

CUIDADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: INTEGRANDO VIGILÂNCIA, CLÍNICA E HUMANIZAÇÃO

Primary in Health Care: Integrating Surveillance, Clinical Practice, and Humanization

André Luis Alves de Quevedo¹, Pauline Müller Pacheco²,
Vanessa Lora³, Eloá Rossoni⁴

RESUMO

Este trabalho teve origem na integração teórico-prática das atividades da ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva, da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, do Rio Grande do Sul, Brasil. A proposta foi realizar um estudo de caso acerca de uma família, do território de uma Estratégia de Saúde da Família, discutindo a temática das imunizações, a partir de um contexto real e possível. Utilizou-se como método a proposta do Projeto Terapêutico Singular, da Política Nacional da Humanização, do Ministério da Saúde. Os dados foram coletados entre os meses de novembro e dezembro de 2011. Os resultados demonstraram a potência do trabalho na Atenção Primária em Saúde pela interseção dos modelos técnico-assistenciais da vigilância, da clínica e da humanização. Entre os instrumentos de intervenção, a visita domiciliar apresentou-se como um disparador de potencialização das práticas em saúde no território. Por fim, concluiu-se que a atenção desprendida na saúde deve ir além das teceduras da vida, de cada usuário, família e comunidade. Assim, faz-se necessário um trabalho interdisciplinar da equipe de saúde, capaz de articular a rede, seja de serviço, social, e afetiva.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde; Humanização da Assistência; Vigilância.

ABSTRACT

This work originated in the theoretical-practical integration of activities, with emphasis on Primary Health Care, of the Integrated Health Residency at the School of Public Health, Rio Grande do Sul State, Brazil. The proposal was to conduct a case study about a family, covered at a Family Health Strategy unit, discussing the topic of immunizations based on a real and possible context. The method used was the Singular Therapeutic Project proposal, from the National Policy on Humanization, Ministry of Health, Brazil. The data were collected between November and December 2011. Results demonstrated the potential of Primary Health Care working through the intersection of the techno-care models of surveillance, clinical practice, and humanization. Among the instruments of intervention, home visits appeared as a trigger for enhancement of health practices in the coverage area. It was concluded that the health attention offered must go over the symptoms or the clinical, crossing the users', families' and community's ways of life. Thus the need for an interdisciplinary health team able to connect the service, social, and affective networks.

KEYWORDS: Primary Health Care; Unified Health System; Health Services; Humanization of Assistance; Surveillance.

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde - Enfermeiro, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, lotado na Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN). Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (2010), Residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva - Enfermagem - pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Brasil (2013). E-mail: andrequevedo_sl@hotmail.com.

² Nutricionista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS. Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS.

³ Residência Integrada em Saúde, na ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Especializanda em Saúde Coletiva e Educação na Saúde pela UFRGS no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Ações à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

⁴ Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (1981), Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Especialização em Metodologia do Ensino Superior, Mestrado em Ciências Biológicas - Bioquímica, em 1996 e Doutorado em Educação (2010), também pela UFRGS. Técnico-científico da Secretaria Estadual de Saúde - RS.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos dispositivos de cuidados da Atenção Primária em Saúde, no Brasil, para o acompanhamento das comunidades e populações. Nesse disposto, há a aposta para o cuidado em saúde, via três modelos tecno-assistenciais, a saber: o modelo da vigilância em saúde ou de saúde pública; o modelo de ações programática em saúde ou medicina de família e comunidade, na perspectiva da clínica; e o modelo em defesa da vida ou da humanização.^{1,2}

E, é necessário que usuários, trabalhadores e gestores possam compreender esses modelos, os quais não estão em disputa e sim em complementação, na busca de garantir uma proposta constitucional de saúde que responda às necessidades das populações, e aos interesses do Estado.

Cabe ressaltar que as práticas em saúde que atravessam o cotidiano existencial dos sujeitos em análise, neste estudo de caso, são orientadas pela lógica da Atenção Básica, substanciada no modelo Saúde da Família; o modelo de saúde, preferencial, adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil, para a Atenção Primária em Saúde (APS), como lê-se a seguir,

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.^{3,10}

Essa perspectiva de saúde e cuidado em saúde requer um olhar ampliado sobre as redes de cuidado dos usuários e seus ciclos de vida, cabendo a transversalidade e o diálogo entre as diversas políticas públicas.

Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo discutir o tema das imunizações, a partir de um contexto real e possível, em uma Estratégia Saúde da Família, do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODO

Para este estudo de caso, utilizou-se a metodologia do Projeto Terapêutico Singular (PTS),⁴⁻⁶ do Programa Nacional da Humanização (PNH)^{4,7} que é o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, e que geralmente é dedicado a situações complexas. Esta metodologia é uma variação da discussão de "caso clínico". O PTS é bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde como forma de

propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico e da medicação, no cuidado dos usuários. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e a minimizar as diferenças. O Projeto Terapêutico tem quatro movimentos, a saber: definir hipóteses diagnósticas (avaliação orgânica, psicológica e social); definição de metas negociadas com o sujeito (a curto, médio e longo prazo); divisão de responsabilidades (corresponsabilização – definir as tarefas de cada um com clareza); e reavaliação.^{4:39-44; 5:40-41}

Essa ideia da construção de um Projeto Terapêutico Singular encontra maior fomentação no berço da saúde coletiva, em que se propõe a ruptura de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio; contrapondo-se à Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular.²

Quanto aos dados, estes foram coletados em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada na zona leste do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, entre os meses de novembro e dezembro de 2011. Os resultados e a discussão foram balizados à luz da Política Nacional da Humanização, do Ministério da Saúde. Foram respeitados todos os direitos dos sujeitos do estudo, no que tange a pesquisas envolvendo seres humanos; e visando a privacidade destes, os mesmos foram identificados por iniciais ao longo do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos focando nos seguintes temas: escolha da família, identificação dos sujeitos (clínica ampliada, percepções sociais, identificação das singularidades dos sujeitos diante do processo), intervenção e pactuação.

Conforme a Portaria Ministerial 2488/2011⁸, as Equipes Saúde da Família (ESF) são compostas de 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem, e até 12 agentes comunitários de saúde, para atender uma população de 3.000 a 4.000 usuários adscritos; podendo haver variação na carga horária e número do profissional médico.

Nessa ESF, atuam duas equipes de Saúde da Família, ambas compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por 4 microáreas. Os funcioná-

rios são contratados pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, exceto os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são contratados por meio de processo seletivo da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A funcionária responsável pela higienização é contratada por outra empresa terceirizada.

Ressalta-se que o conceito de território na Estratégia Saúde da Família está pautado a partir da nova concepção de território, no campo da Geografia, que insere, além do aspecto geográfico, físico e geométrico, o conteúdo humano, social, das relações, dos afetos, das trocas e aspectos simbólicos.⁹

Aponta-se que conhecer o território permite trabalhar o conceito de saúde ampliada, que está voltado a desenvolver ações concretas e efetivas, com a participação da comunidade, auxiliando cada indivíduo a tornar-se responsável, na tomada de decisão, pela definição de estratégias e na sua implementação; tendo por objetivo final a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população, com o empoderamento dos sujeitos. A atuação da Saúde da Família no território requer um olhar sobre os processos de organização social, das características da população adscrita à sua responsabilidade em saúde, compreendendo seus ciclos de vida e identificando prioridades de atenção.

Sobre a escolha da família

No desenvolvimento das atividades da Residência Integrada em Saúde, uma das propostas para a semana típica das atividades dos residentes de enfermagem é o trabalho na sala de vacinas. Nessa ESF, os residentes ficaram responsáveis pela vigilância da situação vacinal das crianças menores de 12 meses, que faziam acompanhamento no serviço de saúde estudado.

Conhecer a situação vacinal das crianças menores de 12 meses, ou seja, quais as crianças que estão com o calendário vacinal em dia (ou não) é um disparador para as práticas em saúde de uma ESF, uma vez que possibilita uma avaliação do processo de trabalho da equipe e um melhor planejamento das ações a serem desenvolvidas no território.

Referente ao Programa Nacional de Imunizações (PNI), “desde as primeiras vacinações, em 1804, o Brasil acumulou quase 200 anos de imunizações — sendo que nos últimos 30 anos, com a criação do PNI, desenvolveu ações planejadas e sistematizadas.”^{10,7}

Ressalta-se que as vacinas já foram,

Estopim de revoltas e alvo de disputas judiciais, vistas como símbolo do arbítrio ou como a grande arma da humanidade contra as moléstias

infectocontagiosas, a vacina na realidade vem sendo utilizada em um número cada vez maior de pessoas, que, espontaneamente ou compelidas pelo Estado, são sistematicamente imunizadas como meio de assegurar uma proteção específica ao indivíduo vacinado e impedir que a transmissão de um número crescente de doenças ameace a sociedade como um todo.^{11:620}

Constitucionalmente, a vacinação é um direito garantido à criança, sendo efetivado pelos pais e pelo Estado. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente¹² (ECA), Título II - Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I - Do Direito à Vida e à Saúde,

Art. 7º “A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”; Art. 11. “É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”; “Parágrafo único. É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.^{12”}

Assim, foi realizado um acompanhamento da vigilância em saúde da situação vacinal das crianças até 12 meses da ESF em estudo. Optou-se por trabalhar com crianças nessa faixa etária, porque, atualmente, no calendário vacinal organizado pelo Ministério da Saúde, após 12 meses, as doses de imunobiológicos são empregadas no sentido de reforço vacinal, conforme pode ser observado no quadro 1.

A partir da vigilância da situação vacinal de crianças menores de 12 meses, em uma ESF, é possível identificar dados como: crianças faltosas para a administração de imunobiológicos; cobertura mensal de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para as crianças menores de 12 meses adscritas (dado solicitado na Ficha C e no Relatório SSA2 do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB); processo de trabalho na sala de vacinas; planejamento de utilização de doses de imunobiológicos, dentre outros.

Ressalta-se assim, a importância de que se construa na APS o trabalho integrado da clínica, da vigilância em saúde, e da humanização, perpassando as práticas em saúde de trabalhadores, usuários e gestores.

A atenção à saúde da criança é composta das imuni-

Quadro 1 - Imunobiológicos do Calendário Vacinal de Crianças - Ministério da Saúde/Brasil,¹³ 2012.

Imunobiológico	Ao nascer	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	4 anos
BCG-ID	X										
Vacina Hepatite B (recombinante)	X	X					X				
Tetraivalente			X		X		X				
Tríplice Bacteriana (DTP)										X	X
Vacina Oral Poliomelite (VOP)			X		X		X			X	
Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH)			X		X		X				
Pneumocócica 10 (conjugada)			X		X		X			X	
Meningocócica C (conjugada)				X		X				X	
Febre Amarela								X			
Tríplice Viral									X		X

Fonte: BRASIL, 2012.

zações, testes de triagem neonatal (teste do pezinho e da orelhinha), das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dos programas de suplementação, entre outras ações. Considerando a qualidade de atendimento à criança, o Ministério da Saúde propõe o calendário mínimo de consultas para a assistência à saúde da criança, com realização de 07 (sete) consultas até os 12 meses de vida, distribuídas da seguinte forma: a primeira até 15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses.^{14:28}

As consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são importantes, pois elas coincidem com as datas de aplicação dos principais imunobiológicos ofertados pelo Programa Nacional de Imunizações, e com as etapas de desenvolvimento neuropsicomotor da criança.¹³⁻¹⁴

No município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, a atenção à saúde das crianças menores de 12 meses segue as mesmas diretrizes do Ministério da Saúde do

Brasil. Nesse município há, ainda, o programa denominado PRA-NENÊ - Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida, o qual tem por objetivo conhecer as características das crianças nascidas vivas no município, e identificar os grupos de risco existentes para executar ações específicas. O Programa também prevê a realização de visita domiciliar para vincular a criança faltosa ao serviço; avaliar as condições de vida familiar; e as razões do atraso, da interrupção ou do abandono do acompanhamento.¹⁵

Nesse sentido, a escolha da família do estudo de caso deu-se, a partir da investigação e acompanhamento (vigilância) da situação vacinal das crianças menores de 12 meses adscritas da Estratégia de Saúde da Família, em estudo. Identificou-se a criança com o maior número de doses de imunobiológicos em atraso, a fim de se realizar uma visita domiciliar ao núcleo familiar, objetivando conhecer seu contexto.

A visita domiciliar pode ser entendida como um ins-

trumento de facilitação do trabalho das Equipes de Saúde da Família no processo de vínculo e corresponsabilização com as comunidades. Torna potente o trabalho da Atenção Primária em Saúde ao passo que permite que os trabalhadores possam ir ao contexto, em que os indivíduos produzem e são produzidos por suas práticas sociais; compreendendo contextos e atuando de forma a realizar uma intervenção eficiente em relação ao que as diferentes lógicas do trabalho em saúde propõem.¹⁶

A família identificada é composta por quatro integrantes: mãe e 03 filhos (dois meninos e uma menina). O foco de discussão deu-se a partir do filho de sete meses, sendo ampliado para as relações entre os membros do núcleo familiar.

A exploração e a intervenção do contexto familiar foram realizadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os residentes de enfermagem, fisioterapia e nutrição, integrados com a equipe do serviço de saúde.

Apresentaremos, a seguir, uma descrição do itinerário da família na ESF, a partir do prontuário da família, analisando, posteriormente, os dados à luz do conceito do Projeto Terapêutico Singular.⁴⁻⁶

Identificação dos sujeitos

A família objeto do estudo de caso é composta da **mãe: P.C.R.**, mulher, 23 anos, solteira, 03 filhos, ensino médio incompleto, atendente de lanchonete. **Filho 1: R.C.R.**, sexo masculino, 8 anos, estudante. **Filha: T.E.C.R.**, sexo feminino, 07 anos, estudante. **Filho 2: I.A.C.G.** (sujeito principal do estudo), sexo masculino, 7 meses.

Clínica ampliada

Segundo relatos da Agente Comunitária de Saúde (ACS) da microárea dessa família, P.C.R. vem de uma família de sete irmãos. Os dados do prontuário de P.C.R. iniciam em 17/03/2003, com primeira e única consulta de pré-natal na 34ª semana da sua **primeira gestação**, aos 18 anos de idade. P.C.R. tem o registro de 03 faltas em consultas de pré-natal, nessa primeira gestação, e 03 faltas em consulta de puerpério. Consta, ainda, que a mesma não realizou a consulta de revisão do puerpério.

Os dados que seguem de acesso na unidade de saúde de P.C.R. referem-se à **segunda gestação**, na qual ela fez somente uma consulta de pré-natal com 36 semanas, em 06/09/2004, quando a usuária tinha 19 anos de idade. Nesta gestação, a usuária teve 04 faltas em consultas agendadas de pré-natal, e 05 em consulta dia, sendo a primeira por suspeita de gestação; uma para atestado saúde; e as outras próximo ao fim de gestação, com queixa de dor em

baixo ventre, perdas de líquidos e contrações.

Entre os anos **2005 e 2010**, a usuária utilizou **15 vezes** a consulta dia da ESF, com queixas como cefaleia, tonturas, enjoo, amenorreia, associadas ao anticoncepcional trimestral injetável Depo Provera® 150mg (acetato de medroxiprogesterona). Apenas em uma consulta, após a coleta de citologia oncológica, há o registro de possibilidade de troca de método anticoncepcional, a qual não ocorreu, pois a usuária não acessou mais o serviço com esta queixa.

Os demais registros que seguem são de sua **terceira gestação**, com a realização de apenas uma consulta de pré-natal, às 17 semanas de gestação e aos 22 anos de idade. Há o registro de que P.C.R. não compareceu em nenhuma das consultas agendadas. Consta, ainda, o registro de duas consulta dia com acadêmicos de Medicina, do último ano, da Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), nas últimas semanas de gestação (32s5d e 38s), nas quais a usuária relatava queixa de dor em baixo ventre e contrações de baixa frequência, e foram feitas todas as manobras do pré-natal. P.C.R. não compareceu às duas consultas agendadas para a revisão do puerpério.

R.C.R. – filho 1 - realizou o Teste do Pezinho aos 20 dias de vida, sendo que o preconizado pelo Ministério da Saúde é do 3º ao 7º dia.¹⁴ Foi trazido em apenas 01 consulta de puericultura aos 02 meses de idade. Teve 09 faltas em consultas agendadas de puericultura. Há o relato, no prontuário, de 01 busca ativa por parte da equipe de saúde. Existe no prontuário o registro de 09 consultas de consulta dia, dos 8 meses aos 4 anos, por infecções respiratórias e auriculares, diarreia e feridas oriundas de quedas.

T.E.C.R. – filha - realizou 03 consultas de puericultura. No prontuário, ainda constam 03 faltas às consultas agendadas de puericultura, e duas buscas ativas. Utilizou o serviço do 1º mês de vida até os 04 anos, para consulta dia. Suas consultas resumiram-se em oito atendimentos com diagnósticos de impetigo, lesões de pele, diarreia, infecções de vias aéreas superior (IVAS) e queda.

I.A.C.G. - filho 2 (sujeito principal do estudo de caso) - realizou o Teste do Pezinho aos 6 dias de vida, e teve três consultas de puericultura (aos 6 dias, 1 mês, e 4º mês). **Faltou a 6 consultas agendadas de puericultura.** Utilizou a consulta dia três vezes, desde o nascimento, sendo duas por problemas respiratórios, e uma por alergia.

Dentre as 78 crianças menores de 12 meses acompanhadas na vigilância da vacinação da ESF estudada, I.A.C.G. foi quem teve maior número de doses de vacinas em atraso: 3ª dose de Hepatite B, 2ª dose de Tetravalente, 2ª dose da VOP, perdeu a 2ª dose da VORH, 2ª dose da Pneumocócica 10 conjugada, 2ª dose da Meningocócica

C conjugada, 3ª dose de Tetravalente, 3ª dose da VOP, 3ª dose da Pneumocócica 10 conjugada. Assim, I.A.C.G. foi identificado como sujeito do estudo de caso.

Percepções Sociais

P.C.R. trabalha de atendente em uma lanchonete, sendo que seus três filhos são cuidados por sua mãe e irmã. Quando o filho 1 (08 anos) e a filha 2 (07 anos) não estão na escola vão para a casa da avó e da tia. O filho 2 (7 meses) fica todo o dia com as familiares.

Segundo a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da microárea de P.C.R., as condições de moradia da família são as seguintes: uma casa de alvenaria, com um quarto, uma cozinha, um banheiro para a mãe e os três filhos; sendo que a casa é alugada e faz divisa com diversos outros domicílios (aproximadamente 10 casas) na mesma condição, e no mesmo terreno (pátio).

Identificação das singularidades dos sujeitos diante do processo

Em nenhuma das três gestações, P.C.R. realizou o número mínimo de 06 consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde; “*preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.*”^{17,10} Segundo os dados do prontuário, não foi solicitado nenhum dos exames preventivos (tipagem sanguínea/Fator Rh, sorologia para sífilis/VDRL, urina tipo I, hematimetria – dosagem de hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum, acompanhamento da pressão arterial, teste anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose) para um parto sem intercorrência, para a mãe e o bebê. A baixa adesão ao pré-natal de uma gestante a expõe, bem como a criança, a diversos riscos preveníveis pelo acompanhamento sistemático.^{7,18}

Pelos dados, percebe-se que as faltas sucessivas nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) dos filhos de P.C.R. foram “drenadas” para a consulta dia, em que o atendimento é centrado em uma queixa aguda, ou seja, na doença; e não há um objetivo de prevenção e promoção da saúde.

Nesse sentido, a possibilidade de construção de outras formas de trabalhar o processo saúde-doença, que seria possível por meio do empoderamento da usuária e das práticas de educação em saúde, foram perdidas pelos trabalhadores e usuária. Essas perdas começaram no Pré-natal e logicamente sucederam-se no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos de P.C.R.

Assim, ressalta-se que é necessário construir com o usuário o reconhecimento da importância das ações em

saúde coletiva, desenvolvidas em uma ESF, pois, dessa forma, estar-se-á trabalhando com a promoção, proteção e prevenção da saúde, e não somente com a cura e reabilitação, com o foco na doença.¹⁹

Segundo o relato da Agente Comunitária de Saúde da área onde reside P.C.R., foram realizadas inúmeras visitas domiciliares, no sentido de realizar busca ativa à usuária para realizar as consultas de pré-natal e puericultura de seus filhos, mas a mesma não comparecia. Nessas visitas domiciliares, discutia-se sobre a importância das consultas do pré-natal, e dos riscos de não realizá-las; sobre a efetividade das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos de P.C.R.; no entanto não se conseguia, mesmo com uma grande sensibilização, que a usuária aderisse ao serviço de saúde.

Intervenção

Efetivou-se contato telefônico com P.C.R., a fim de combinar a realização de uma visita domiciliar (VD). Como a usuária não se encontrava disponível, foi realizada a VD a seu filho I.A.C.G., o qual se encontrava na casa da irmã de P.C.R., que é a real cuidadora.

Nessa visita, foi ressaltada a necessidade da realização das vacinas de I.A.C.G., informando à cuidadora a proteção que os imunobiológicos produziram a I.A.C.G.. Enfatizou-se a importância das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de I.A.C.G..

Foi realizada ainda a avaliação do crescimento e desenvolvimento de I.A.C.G., conforme a ficha de acompanhamento do desenvolvimento do Caderno da Atenção Básica nº 11 do Ministério da Saúde/Brasil,^{14:93} a qual avalia o desenvolvimento neuropsicomotor da criança do nascimento até os 6 anos de vida.

Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação deve ser executada de maneira abrangente para ter validade, não focando apenas nas habilidades dos sistemas, seja ele motor, perceptivo e/ou de linguagem, porque eles traduzem algumas funções e se apoiam em determinados processos de maturação neurológica, sendo influenciados pelo ambiente, organizando e concatenando informações com o núcleo psíquico. Além disso, um atraso de uma habilidade não quer predizer afecções estabelecidas e permanentes, pois cada ser humano se desenvolve, a partir de suas possibilidades e do meio em que está inserido.¹⁴

I.A.C.G. foi avaliado de maneira generalizada,¹⁴ contextualizando seu desenvolvimento com o ambiente e influências dos outros integrantes familiares. No momento da avaliação, ele apresentava 7 meses e 11 dias. Apresentava bom relacionamento com os familiares que estavam presentes durante a consulta domiciliar, mostrando-

se uma criança calma e atenta. Foram realizados testes para verificar sua interação com o meio, seu equilíbrio, sua mobilidade e sua habilidade manual. I.A.C.G. sorriu e começou a desenvolver a “lalação”/balbucios. Ficava em pé com apoio, tinha boa preensão palmar, sentava-se sem apoio, apresentava sustento da cabeça quando colocado de bruços e passava da posição lateral para a linha média com facilidade. Segundo informações de sua tia, o bebê ainda não engatinhava, tampouco ensaiava primeiros passos quando em pé. Acompanhava com os olhos os objetos que passavam pelo seu rosto, girando a cabeça e estendendo a mão, caso lhe despertassem um interesse maior.

Pela problemática desenvolvida no estudo, por mais que a criança não tenha tido acompanhamento e assistência devido às faltas nas consultas e negligência materna desde o pré-natal, I.A.C.G. estava se desenvolvendo aparentemente eutrófico/normal. Há seguimento dos marcos expostos na tabela de crescimento e desenvolvimento,¹⁴ com certa qualidade neuropsicomotora, que poderá ser melhor avaliado nas próximas consultas e nos anos que seguem a idade escolar. Orientou-se a tia para que transmitisse as informações à mãe e aos outros cuidadores do domicílio; quanto ao não uso de andadores, para que não fosse estimulada a caminhada precocemente, explicando a importância da passagem por todas as etapas do desenvolvimento na primeira infância (desde o gatinho, equilíbrio, até a marcha). Além disso, foi ressaltado que deve ser realizada a estimulação dos sentidos com brinquedos coloridos, de tamanho adequado para sua faixa etária, e músicas nos próximos meses.

Ainda, foi realizada a orientação sobre a alimentação de I.A.C.G.. O bebê sempre teve aleitamento materno misto, que se mantém até os dias atuais. A introdução de alimentos além de leite de vaca e água foi feita por volta dos 3 meses de idade da criança. Atualmente, este utiliza a alimentação da família, mas tem o cardápio restrito e refeições em horários diferenciados dos da família, conforme familiar. Esclareceu-se sobre a importância da inserção precoce de alimentos com fontes de ferro para crianças que não tiveram aleitamento materno exclusivo.¹⁶ A carne que ainda não era consumida deve ser introduzida, bem cozida e desfiada ou moída, não liquidificada, com outros alimentos. Citou-se que as vísceras ganham destaque no cardápio porque são grandes fontes de ferro alimentar. Ainda sobre a alimentação foi reforçado que referente ao feijão, esse deve ser consumido também com o grão, pela sua importante fonte de fibras.¹⁶ Por fim, realizou-se o exame físico do I.A.C.G..

Apesar das constantes faltas às consultas de puericultura, I.A.C.G. mostrou-se uma criança com o desenvolvimento e crescimento adequados para sua faixa etária, e

com adequada relação do peso para altura. É um bebê alto para sua idade, o que no futuro pode provocar confusão se avaliar-se apenas o peso para idade - parâmetro mais utilizado para crianças menores de 2 anos; fazendo-se assim importante a medida do Índice de Massa Corporal da criança. No entanto, não há como saber, a longo prazo, se essa ausência de acompanhamento de I.A.C.G. poderá acarretar algum dano ou doença prevenível.

Nesse sentido, encontra-se a riqueza do acompanhamento da Estratégia da Saúde da Família às comunidades, às famílias, e aos indivíduos, na possibilidade do cuidado contínuo e longitudinal.²⁰⁻²²

Em tempos, em que diversos conceitos e paradigmas estão em disputas no campo da saúde, para dar corpo às práticas e ações, reestruturando formas de interação entre os sujeitos, repensar, flexibilizar e construir outras formas de agir em saúde demonstram uma potência que vai ao encontro dos princípios e diretrizes de um sistema de saúde universal, equânime, acolhedor, responsável pelos sujeitos e por uma proposta de sociedade.²³ Nesse sentido, pactuou-se com os sujeitos do estudo propostas para que o cuidado em saúde pudesse ser efetivado.

Pactuação

Para a continuidade da atenção em saúde foram pensadas, conjuntamente, entre equipe de saúde e usuários as seguintes pactuações a curto, médio e longo prazo, na ordem em que estão dispostos para os sujeitos foco do estudo:

P.C.R. (mãe): participar com maior frequência das atividades da ESF, grupos, seminários, reuniões de comunidade, e consultas, no sentido de “empoderar-se”, contribuindo para o cuidado de si e da sua família; realizar citologia oncológica anual.

Filho 1 (R.C.R.) e filha (T.E.C.R.): acompanhar o crescimento e desenvolvimento (consulta anual); estimular desenvolvimento de práticas saudáveis e de promoção à saúde.

I.A.C.G. (sujeito principal do estudo): acompanhar a consulta mensal de puericultura até os 12 meses e trimestral dos 12 aos 24 meses; manter vacinação em dia; acompanhar o desenvolvimento nutricional e neuropsicomotor. A seguir, quadro com Projeto Terapêutico Singular de I.A.C.G..

E, para a equipe da ESF a importância de fortalecer com a família a longitudinalidade, o vínculo e a responsabilidade da atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quadro 1 - Projeto Terapêutico Singular (PTS)^{4,6} de I.A.C.G.

	Hipóteses diagnósticas (avaliação orgânica, psicológica e social)	Definição de metas negociadas com o sujeito (a curto, médio e longo prazo)	Divisão de responsabilidades (corresponsabilização)	Reavaliação
Sujeito principal do estudo - I.A.C.G.	<ul style="list-style-type: none"> - Atraso vacinal - Faltas sequenciais nas consultas de puericultura 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter vacinas em dia - Acompanhar consultas de consulta de crescimento e desenvolvimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a importância das consultas de crescimento e desenvolvimento, vacinas, vínculo com o serviço de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Atualizou todas as vacinas - Realizou consultas de puericultura

Fonte: dados da pesquisa.

A partir da construção do Projeto Terapêutico para a família do estudo, e das vivências na ESF estudada, foi possível perceber a complexidade do cuidado de saúde na lógica da vigilância, da clínica ampliada, da humanização, do vínculo, da integralidade, e da equidade, na perspectiva de serviços comunitários.

Percebeu-se que a visitação de usuários que não acessam a unidade de saúde pode ser pensada como um instrumento para se trabalhar a corresponsabilização, o vínculo, e a cogestão do cuidado; construindo outras formas de se produzir saúde. Essa é uma aposta a ser explorada pelas equipes de Saúde da Família, no sentido de fortalecer suas

práticas em saúde e sua responsabilização sanitária.

Estudar e compreender o caso dessa família colocou-nos diante da pluralidade da vida desses sujeitos que, por muitas vezes, no cotidiano do serviço, nos escapa, devido às demandas apresentadas pelo conjunto de usuários dessa instituição.

À guisa de conclusão, traz-se que a atenção desprendida na saúde é aquela das teceduras da vida, de cada usuário. Assim, fazem-se necessários profissionais de saúde interdisciplinares, capazes de articular a rede, seja de serviço, social, afetiva, e afins.

REFERÊNCIAS

1. Gil CR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família - sinergias e singularidade do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6):1171-81.
2. Campos GWS. O antiTaylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(4):863-70.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília:

- Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n° 5).
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília (DF), 2011 out. 24; Seção 1:48-55.
 9. Riceto A, Silva VP. O território como categoria de análise da Geografia. *Caminhos de Geografia*. 2008; 9(28):146-152.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 208 col.: il. – (Série C. Projetos e Programas e Relatórios).
 11. Ponte CF. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos* 2003; 10(Supl.2):619-53.
 12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>.
 13. Brasil. Portal da Saúde. Calendário da Vacinação. Calendário básico de vacinação da criança. [Citado 2012 julho 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462>.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil/Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 100 p.: il. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 15. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. *Prá-Saber: Informações de Interesse à Saúde*. (Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação). - Porto Alegre, RS; 2003. 60p.: il.
 16. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(5):1103-12.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
 18. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(1):131-9
 19. Martins PC et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(3):1933-42.
 20. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8(2):569-84.
 21. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6):1487-94.
 22. Leite FMC, Amorim MHC, Marques GMT, Vilela APM. A estratégia saúde da família e o rastreamento do câncer de mama. *Revista Espaço para a Saúde* 2011; 12(2):1-9.
 23. Ayres JRMC. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(14):73-92.

Submissão: dezembro/2012

Aprovação: julho/2014
