASF ou do Centro de referência em aleitamento no Banco de Leite do Município, banco de Leite da Santa Casa.

Tempo de dispensação: Para as solicitações deferidas eram autorizadas dispensações mensais dos produtos por um período máximo de três meses. Caso a criança necessitasse manter ou modificar a fórmula recebida nova solicitação era encaminhada, conforme fluxo de dispensação já descrito.

Terapia nutricional enteral e oral:

As portas de entrada para atendimento dos pacientes que necessitavam de nutrição enteral/complementar eram as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde (Cais JD. Progresso, Abadia Lopes, Unidade de Saúde Jundiáí, Maternidade Drº Adalberto, Hospital Materno Infantil, FASA, Hospital de Urgências de Anápolis, Hospital Evangélico, Hospital



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Ânima, clínicas particulares e clínicas populares.

O paciente que necessitava de nutrição enteral/complementar era encaminhado à Unidade De Nutrição Especializada De Anápolis onde era orientado sobre a documentação exigida para abertura de processo. Após entrega da documentação exigida era realizada visita domiciliar e/ou consulta com nutricionista ou médico do programa, bem como com assistente social que preencheria um relatório médico, nutricional e social com informações complementares sobre a indispensabilidade da nutrição especial ou para acompanhamento dos casos onde essa era complementada/substituída por alimentação artesanal.

Durante dispensação e/ou orientação nutricional o paciente era acompanhado devendo retornar ao médico ou passar por visita domiciliar a cada 90 dias para verificação do desenvolvimento alimentar e a evolução do tratamento.

Critérios de inclusão para terapia nutricional enteral e oral: ser residente em Anápolis e apresentar cartão SUS do município de Anápolis; apresentar desnutrição secundária a alguma doença base e/ou apresentar doença que comprometa o funcionamento do TGI em uso exclusivo de nutrição enteral através de sonda de longa permanência por via nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia; apresentar receita e relatório de médico e/ou nutricionista.

Avaliação clínica: A avaliação clínica era realizada em todo o usuário e cabia ao nutricionista avaliar o paciente através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço e panturrilha, exame físico (condições da pele e fâneros, turgor cutâneo, edemas) e Avaliação Nutricional Subjetiva (ASG).

Critérios laboratoriais:

Os exames laboratoriais poderiam ser solicitados na abertura do processo ou após 90 dias ou, ainda, depois de mais 180 dias (caso seja prorrogada a liberação por mais três meses) do início de uso.

Os valores para albumina auxiliam o diagnóstico e são definidores da liberação das fórmulas alimentares. Os demais valores orientam o tipo de dieta mais adequado para cada paciente: Albumina sérica; Hemograma; Uréia e creatina, avaliar função renal e possíveis contra-indicações. Para suplementação protéica (IRC moderada e severa, em tratamento



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



(Conservador) ou necessidade de dieta hiperprotéica (IRC dialítica); Sódio e potássio, avaliar necessidade de suplementação ou restrição; Glicemia, avaliar possíveis restrições calóricas ou necessidade de controle glicêmico por meio de hipoglicemiante ou insulina exógena.

Crítérios de exclusão para terapia nutricional enteral e oral: não residir ou mudar-se do município de Anápolis; cartão SUS de outro Município; receber alta do nutricionista e/ou médico do SUS; usuário/cuidador não cumprir/comprometer com o tratamento e acompanhamento propostos pelo nutricionista da SMS; desvio da nutrição do fim a qual se destina (venda ilegal); uso concomitante de alguma forma de alimentação via oral; paciente ir a óbito.

Tempo de dispensação:

O tempo máximo para a liberação das fórmulas industrializadas com 100% da necessidade calórica diária estabelecida era por três meses. A renovação de fornecimento por mais três meses se dava após avaliação dos critérios clínicos e laboratoriais informados em relatório médico conjuntamente com o nutricionista. Nesse caso era fornecido 50% da necessidade diária de calorias em fórmula alimentar industrializada sendo o restante (50%) complementado através de dieta artesanal orientada pelo nutricionista para paciente que faça uso de Gastrostomia e ou Jejunostomia, e 80% caso o paciente use Sonda Nosoenterica.

No contato inicial o responsável pelo paciente era orientado quanto ao período de fornecimento, era feita a primeira orientação sobre cuidados ao paciente e manejo de dietas enterais. Ao final dos 90 dias era realizada nova visita domiciliar a fim de verificar as condições nutricionais do paciente, bem como para instruir os familiares quanto ao preparo de dietas artesanais conforme cartilha fornecida pela SMS/Anápolis.

Conduta dietoterápica nos ciclos da vida:

Crianças: para crianças até 10 anos de idade com alimentação exclusiva por sonda era fornecida dieta enteral infantil para suprir até 100% das necessidades nutricionais (vide tabelas 2 e 3).

Adolescentes: para adolescentes (10 a 20 anos incompletos de idade) com alimentação exclusiva por sonda era fornecida dieta enteral padrão para suprir até 100% das necessidades



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



nutricionais (vide tabelas 4 e 5). Adolescentes com alimentação via oral eram avaliados quanto a real necessidade de uso de suplemento nutricional, ou seja, quando alimentos/receitas não forem suficientes para suprir as necessidades nutricionais (por exemplo: na presença de úlceras por pressão e a consistência da dieta estiver alterada). A dispensação ocorria pelo período máximo de 6 meses (dois ciclos de 3 meses).

Adultos e idosos: para adultos e idosos com alimentação exclusiva por sonda nasointestinal eram fornecidas dieta enteral padrão para suprir até 100% das necessidades nutricionais considerando o mínimo de 20 kcal/kg/dia e máximo de 35kcal/kg/dia e 0,8 a 1,5g de proteína/kg/dia. Sendo gastrostomia ou jejunostomia a via de alimentação, era fornecida dieta enteral padrão para suprir até 80 % das necessidades nutricionais considerando o mínimo de 20 kcal/kg/dia, máximo de 35 kcal/kg/dia e 0,8 a 1,5g de proteína/kg/dia, também poderia ser fornecida dieta semi-elementar ou elementar.

Adultos e idosos com alimentação por via oral eram avaliados quanto a real necessidade de uso de suplemento nutricional, ou seja, quando alimentos/receitas não eram suficientes para suprir as necessidades nutricionais (na presença de úlceras por pressão e a consistência da dieta estiver alterada). A dispensação ocorria pelo período máximo de 6 meses (dois ciclos de 3 meses).

Para úlcera de pressão, indica-se 30 a 35 kcal/kg/dia de energia diária, variando de acordo com as doenças concomitantes, o mínimo era de 1,2-1,5 g/kg/dia para proteínas. Em situações de grande catabolismo, como em pacientes com úlceras muito grandes e/ou múltiplas sem outras co-morbidades, podia-se avaliar a oferta de pelo menos 1,5 g/kg/dia (valores com base na SBNPE6).

Resultados

Em 2014 com a criação do Programa de Nutrição Especializada de Anápolis, implantação de protocolos normatizando o serviço e criação da Unidade de Nutrição Especializada os números apresentados eram animadores. Em 2017 estavam cadastrados no programa 238



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



pacientes com processo administrativo, 10 com requisição ministerial e 7 com mandato de segurança, todos sendo acompanhados pelos profissionais da unidade de nutrição e recebendo suas dietas. Hoje temos resposta no tratamento dos pacientes através de acompanhamento com redução do número de pacientes atendidos e diminuição do quantitativo de nutrição dispensada. Houve também queda no número de processos judicializados, conseqüentemente poupamos gastos aos cofres do município de Anápolis e melhoramos a qualidade de vida dos pacientes atendidos pelo programa.

Conclusão

O programa de Nutrição Alto Custo foi consolidado com a criação da Unidade Especifica para atendimento e acompanhamento de pacientes que necessitem de fórmulas especiais, redução de processos judicializados, redução de custo efetivo para o Município e sobretudo, melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Referências

1. Agência nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria RDC nº 63, de 6 de Julho de 2000. Brasília: Agência nacional de Vigilância Sanitária; 2000 [acesso em 2017 nov 2017]. Disponível em: <http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-071120157932.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 710, de 10 de Junho de 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 [acesso em 2017 nov 2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710_10_06_1999.html
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.357, de 23 de Junho de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2017 nov 2017]. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-2006-06-23-1357>
4. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (US), Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes (DRIs): Estimated Average



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Requirements. Washington: National Academies of Sciences, Engineering and Medicine; 2011 [cited 2017 nov 2017]. Available from:

<http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRI-Tables/5Summary%20TableTables%2014.pdf?la=en>

5. Organização Mundial de Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 2004 [acesso em 2017 nov 2017]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

6. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Associação Brasileira de Nutrologia. Recomendações Nutricionais para Adultos em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: AMB; 2011 [acesso em 2017 nov 2017]. Disponível em:

https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/recomendacoes_nutricionais_de_adultos_em_terapia_nutricional_ental_e_parenteral.pdf

7. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of adults and pediatric patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2002 Jan-Feb;26(1 Suppl):1SA-138SA.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



**PROJETO CRIANÇA VACINADA É CRIANÇA AMADA!
PROJECT VACCINATED CHILD IS BELOVED CHILD!**

CAMPOS, Márcio Emrich⁵
CARVALHO, Genesí Fernandes de³
CARVALHO, Reginaldo de³
DIAS, Rosimeire Ribeiro³
DUARTE, Maraídes Nunes³
FAUSTINO, Paulo Rufino⁴
FERREIRA, Claudina Cardoso¹
FERREIRA, Zenir Martins⁶
GOMES, Francielle Dario Gomes²
MACEDO, Kamilla Cristina de Morais²
RESENDE, Valneides Alves³

1. Enfermeira da Unidade Básica de Saúde Nicolina Maria de Jesus em Rio Verde-GO, especialista em Enfermagem do Trabalho. E-mail: <claudiff@bol.com.br>
2. Enfermeira da Unidade Básica de Saúde Nicolina Maria de Jesus
3. Colaboradores que integram a equipe da Unidade Básica de Saúde Nicolina Maria de Jesus, município de Rio Verde, Goiás.
4. Médico especialista em Pediatria
5. Médico Especialista em Otorrinolaringologia, Perícias Médicas e Medicina Legal
6. Assistente Social

RESUMO: O cartão de vacina é o primeiro documento da criança e merece toda atenção e cuidado. Pensando nisso, elaboramos um projeto para incentivar a vacinação, a puericultura e o zelo com ele. Problemas enfrentados: Compreensão e aceitação dos pais; resistência dos pais em regularizar as vacinas da criança; crianças sem nenhuma dose da vacina da gripe; Na creche avaliamos o cartão da criança e após análise de dados resolvemos: A matrícula de 2017 seria efetivada se a vacina de rotina da criança estivesse em dia e a análise seria na nossa UBS. O objetivo da intervenção foi incentivar os pais a cuidar dos cartões de vacina; orientar os pais sobre a importância de manter a vacina da criança em dia; aumentar a realização da puericultura e registro dos dados no cartão de vacina; aumentar a cobertura vacinal do município de Rio Verde. A capa feita com tecido reciclável, costurada e decorada pelos profissionais da UBS e é entregue a todas as mães que levam seus filhos de até seis meses de



vida para realizar a puericultura mensal, lembrando que continua e no ato da realização do teste do pezinho junto com a cartilha com informações básicas sobre cuidados com a criança e o calendário vacinal. Os pais são orientados a realizar as consultas mensais com o Pediatra até um ano de idade da criança e a manter as pesagens mensais. Creche: matrícula de 2016, avaliamos os cartões de vacina e somente as crianças com as vacinas em dia assinamos o documento. Quem estava com vacina(s) atrasada(s) o pai foi orientado a vacinar e após assinamos o documento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programas de Imunização. Cobertura Vacinal.

ABSTRACT: The vaccine card is the child's first document and deserves full attention and care. With that in mind, we have developed a project to encourage vaccination, childcare and zeal with it. Problems faced: Understanding and acceptance of parents; parents' resistance to regularization of the child's vaccines; children without any dose of the flu vaccine; In the nursery we evaluated the child's card and after data analysis we resolved: The 2017 enrollment would be effective if the child's routine immunization was up to date and the analysis would be in our UBS. The aim of intervention was to encourage parents to take care of vaccine cards; guide parents about the importance of keeping their child's vaccine up to date; increase the performance of childcare and registration of data in the vaccine card; increase the vaccination coverage of the territory of Rio Verde. The cover was made with recyclable fabric, stitched and decorated by professionals from the UBS and delivered to all mothers who take their children up to six months of age to perform the monthly child care, remembering that it continues and at the time of the test of the together with the booklet with basic information about child care and the vaccine calendar. Parents are advised to hold the monthly consultations with the Pediatrician up to one year of age of the child and to maintain the monthly weighings. Kindergarten: 2016 registration, we evaluated the vaccination cards and only the children with the vaccines on the day we signed the document. Those with delayed vaccine (s) the father was advised to vaccinate and after we signed the document.

Keywords: Primary Health Care. Immunization Programs. Vaccination Coverage.

Introdução

O cartão de vacina é o primeiro documento da criança e merece toda atenção e cuidado. Nele registramos todo o histórico vacinal da vida do ser humano, bem como, todas as informações referentes ao crescimento e desenvolvimento das crianças, desde o nascimento até por volta dos sete anos de idade.

Solicitamos os cartões de vacina para avaliação na consulta com o Pediatra, realização do Acompanhamento do Programa Bolsa Família e observamos atraso vacinal, gráficos de desenvolvimento não preenchidos, cartões maltratados, rasgados, sujos, perdidos, favorecendo o aumento do número de faltosos na realização das imunizações do calendário vacinal.

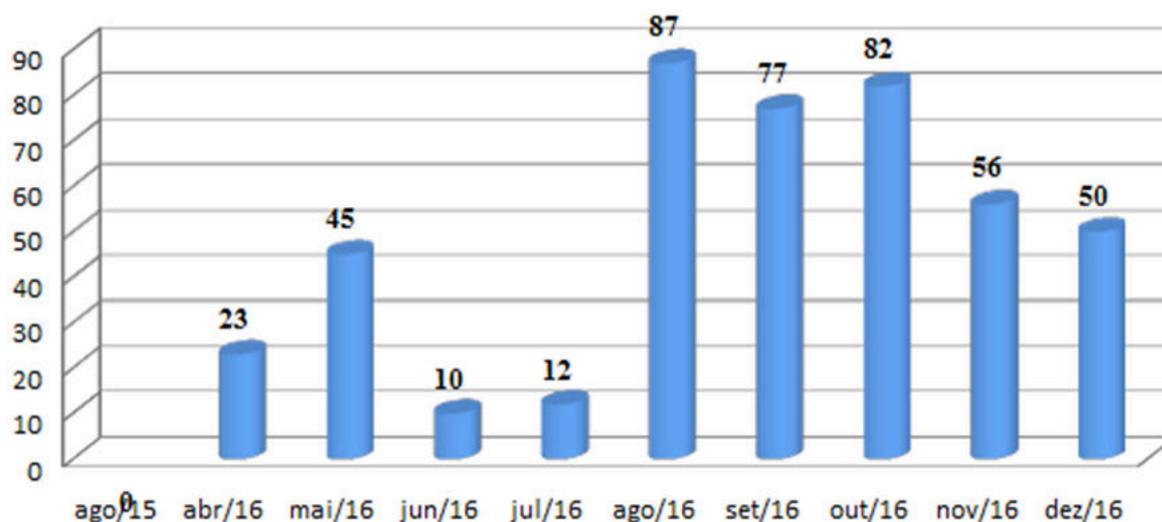


Figura 1 – Dados da puericultura

Na figura 1 observamos os dados da puericultura realizada pela enfermagem fora do



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



dia da consulta médica. A partir de novembro houve uma redução da realização da puericultura porque os pais levaram as crianças para consultar mensalmente com o pediatra e já aproveitamos e a realizamos.

Os principais problemas enfrentados foram:

- Os pais tinham dificuldade de compreender a importância do calendário vacinal na prevenção de doenças importantes;
- Crianças com idade de tomar vacina sem registros no cartão, dentre elas, a vacina da gripe, mesmo sendo grupo prioritário.

No dia a dia alguns pais mostravam-se irritados, chegando a gritar por não aceitarem a cobrança de vacina. Alguns alegavam que não tinham tempo de vacinar os filhos. Estava difícil trabalhar assim! Pensamos e até poderíamos voltar atrás, trabalhar como era antes porém, o profissionalismo e a união da equipe nos fez pensar em uma estratégia para amenizar os problemas. Resolvemos realizar um projeto.

Em outubro de 2016, fomos à creche Elizabeth Emrich Campos que fica ao lado da Unidade Básica de Saúde e solicitamos aos pais das 76 crianças matriculadas regularmente que levassem o cartão de vacina. Neste dia observamos que:

- Somente 53,9% dos pais levaram o cartão de vacina;
- 26,8 % dos cartões de vacinas avaliados estavam com vacinas atrasadas;
- 27,2% das crianças com cartão de vacina atrasados iam completar dois anos em poucos dias e perderiam a vacina Hepatite A de acordo com o calendário vacinal de 2016;
- Crianças com direito adquirido de tomar a vacina da gripe porém, sem registro de dose no cartão de vacina.

Ao analisarmos estes dados, resolvemos, junto com a Coordenação da Creche, realizar no ato da matrícula de 2017, avaliação da situação vacinal das crianças.

Objetivos

- Incentivar os pais a cuidar dos cartões de vacina;

- Orientar os pais sobre a importância de manter a vacina da criança em dia;
- Aumentar a realização da puericultura e registro dos dados no cartão de vacina.
- Aumentar a cobertura vacinal do município de Rio Verde.

Metodologia

Para enfrentarmos os problemas, iniciamos a confecção das capas de cartão de vacina em Julho de 2016 que é entregue a todas as mães que levam seus filhos de até seis meses de vida para realizar a puericultura mensal e no ato da realização do teste do pezinho. Junto é entregue uma cartilha contendo informações básicas sobre cuidados com a criança e o calendário vacinal atualizado. Também entregamos na creche.



Figura 2 - Capa de Vacina

As capas são confeccionadas com um tecido tipo TNT reciclável. Esse tecido embala os



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



instrumentais cirúrgicos para esterilização no Hospital de Urgências da Região Sudoeste – HURSO, da cidade de Santa Helena de Goiás e nos é cedido gratuitamente.

No dia da consulta com o pediatra anotamos nos gráficos os dados obtidos e analisamos as vacinas, realizando as orientações necessárias e anotando as alterações e atrasos vacinais no prontuário da criança, assim documentamos as orientações.

Em parceria com a creche todos os pais que queriam matricular seus filhos em 2017 receberam a orientação para encaminhar para a Unidade Básica de Saúde o cartão de vacina das crianças. Após a análise do cartão de vacina assinávamos e carimbávamos um documento que constava que a criança estava com as vacinas em dia até aquela data. Crianças que estavam com vacina(s) atrasada(s) os pais foram orientados a vacinar.

O projeto é inovador porque para ser colocado em prática houve a parceria da Unidade Básica de Saúde com o Hospital de Urgência do Sudoeste Goiano – HURSO que nos cedeu o tecido para confeccionarmos a capa e com a Creche Elisabeth Emrich Campos.

- O tecido utilizado para a confecção da capa de vacina é reciclado;
- A parceria com a creche ampliou o campo de trabalho da UBS;
- Parte deste projeto foi realizada fora do espaço da UBS;

Resultados

Na creche:

- 100% das crianças que estão matriculadas na creche estavam com a vacina de rotina em dia na data da avaliação do cartão.

Na Unidade Básica de Saúde:

- 90% dos pais passaram a levar o cartão de vacina para avaliação e anotação dos dados durante as consultas com o pediatra;
- Aumento da puericultura pela enfermagem de 0 mensal em 2015 para 87 em agosto de 2016.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Conclusão

Concluimos que unidade de saúde realizar seu trabalho com qualidade, deve monitorar e analisar os mapas de produção. Nesta análise para observamos que a comunidade não tinha o hábito de procurar a UBS para realizar a puericultura das crianças.

Com este projeto foi possível aumentar o engajamento da equipe de saúde com os resultados relativos ao serviço de imunização, aumentar o vínculo entre a equipe, às famílias da comunidade e a creche, melhorar a conscientização das famílias quanto à importância da vacinação em dia e da realização da puericultura, melhorando assim, os indicadores de saúde da criança.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Calendário de vacinação da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 2017 nov 18]. Disponível em:

<http://www.visa.goias.gov.br/post/ver/134392/calendarios-de-vacinacao>